



โรงพยาบาลกำแพงเพชร



# วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ปีที่ 27 (ฉบับพิเศษ) เดือนธันวาคม 2566

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



**วิจารณ์**  
**โรงพยาบาลคำแพงเพชร**

# คณะผู้จัดทำ

## เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## ประธานที่ปรึกษา

นพ.สุรชัย แก้วศิริชัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## คณะที่ปรึกษา

นพ.อัศวพงศ์ จุฑากรณ์  
พว.เพ็ญกมล กุลสุ  
นพ.สมเพ็ง โชคเฉลิมวงศ์  
นพ.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)

## บรรณาธิการแถลง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้เพิ่มฉบับพิเศษ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการประเภทกรณีศึกษาของพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ซึ่งเป็นผลงานที่แสดงถึงความรู้ ความสามารถในการประเมินขั้นระดับชำนาญการพิเศษ ซึ่งกองบรรณาธิการ มีความเห็นว่าบทความดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้อ่านในสายวิชาชีพพยาบาล และวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ฉบับนี้ ปีที่ ๒๗ (ฉบับพิเศษ) เดือนธันวาคม ๒๕๖๖ เป็นฉบับที่มีพยาบาลวิชาชีพส่งผลงานวิชาการมาลงเผยแพร่ จำนวน ๒๕ บทความ ซึ่งกองบรรณาธิการมีความยินดียิ่งที่มีผู้สนใจนำบทความวิชาการมาลงเผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นจำนวนมาก

ในการนี้ทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ส่งผลงานที่ให้ความสนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการประเมินผลงาน เพื่อให้วารสารมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น และหวังเป็นอย่างว่าจะมีประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการทำผลงานวิชาการ และการปฏิบัติงานต่อไป

บรรณาธิการ

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร



## บรรณาธิการแถลง

### บทความวิชาการ

- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา = Nursing care for urinary tract infection with septic shock : A case study / ธรรารัตน์ ผาพิศาล \_\_\_\_\_ 1
- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ที่มีภาวะชักจากไข้สูง : กรณีศึกษา = Nursing care for pediatric patient infected with COVID-19 pneumonia with febrile convulsion : a case study / มัทนา เครื่องเงิน \_\_\_\_\_ 12
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing care for cirrhosis patients with septic shock : A case study / สุภาภรณ์ คำแพงศิริรัตน์ \_\_\_\_\_ 24
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา = Palliative care for end stage liver cancer patient : A Case study / ธิญญาพัฒน์ ดวงศรีเกษ \_\_\_\_\_ 36
- การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง : กรณีศึกษา = Nursing for Infection Prevention and Control in Patients after Brain Surgery : A case study / ศุภลักษณ์ อุณหพนันธุ์ \_\_\_\_\_ 47
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา = Nursing care of patients with acute ischemic heart disease : A case study / พรทิพย์ กุลสุ \_\_\_\_\_ 59
- การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing care of patients with Pneumonia with septic shock : A case study / กัญญา ผิวพรรณ \_\_\_\_\_ 70
- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต : กรณีศึกษา = Nursing care of patient with urinary tract infection and septic shock : A case study / ไพรินทร์ กลีบสุวรรณ \_\_\_\_\_ 82
- การพยาบาลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา = Palliative nursing care for patients with end-stage kidney failure : A case study / เกวลี สังเทพ \_\_\_\_\_ 93
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ : กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก = Nursing care of bladder cancer in Outpatient Department : A Case study / ชุตติมา สืบศรี \_\_\_\_\_ 103
- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อระบบทางเดินอาหารที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing care of Acute gastroenteritis with Septic shock in Pediatric : A case study / กษมา กุลทองคำ \_\_\_\_\_ 113
- การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้างร่วมกับทารกมีภาวะขาดออกซิเจน : กรณีศึกษา = Nursing care postpartum hemorrhage due to retained placenta with birth asphyxia : A Case study / มงคล ธวัชวงษ์ \_\_\_\_\_ 122
- การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง : กรณีศึกษา = Nursing care for Severe Head Injury Patients : A case study / ชัชฎาภรณ์ กันชาติ \_\_\_\_\_ 133

## บทความวิชาการ

- การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ : กรณีศึกษา = Palliative nursing care for elderly patients with pneumonia : A case study / บุญทาร์ตน์ แสงศรีจันทร์ \_\_\_\_\_ 143
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสในชุมชน : กรณีศึกษา = Nursing Management of AIDS Patients with Concurrent Opportunistic Infections in Community : A Case Study / วสุชา ยุติธรรมสถิต \_\_\_\_\_ 154
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับโพรงสมองคั่งน้ำ : กรณีศึกษา = Nursing care of patients with intraventricular hemorrhage with hydrocephalus : A case study / ฤดีสรวง ปทุมทอง \_\_\_\_\_ 165
- การพยาบาลหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก : กรณีศึกษา = Nursing care of patients with Ruptured cerebral aneurysm who had Craniotomy with clipping aneurysm surgery : A case study / ปาวีณา นิตินสมบัติ \_\_\_\_\_ 176
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ : กรณีศึกษา = Nursing care of patient with acute ST- elevation myocardial infarction and received intravenous thrombolytic drug : A case study / จิตารัตน์ คำบรรลือ \_\_\_\_\_ 188
- การพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา = Nursing care in Elderly patient of Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A case study / กรกช ถมทอง \_\_\_\_\_ 200
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับไปแบบครบวงจร = The Model Development of the comprehensive one day surgery care / วันดี ใจแสน, วิลาวัณย์ จงมีความสุข \_\_\_\_\_ 212
- การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยแผลไหม้ : กรณีศึกษา = Nursing for the Prevention and Control of Infections in Burn Patients : A Case Study / กุลนรี นาคบำรุง \_\_\_\_\_ 223
- การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนกดทับเส้นประสาทไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษา = Nursing care for patient with degenerative spondylolisthesis who received spinal surgery : A case study / วิภา พลับผล \_\_\_\_\_ 234
- การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม : กรณีศึกษา = Nursing care in a palliative setting for a patient with advanced breast cancer : A Case Study / เกษศิริรินทร์ ยิ้มเปรม \_\_\_\_\_ 246
- การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดปีกมดลูกในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก : กรณีศึกษา = Nursing care for salpingectomy patients in women with ectopic pregnancies : A Case study / น้ำทิพย์ อรชร \_\_\_\_\_ 258
- การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันจากพิษงูที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา = Hemodialysis Nursing Care for patient with acute kidney injury from snake venom : A Case Study / กิรณา อธิรนนทิน \_\_\_\_\_ 269

## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์



## Nursing care for urinary tract infection with septic shock :

### A case study

Thararat Phaphisan, D.N.S.\*

#### Abstract

**Introduction :** Septic shock is a common crisis situations occur in Inpatient department. Moreover it's severe rapid progression disease so it a major public health problem. Urinary tract infection is one of the most common cause in Septic shock patients. If medical treatment is not received promptly, the patient will have a high mortality rate.

**Objective :** To be a guideline for effective nursing care for Urinary tract infection with Septic shock.

**Case study :** The patient with urinary tract infection with septic shock admitted between 1-14 September 2023. A 55-years-old Thai female patient with a history of VHD and SLE admitted in the hospital due to fever with dysuria 1 hour prior to admission. At first visit she had fully consciousness. Her vital signs were recorded as blood pressure 144/90 mmHg, pulse rate 100 beats per minute, respiratory rate 36 breaths/minute and body temperature 39.2 degrees Celsius. The MEWS score was 6 SIRS 3/4. Blood Lactate was 5.6 mmol/L. CBC revealed WBC result 8,840 cell/mm<sup>3</sup>, Lymphocyte 17.8% and Neutrophil 81.5%. Urine Examination result WBC >100 cells/HPF. The diagnosis was UTI with Sepsis. She was resuscitated with intravenous fluid NSS 1,500 ml and then on injection plug. The intravenous antibiotic was Ceftriaxone 2 gm iv OD. After initial resuscitation for three hours at ward, blood pressure 85/47 mmHg. The mean blood pressure 59 mmHg pulse rate 74 beats per minute, respiratory rate 36 beats per minute. Then the patient received Norepinephrine 4 mg.+ 5% D/W 100 ml. 8 micro drop/min with titrate, and on HFNC Flow 50 lit/min. FiO<sub>2</sub> 0.5 Temperature 37 degrees Celsius. The hemoculture and Urine culture results showed Escherichia coli bacteria sensitivity to Ceftriaxone. So the antibiotic was given for 14 day. During the admission the patient had many problems; septic shock, hypoxia, infection of the Urinary tract, hypokalemia. The patient and her family concerned about the illness, so the pre-discharge home continuity care was encouraged and all the problems were solved. The patient was improved from urinary tract infection with septic shock and the complications. The total hospital stay was 14 days.

**Conclusion :** Caring of patients with Septic shock, the nurses are important role in patient care at the initial evaluate and management. The assessment and screening of the patients are essential for rapid implementation of patient care guidelines. Nursing care plan, that respond rapidly to the Clinical changes, is make the patient safety without any complication and reduce mortality rate, the patient was safe from the crisis without any complications.

**Keywords :** urinary tract infection, nursing care of patients with Septic shock

---

\*Professional registered nurse, Khlonglan Hospital, Kamphaeng Phet Province

## การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะช็อก จากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา

ธรรรัตน์ ผาพิศาล, ป.พย.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นภาวะวิกฤติที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย นับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นแหล่งของการติดเชื้อที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีจะมีอัตราเสียชีวิตสูง

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ระหว่างวันที่ 1-14 กันยายน 2566 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี มีประวัติโรคคลื่นหัวใจรั่ว และ SLE เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ไข้หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัยโรคเป็น UTI with Sepsis แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 144/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 39.2 องศาเซลเซียส MEWS score 6 SIRS 3 ใน 4 Blood Lactate 5.6 mmol/L ผลตรวจ CBC : WBC 8,840 cell/mm<sup>3</sup> Lymphocyte 17.8% Neutrophil 81.5% ผลU/A WBC > 100 cell/HPF ได้รับการวินิจฉัย UTI with Sepsis ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1,500 ml then on injection plug. และยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Ceftriaxone 2 gm iv OD. หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ความดันโลหิต 85/47 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 59 มิลลิเมตรปรอท On Norepinephrine 4 mg.+ 5% DW 100 ml. 8 micro drop/min with titrate. On HFNC Flow 50 Lit/min FiO<sub>2</sub> 0.5 T = 37 Keep O2 Sat ≥ 96% ผล Hemoculture และUrine culture พบเชื้อ Escherichia coli ตอบสนองต่อยา Ceftriaxone จึงให้ยาเป็นเวลา 14 วัน ระหว่างรับไว้ในการดูแล ผู้ป่วยมีปัญหา คือ มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และให้การส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อนจำหน่าย ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก และภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

**สรุปกรณีศึกษา :** การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ แรกรับ การประเมิน การคัดกรองผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวัง ติดตามอาการ และอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงได้ในภาวะเร่งด่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

**คำสำคัญ :** การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร



## บทนำ

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นแหล่งการติดเชื้อสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะช็อก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย นับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากการดำเนินของโรคที่รวดเร็วรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีจะมีอัตราเสียชีวิตสูง<sup>1,2,3</sup> การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมาก โดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 อยู่ที่ร้อยละ 31.92, 34.09 และ 35.73<sup>4</sup>

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลคลองลาน ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 461, 330 และ 281 รายตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงคิดเป็น 16.7, 16.00 และ 7.47 ตามลำดับ ร้อยละการได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร คิดเป็น 9.83, 7.14 และ 12.41 ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เท่ากับร้อยละ 0, 0.37 และ 0 ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วย Sepsis จาก UTI คิดเป็น 36.63, 37.96 และ 12.90 ตามลำดับ<sup>5</sup> จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิต พบว่าการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง มีความล่าช้าในขั้นตอนการประเมิน และการประเมินซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ล่าช้า

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการตรวจจับความเปลี่ยนแปลง (Early detection) ของอาการและอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้องและมีการรายงานความผิดปกติที่ตรวจพบอย่างรวดเร็ว สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยหรือแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง กรณีศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผู้ป่วยโดยนักระบวนกรทางการพยาบาลมาใช้ร่วมกับการวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ลดการเกิดภาวะคุกคามต่ออวัยวะสำคัญและการเสียชีวิต<sup>6</sup>

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้หนาวสั่น กินยาลดไข้อาการไม่ทุเลา

1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด จึงมาโรงพยาบาล

อาการแรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 144/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 39.2 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 93% MEWS score 6 SIRS 3 ใน 4 qSOFA 2 ใน 3 วินิจฉัยโรค UTI with Sepsis

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคคลื่นหัวใจรั่ว (VHD) รักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ไม่ขาดยา โรค SLE รักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ไม่ไปตรวจตามนัด ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ค่า BMI = 25.6

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 39.2 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 93%

ผิวหนัง : ผิวสองสี ผิวหนังร้อน ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะ และใบหน้าสมส่วน ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดำ มีแซมสีขาว ตาทั้งสอง 2 ข้าง มองเห็นปกติ ไบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่มีก้อนบุ่ม หายใจเร็วตื่น อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังปอดมีเสียง Crepitation ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 93%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง Murmur อัตราชีพจร 100 ครั้ง / นาที จังหวะสม่ำเสมอ

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไป ปวดท้องน้อย ท้องไม่แข็งตึง

กล้ามเนื้อและกระดูก : การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ ไม่มีรอยโรคการหักเคลื่อนหรือผิดปกติ motor power grade 5

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบ พูดคุยรู้เรื่อง E4V5M6 Coma score = 15

ระบบทางเดินปัสสาวะ : Retained Foley's cath with bag จาก ER ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม Flow ดี

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีสีหน้าไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย มีสามีดูแลให้ความช่วยเหลือ

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

**Blood lactate** : 5.6 mmdl/L

**Complete blood count** : Hemoglobin = 12.1 g/dl Hematocrit 38.2% WBC = 8,840 cell/mm<sup>3</sup>  
Lymphocyte = 17.8% Neutrophil = 81.5%

**Biochemistry** : BUN = 10.4 mg/dl Creatinine = 0.81mg/d eGFR = 82.02

Sodium = 137.7 mmol/L Potassium = 4.00 mmol/L CO<sub>2</sub> = 18.1 mmol/L

**Urinalysis** : RBC = 20-30 Cells/HPF WBC > 100 Cells/HPF

**Urine culture** : Escherichia coli

**Hemoculture** : Escherichia coli

**CXR PA upright** : No IF, Mild cardiomegaly

### สรุปการดำเนินโรคขณะรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 1 วันที่ 1/9/66 แกร็บที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/90 มิลลิเมตรปรอท lung clear On oxygen canular 3 lit/min.oxygen saturation 96% Retained foley's cath with bag Urine Flow ดี สีเข้ม หลังรับไว้ 3 ชั่วโมง ความดันโลหิต 85/47 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ค่าความดันเฉลี่ย 59 มิลลิเมตรปรอท Load NSS 1,500 ml. On Norepinephrine 4 mg. +5% DW 100 ml. Vein 8 microdrop/min with titrate. ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท หลัง Load IV หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที On HFNC Flow 50 LPM. Keep Oxygen saturation  $\geq$  96% On Injection plug. CXR PA Upright Urine สีเข้ม 200 ml. ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm. Vein OD. Record I/O. Intake 1,314 ml. Output 700 ml.

วันที่ 2 วันที่ 2/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที On Norepinephrine 4 mg. + 5% DW 100 ml. Vein 8 microdrop/min. On HFNC Flow 40 LPM. ตรวจ Stress cortisol ได้รับยา Hydrocortisone 100 mg. Vein ทุก 8 ชั่วโมง Urine Flow ดีสีเข้ม Intake 799 ml. Output 1,750 ml.

วันที่ 3 วันที่ 3/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 99/64 มิลลิเมตรปรอท On Norepinephrine 4 mg. + 5% DW 100 ml. Vein 8 microdrop/min. Wean off HFNC. On Oxygen Canular 3 LPM. Keep Oxygen saturation  $\geq$  94% Oxygen saturation 99% On Oxygen Cannula 3 LPM. หายใจไม่เหนื่อย ได้รับยา Hydrocortisone 100 mg. Vein ทุก 8 ชั่วโมง ผล Urine Culture พบเชื้อ Escherichia coli. Intake 2,326 ml. Output 1,300 ml.

วันที่ 4 วันที่ 4/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 58 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/63 มิลลิเมตรปรอท ลดยา Norepinephrine 4 mg. + 5% DW 100 ml. vein 5 microdrop/min. On Oxygen Cannula 3 LPM. ได้รับยา Hydrocortisone 100 mg. Vein ทุก 8 ชั่วโมง ผล Hemoculture พบเชื้อ Escherichia coli. Sense ต่อยา Ceftriaxone. ให้อาหาร 14 วัน Intake 2,796 ml. Output 1,300 ml.

วันที่ 5 วันที่ 5/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 58 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/62 มิลลิเมตรปรอท Try off ยา Norepinephrine 4 mg. + 5% DW 100 ml. Vein 1 microdrop/min. Wean off Oxygen cannula. Oxygen saturation 99% Room air. ได้รับยา Hydrocortisone 100 mg. Vein ทุก 12 ชั่วโมง Intake 2,504 ml. Output 1,750 ml.

วันที่ 6 วันที่ 6/9/66 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ Urine Flow ดีสีเหลืองใสไม่มีตะกอน ได้รับยา Hydrocortisone 50 mg. Vein OD. Off ยา Norepinephrine ความดันโลหิต 103/67 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Intake 2,466 ml. Output 5,700 ml.

วันที่ 8-11 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อาการคงที่ ไม่มีไข้ Urine Flow ดีสีเหลืองใสไม่มีตะกอน

วันที่ 12 วันที่ 12/9/66 Off Foley's cath หลัง off ปัสสาวะตัวเอง ไม่มีแสบขัด ไม่มีไข้ หายใจไม่เหนื่อย Oxygen saturation 97% Room air.

วันที่ 13 วันที่ 13/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ Repeat U/A ผล U/A WBC 10-20 cells/HPF RBC 2-3 cells/HPF ไม่มีไข้ ปัสสาวะออกดี Oxygen saturation 99% Room air.

วันที่ 14 วันที่ 14/9/66 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ปัสสาวะออกดีไม่มีแสบขัด ไม่มีไข้ ได้รับยา Ceftriaxone ครบ 14 วัน จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตรวจ Hemoculture 2 ชุดซ้ำ ก่อนจำหน่าย ผล Hemoculture No growth

#### การวางแผนการพยาบาล

แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง และการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

#### การพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติให้ประวัติ ไข้หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด

O : ความดันโลหิต 85/47 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 59 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 39.2 องศาเซลเซียส SIRS 3 ใน 4 qSOFA 2 ใน 3 MEW score 6 Blood Lactate 5.6 mmol/L WBC 8,840 cell/ Neutrophil = 81.5 % Hemoculture และ Urine culture พบเชื้อ Escherichia coli

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95%
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก
3. Blood lactate < 2 mmol/L

#### 4. บัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine 4 mg.+ 5%D/W 100 ml. 8 microdrop/min with titrate.
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่าย สับสน ซึมและไม่รู้สึกตัว ผิวหนังเย็นชื้น และซีดริมฝีปากซีด เล็บมือเล็บเท้าอาจเขียว capillary refill จะนานกว่า 2 วินาที อัตราชีพจรเบาเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที อัตราหายใจเร็วและลึกมากกว่า 24 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ
3. ประเมินสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดทุก 15 นาที เมื่อค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท บันทึกทุก 1 ชั่วโมง เมื่ออาการเริ่มคงที่เปลี่ยนเป็นทุก 2 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมง ตามลำดับ ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 95% ดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ
4. ประเมิน MEWS score ตามเกณฑ์ที่กำหนด คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 รายงานแพทย์
5. ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation ภายใน 1 ชั่วโมง อย่างเพียงพอ และทันเวลา โดย On NSS 1,500 ml then on injection plug และประเมินภาวะน้ำเกิน โดยการฟังปอด และติดตามผล Chest X-ray
6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm iv OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากเก็บ Hemoculture และ Urine culture พร้อมสังเกตผลข้างเคียง และอาการแพ้ยา
7. ประเมินจำนวนบัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบบัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ พร้อมประเมินปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง
8. ติดตามผลการตรวจ Blood lactate และประเมินซ้ำใน 2 ชั่วโมง
9. เฝ้าระวังภาวะ organ dysfunction ทุกระบบ โดยติดตามอาการและอาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

##### การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยเท่ากับ 63 – 82 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต 94/58 - 129/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเท่ากับ 60 - 92 ครั้ง / นาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 95 – 98%
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
3. ผล Blood lactate วันที่ 1 กันยายน 2566 หลัง Fluid resuscitation ให้ NSS 1,500 ml เจา่ซ้ำหลัง 2 ชั่วโมง Blood lactate 0.6 mmol/L
4. บัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร / ชั่วโมง ปริมาณ 400-700 มิลลิลิตร / 8 ชั่วโมง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

##### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกหายใจเหนื่อย

O : อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ค่า Oxygen saturation 93%

Chest x-ray : No IF, Mild cardiomegaly ความดันโลหิต 85/47 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 59 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 39.2 องศาเซลเซียส ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation both lung

##### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ปลอดภัยจากภาวะการหายใจล้มเหลว

##### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว
2. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
3. ค่า Oxygen saturation  $\geq$  96%



### กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน โดยประเมินสัญญาณชีพ วัดระดับ Oxygen saturation ทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตสีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง
2. จัดท่านอน High fowler position เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
3. ดูแลให้ On HFNC flow 50 FiO<sub>2</sub> 0.5 T 37 keep Oxygen saturation  $\geq$  96%
4. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในคราวเดียวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
5. ดูแลให้จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี หน้าตาสดชื่น ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว
2. อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที
3. ค่า Oxygen saturation 96-98%

### การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอก ไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด

O : ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะมีสีเข้ม มีตะกอนคาสาย มีไข้ 38.7- 39.2 องศาเซลเซียส

ผล U/A : WBC > 100 cells/HPF, RBC = 20-30 cells/HPF,

ผล Hemoculture และ Urine culture พบเชื้อ Escherichia coli

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอนคาสายสวนปัสสาวะ
3. ผล U/A อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ WBC = 0-5 cells/HPF RBC = 0-5 cells/HPF

### กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังติดตามและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ
2. จัดการให้ผู้ป่วยเหลือคนไข้เซ็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วย พร้อมอธิบาย สอนและแนะนำญาติเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน เพราะเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการลดการผลิตความร้อนทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อลดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และเป็นการลดความร้อนของร่างกาย โดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ
5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. ทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง
6. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 500 mg 1 เม็ด รับประทานเมื่อมีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส ทุก 4 ชั่วโมง
7. ดูแลทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ
8. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่คาสายสวนปัสสาวะทุกวัน เพื่อรายงานแพทย์ถอดสายสวนออกเมื่อหมดความจำเป็น
9. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้อุณหภูมิผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส วันที่ 11-14 กันยายน 2566
2. ถอดสายสวนปัสสาวะ วันที่ 12 กันยายน 2566 ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด
3. ผล U/A มีการติดเชื้อลดลง : WBC = 10-20 cells/HPF RBC = 5-10 cells/HPF

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

### ข้อมูลสนับสนุน

S : อ่อนเพลีย

O : Biochemistry : วันที่ 7 กันยายน 2566 Potassium 2.77 mmol/L Sodium 139.8 mmol/ Chloride 104.0 mmol/

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซา ใจสั่น ซึพจรเต้นเบาว่าปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจหยุดเต้น
2. ผล Biochemistry : Potassium 3.5 - 5.5 mmol/L

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง รู้สึกชาตามร่างกาย การหายใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจหยุดเต้น
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงในระยะแรกและเปลี่ยนเป็นทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้น
3. ดูแลให้รับประทานยา Elixir KCL 30 ml. พร้อมสังเกตอาการผิดปกติ
4. แนะนำรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่กล้วย ถั่วเปลือกแข็ง ถั่วที่อยู่ในฝัก นม มันฝรั่ง
5. ประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายโดยบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 และ 24 ชั่วโมง
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### การประเมินผล

1. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง รู้สึกชาตามร่างกาย การหายใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจหยุดเต้น
2. วันที่ 8 กันยายน 2566 Potassium 3.3 mmol/L, 9 กันยายน 2566 Potassium 3.48 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติถามว่า “ จะหายไหม เมื่อไหร่จะได้กลับบ้าน ”

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่ยิ้มแย้ม ถามไม่ค่อยพูด “ บ่นอยากกลับบ้าน ”

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน มีสีหน้ากิริยาที่เป็นมิตร ให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติหายสงสัย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลผลการพยาบาล และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

4. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ พุดคุย ปลอบโยนและคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยให้อารมณ์ความรู้สึกอบอุ่นใจ

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

6. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และจากการซักถามของผู้ป่วยและญาติ

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

#### การพยาบาลระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

S :-

O : ผู้ป่วยขาดนัดที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เรื่อง SLE

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

2. ป้องกันการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตอบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องโรค เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย อาการ การรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2. ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน

3. ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย

4. ให้ความรู้อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล อาการที่สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด

5. ให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนอนหลับพักผ่อน

6. ให้ความรู้เรื่องการมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล พังผลตรวจ ANA dDNA เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องเรื่อง SLE

7. ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ให้ครบทั้ง 5 หมู่ อาหารที่ย่อยง่าย ปรุงสุก รสจืด ลดอาหารหวานมัน

รวมถึงการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว และการไม่กลั้นปัสสาวะ

8. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตอบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง ตามคำแนะนำ

#### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี มีประวัติโรคลิ้นหัวใจรั่ว (VHD) และ SLE เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลด้วย ไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด 1 ชั่วโมงก่อนมา อาการแรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 144/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 39.2 องศาเซลเซียส MEWS score 6 SIRS 3 ใน 4 Blood Lactate 5.6 mmol/L ผลตรวจ CBC : WBC 8,840 cell/mm<sup>3</sup> Lymphocyte 17.8 % Neutrophil 81.5 % ได้รับการวินิจฉัย UTI with Sepsis ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1,500 ml then on injection plug และยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Ceftriaxone 2 gm iv OD. หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยความดันโลหิต 85/47 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย

59 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา Norepinephrine 4 mg.+ 5%D/W 100 ml. 8 micro drop/min with titrate. On HFNC Flow 50 Lit/min FiO<sub>2</sub> 0.5 T = 37 Keep O<sub>2</sub> Sat  $\geq$  96% ผล Hemoculture และUrine culture พบเชื้อ Escherichia coli ซึ่งตอบสนองต่อยา Ceftriaxone จึงให้ยา 14 วัน ระหว่างรับไว้ในกวดูแลผู้ป่วยมีปัญหาคือ มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และให้การส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ก่อนจำหน่าย ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก และภาวะแทรกซ้อน ยังคงต้องดูแลเกี่ยวกับภาวะ VHD และ SLE ส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และนัดฟังผลตรวจ H/C ก่อนจำหน่าย ฟังผลตรวจ ANA dDNA รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

## วิจารณ์

กรณีศึกษารายนี้เป็นผู้มีโรคประจำตัวโรคคลื่นหัวใจรั่ว, SLE ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่าย พบสาเหตุมาจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ไช้ หนองส้น ปัสสาวะขุ่น ร่วมกับมีความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ ปัสสาวะสีเข้มมีตะกอน กลืนแร่ในร่างกายขาดสมดุล พยาบาลมีบทบาทสำคัญเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟู มีความรู้ความเข้าใจในการนำเครื่องมือในการคัดกรอง เช่น SIRS criteria qSOFA และMEWS มาใช้ พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในอาการและอาการแสดง การประเมินความรุนแรงประกอบการตัดสินใจในการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วและทันเวลา การใช้กระบวนการทางการพยาบาลและการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การป้องกันและแก้ไขภาวะ severe sepsis และ septic shock ได้ทันที่ที่ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ วางแผนพัฒนา วางแผนแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเคร่งครัด มีความรู้ในการใช้เครื่องมือ และแบบประเมินที่เหมาะสม
2. ร่วมพัฒนาศักยภาพกับเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดในด้านความรู้ ทักษะในการประเมิน การพยาบาล การดูแลรักษา เกณฑ์การส่งต่อ ระบบส่งต่อผู้ป่วย การสื่อสารประสานงาน การส่งกลับข้อมูล
3. การส่งเสริมป้องกันโดยการให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยการให้ความรู้ความเข้าใจ เฝ้าระวัง และสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันกันการติดเชื้อ และการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วจะสามารถลดความรุนแรง และเสียชีวิตได้ การเก็บรวบรวมข้อมูล และรายงานตัวชีวิตในการกำหนดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อกำกับติดตาม ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำไปสู่ปรับปรุงคุณภาพการรักษายาบาล

## สรุป

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นแหล่งการติดเชื้อสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเป็นภาวะคุกคาม และเป็นอันตรายต่อชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมิน การคัดกรองผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวัง ติดตามอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงได้ในภาวะเร่งด่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต



### เอกสารอ้างอิง

1. เนตรญา วิโรจวานิช . ประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2561;12:84-94.
2. รัชณี ผิวผ่อง. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 (Adult Nursing II). มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี;2564.
3. สมคิด เผ่าผา. กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว. ยโสธรเวชสาร โรงพยาบาลยโสธร. 2561;20:81-91.
4. คลังข้อมูลสุขภาพ. ข้อมูลตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [2565]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://hdcservice.moph.go.th>.
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลคลองลาน. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่าง พ.ศ. 2563-2565. [ฐานข้อมูล HOSxP]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:HOSxP SQL Query.
6. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7:319-30.



## Nursing care for pediatric patient infected with COVID-19 pneumonia with febrile convulsion : A case study

Muthana Kreungngern, M.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Pneumonia is a major complication of patient infected COVID -19. In pediatric patients infected with COVID-19 pneumonia often manifest as high-grade fever and seizure. Early and effective evaluation and treatment are importance to help patient get better and can discharged without any complications or spreading of infection providers.

**Objective :** To provide effective nursing care of pediatric patients infected with COVID-19 pneumonia who have febrile convulsion

**Case study :** A 2 -year- old male patient was sent from community hospital with high -grade fever ,2 episode of seizure and hypoxemia ( oxygen saturation 93-94%) The antigen test Kit (ATK ) result was positive with COVID-19 infection. The initial treatment from community hospital were anticonvulsants and oxygen supplement with oxygen mask with bag 5 LPM. The patient was admitted in isolation ward for COVID-19 case. The patient was consciousness, body temperature 38.6 c, respiratory rate 28 bpm, oxygen saturation 98% with oxygen mask with bag 5LPM and the chest radiograph revealed infiltration in both lower lungs. After the antiviral drug, Favipiravir suspension was given. The patient didn't developed seizure or dyspnea can wean off oxygen mask with bag (oxygen saturation 97- 98%) in 2 days. The important nursing care problems divided into 3 phases; 1) Initial phase: risk of covid-19 transmission 2) Acute phase : oxygen desaturation from covid-19 pneumonia, irritability from high-grade fever ,risk of recurrent seizure from high-grade fever and family's concerns about progression and prognosis of the 3) discharged planning phase: preparation and education of the patient and family before home isolation. In day 5 after treatment the doctor repeat chest radiograph revealed improvement of both lower lungs infiltration. The patient have mild cough, no fever and other vital sign were normal. The oxygen saturation was increased to 99-100%. The length of hospital stay was 5 days. The patient was discharged from hospital and isolated at home for 5 days.

**Conclusions :** The nursing care for pediatric patients infected with covid-19 pneumonia with febrile convulsion, Nurse are the person who taking care of the patients closely thus the effective evaluation and treatment help patients, family and worker safe from covid-19. From this case study can lead to be the nursing care for the pediatric patients infected with covid -19 pneumonia with febrile convulsion.

**Keywords :** Nursing care for pediatric patients infected with covid-19 pneumonia, febrile convulsion.

---

\*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital



## การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ที่มีภาวะชักจากไข้สูง : กรณีศึกษา

มัทนา เกรื่องเงิน, พย.ม.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ภาวะปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดอักเสบมักมีไข้สูงร่วมด้วย และเกิดภาวะชักจากไข้สูงได้บ่อย การประเมินและให้การพยาบาลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนถึงจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงผู้ปฏิบัติปลอดภัยไม่ติดเชื้อจากการทำงาน

**วัตถุประสงค์:** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ที่มีภาวะชักจากไข้สูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา:** ผู้ป่วยเด็ก เพศชาย อายุ 2 ปี 1 เดือน ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการไข้ ชักเกร็ง 2 ครั้ง ร่วมกับมีอาการปากเขียว ซีด ระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ในระหว่าง 93-94% ตรวจ ATK ผล Detected ได้ยากันชักให้ออกซิเจน mask c bag 5 ลิตร/นาที ส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร แรกรับที่หอผู้ป่วยพิเศษแยกโรค ผู้ป่วยรู้ตัวดี มีไข้ T=38.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที มีระดับออกซิเจนในเลือดแดง 97-98% ภาพถ่ายรังสีทรวงอกกลีบปอดล่างทั้งสองข้างเป็นฝ้าจาง ได้ยาต้านไวรัส Favipiravir suspension (100 mg/ml) ไม่มีอาการชักซ้ำ ทดลองหยุดให้ออกซิเจนสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่เหนื่อย และมีระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 97-98% ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรกเริ่ม เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคเนื่องจากมีภาวะการติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 2) ระยะเฉียบพลัน ได้แก่ มีภาวะพร่องออกซิเจนจากปอดอักเสบจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 เสี่ยงต่อภาวะชักซ้ำเนื่องจากไข้สูง มารดาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและความรุนแรงของโรค และ 3) ระยะวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับไปกักตัวที่บ้าน ในวันที่ 5 ของการรักษา ภาพถ่ายรังสีทรวงอกซ้ำกลีบปอดล่างทั้งสองข้างเป็นฝ้าจางลดลง ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ ระดับออกซิเจนในเลือดแดงเพิ่มขึ้นเป็น 99-100% ไอเล็กน้อย แพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล 5 วัน และให้กักตัวที่บ้านอีก 5 วัน

**สรุปผลกรณีศึกษา:** การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ที่มีภาวะชักจากไข้สูง พยาบาลเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยโดยตรง การประเมินและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเด็ก มารดา และผู้ปฏิบัติงานปลอดภัย จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ที่มีภาวะชักจากไข้สูงต่อไป

**คำสำคัญ:** การพยาบาลปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19, ภาวะชักจากไข้สูง

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 (โควิด-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) ที่เป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของคนทั่วโลก ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ<sup>1</sup> จากข้อมูลสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2563-2566 พบว่า เด็กอายุ 1-5 และ 6-12 ปี มีอัตราป่วยและติดเชื้อเท่ากับ 3936.87 และ 4613.26 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อที่สูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กได้รับวัคซีนไม่ครอบคลุมมากนัก อย่างไรก็ตามการติดเชื้อในเด็กมักจะมีอาการไม่รุนแรง จึงมีอัตราการเสียชีวิตต่ำ โดยพบอัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุ 1-5 และ 6-12 ปี เพียงร้อยละ 0.013 และ 0.007<sup>2</sup> อาการแสดงของเด็กที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส -19 อาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการผิดปกติ จนถึงอาการรุนแรงมีระบบทางเดินหายใจล้มเหลว เด็กมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการของระบบทางเดินหายใจได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ และมีน้ำมูก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก มักมีอาการและอาการแสดงของภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย ได้แก่ หายใจเร็ว หรือหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ซายโครหรือหน้าอกบวมเขียว และระดับออกซิเจนในเลือดแดงลดลงต่ำกว่า 90% หรืออาจมีสัญญาณอันตรายอื่นๆ เช่น กินไม่ได้ ซึม หรือมีอาการชักจากมีไข้สูงหมดสติ ร่วมกับ x-ray ปอดมีความผิดปกติ<sup>4</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี มีอาการรุนแรงระดับปานกลางและรุนแรงมาก ร้อยละ 15.7 และ 0.7 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ได้แก่ มีโรคประจำตัวหรือโรคที่พบร่วมโอกาสเพิ่มขึ้น 18.3 เท่า และมีไข้โอกาสเพิ่มขึ้น 4.5 เท่า<sup>5</sup> ภายหลังการระบาดของสายพันธุ์ Omicron ในช่วงปลายปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะชักจากไข้สูงร้อยละ 16.5<sup>6</sup> ภาวะชักจากไข้สูงเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 6.92 โดยพบในเด็กอายุช่วง 2-3 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.51 และมีโอกาสเกิดการชักซ้ำได้อีกเมื่อมีไข้สูงประมาณร้อยละ 13.04<sup>7</sup>

ผลกระทบของโรคปอดอักเสบทางด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคต่อผู้ป่วยเด็ก จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ ในรายที่มีความรุนแรง อาจทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ หากมีโรคประจำตัวด้วยอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตได้<sup>8</sup> การพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ คือ การประเมินความรุนแรงของโรคอย่างสม่ำเสมอ โดยการติดตามลักษณะการหายใจ เช่น การใช้กล้ามเนื้อเสริม อาการจุกมุมาน และเสียงลมหายใจในปอด เป็นต้น หากจำเป็นต้องให้ออกซิเจน ต้องติดตามระดับออกซิเจนในเลือดอย่างใกล้ชิด รวมถึงประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย การให้ยาปฏิชีวนะ และยาลดไข้ตามคำสั่งการรักษา และการติดตามผลหลังให้การพยาบาล<sup>9</sup> และยิ่งผู้ป่วยเด็กมาด้วยอาการชักจาก ไข้สูงยิ่งทำให้เกิดอาการโรคที่รุนแรงมากขึ้นได้ การพยาบาลเด็กเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนขณะชัก การจัดการเรื่องไข้และป้องกันการชักซ้ำ ตลอดจนเตรียมผู้ดูแลในการจัดการเรื่องไข้และการช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นหากมีอาการชักจากไข้สูง จึงเป็นสิ่งจำเป็น<sup>10</sup>

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 และมีภาวะชักจากไข้สูง ที่เข้ารับการรักษาในห้องแยกโรค ถือเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ การให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งต้องคำนึงถึงการดูแลสุขภาพทางจิตสังคมของเด็กไปพร้อมกันด้วย เพราะการถูกแยกตัวจะเกิดผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยเด็กอย่างมาก แนวปฏิบัติสากลขององค์การยูนิเซฟ เน้นย้ำว่าควรพยายามลดการแยกตัวเด็กจากครอบครัว และส่งเสริมให้ครอบครัวได้อยู่ด้วยกันมากที่สุด เมื่อเด็กรับการรักษาในโรงพยาบาลและถูกแยกตัวควรให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กทุกขั้นตอนของการรักษา<sup>11,12</sup> พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กให้ปลอดภัย และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเสมือนกับเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ รวมถึงลดการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีนโยบายปรับเปลี่ยนตึกพิเศษ ให้เป็น Cohort ward ตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2564 เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทุกประเภท โดยในปี 2564-2565 พบข้อมูลเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 จำนวน 38 และ 199 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2564 ไม่มีผู้เสียชีวิต ส่วนในปี 2565 มีเสียชีวิต 2 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 1.01<sup>13</sup> เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 มีประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลเด็กจะต้องมีความพร้อมที่จะ



รับมือกับภาวะวิกฤตอยู่ตลอดเวลา โดยติดตามสถานการณ์หรือแนวโน้มของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอยู่เสมอ ศึกษาหรือสืบค้นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัย และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทันทั่วถึง รวมถึงเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้องได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปลอดภัยจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ที่มีภาวะชักจากไข้สูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็ก เพศชาย อายุ 2 ปี 1 เดือน อาศัยอยู่กับบิดามารดา

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้ ไอ มีเสมหะ ชักก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล สัมผัสกับญาติที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19

8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไข้ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนระหว่างรอตรวจมีอาการชักเกร็งนาน 1 นาที ไม่มีอาการเขียว หายุดชักเอง ตรวจ ATK ผล Detected ยังมีไข้และมีอาการชักซ้ำนาน 2 นาที มีอาการปากเขียว ได้ยา Valium 5 mg iv stat หายุดชัก ดูแลให้ออกซิเจน mask c bag 5 ลิตร/นาที ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว มีประวัติชักจากไข้สูง เมื่อ 2 เดือนก่อน โดยไม่มีประวัติโรคลมชักในครอบครัว

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป	เด็กเพศชายวัยหัดเดินรูปร่างผอม น้ำหนัก 11 กิโลกรัม ส่วนสูง 110 เซนติเมตร การเจริญเติบโตปกติพัฒนาการปกติ ได้รับวัคซีนครบถ้วนถูกต้องตามช่วงวัย
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิกาย 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/51mmHg ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%
ผิวหนัง	ผิวหนังแดง ไม่ซีด ไม่มีอาการบวม ไม่มีบาดแผล ไม่มีฝีฝี
ศีรษะและใบหน้า	ศีรษะรูปทรงปกติ ผมนสั้น การมองเห็นปกติปากซีดไม่เขียว
ตา	ตาเท่ากันทั้งสองข้าง การมองเห็นปกติ pupil 3 mm RTL BE
ทรวงอก/ระบบทางเดินหายใจ	รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้ยินเสียงลมชัดเจน หายใจ 28 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจน mask c bag 5 ลิตร/นาที
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง
ระบบทางเดินอาหาร	รูปร่างท้องปกติ ท้องไม่แข็งตึง
ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ	กล้ามเนื้อแขนขาสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี Coma score E4V5M6
ระบบทางเดินปัสสาวะ	ปัสสาวะสีเหลืองใส กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง อวัยวะเพศปกติ





### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

วันที่	รายการ	ผล	ค่าปกติ	แปลผล
30 เมษายน 2565	<b>HEMATOLOGY</b>			
	WBC	8.7 10 <sup>3</sup> /dl	5000-10000	ปกติ
	Lymphocyte	6.2%	20.1-44.5	สูงกว่าปกติ
	Neutrophil	83.3%,	43.7-70.9	สูงกว่าปกติ
30 เมษายน 2565	RT PCR for COVID-19	Detected		ติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19

### ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก

วันที่ 29 เมษายน 2565 CXR – Bilateral perihilar infiltration

วันที่ 3 พฤษภาคม 2565 CXR – perihilar infiltration improved

### สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 29 เมษายน 2565 แรกรับที่หอผู้ป่วยแยกโรค ผู้ป่วยรู้ตัวดี มีไข้ T = 38.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ซีฟจร 112 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/51 mmHg มีระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ในระหว่าง 97 – 98 % ภาพถ่ายรังสีทรวงอก กลีบปอดล่างทั้งสองข้างเป็นฝ้าจาง แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ที่มีภาวะชักจากไข้สูง ให้ Favipiravir suspension (100 mg/ml) 3.9 ml รับประทาน ทุก 12 ชั่วโมง และ 1.7 ml ทุก 12 ชั่วโมงในวันต่อไปจนครบ 5 วัน

วันที่ 30 เมษายน 2565 ยังคงมีไข้ T = 38.4 - 38.6 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการชักซ้ำ ดูแลให้ออกซิเจน mask c bag 5 ลิตร/นาที มีระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ในระหว่าง 97 – 98 % เริ่มมีอาการไอบ่อยมีเสมหะในลำคอไม่มีหายใจลำบากได้ยา Carbocysteine syrup 100 mg / 5 ml 2.5 ml รับประทานวันละ 3 เวลาหลังอาหาร

วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยไม่มีอาการชักซ้ำ ทดลองหยุดออกซิเจน สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 22 - 24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ในระหว่าง 97 - 98% ไข้เริ่มลดลง T = 37.9 - 38.2 องศาเซลเซียส มีไข้เป็นบางช่วงเวลา

วันที่ 2 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไอน้อยลง หยุดให้ออกซิเจน อัตราการหายใจ 22 - 24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดง room air 99-100%

วันที่ 3 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยไม่มีไข้ อัตราการหายใจ 22 - 24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดง room air 99 - 100% ไอเล็กน้อยไม่มีอาการชักซ้ำ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกซ้ำกลีบปอดล่างทั้งสองข้างเป็นฝ้าจางลดลง แพทย์จึงจำหน่าย Home Isolation ต่ออีก 5 วัน ผู้ป่วยรวมอยู่รักษาโรงพยาบาล 5 วัน

### การวางแผนการพยาบาล

ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ แบ่งตามการรับบริการตามอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย ได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะเฉียบพลัน และระยะวางแผนจำหน่าย

### การพยาบาลระยะแรกรับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคเนื่องจากมีภาวะการติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19

### ข้อมูลสนับสนุน

มารดาบอกไม่ทราบการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคโควิด19

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ชุมชนและบุคลากรทางการพยาบาล
2. เพื่อให้มารดามีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส-19 ได้ถูกต้อง

## เกณฑ์การประเมินผล

มารดามีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส-19 ได้ถูกต้อง ตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ร้อยละ 80 ให้ความร่วมมือในการทำหัตถการหรือกิจกรรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส-19

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลและนำมารดาให้อยู่ในห้องแยกโรค ที่ปิดประตูตลอดเวลา และมีอากาศถ่ายเทไปสู่อาคารภายนอก
2. แนะนำให้สวมหน้ากากให้ผู้ป่วยตลอดกระบวนการ รักษาเพื่อควบคุมละอองฝอย ให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (surgical mask) ทับบนหน้ากากออกซิเจน (oxygen mask) อีกชั้น ป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออีกชั้นหนึ่ง
3. ทบทวนการติดต่อของโรคและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามมาตรการ DMHT Distancing (อยู่ห่างไว้) Mask wearing (ใส่หน้ากากกัน) Hand washing (หมั่นล้างมือ) ล้างมือและอุปกรณ์ที่จับต้องบ่อยๆ ให้สะอาด Testing (ตรวจให้ไว)
4. มารดาต้องใส่หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (surgical mask) เพื่อป้องกันการติดเชื้อและรับเชื้อจากผู้ป่วย สำหรับบุคลากรต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment: PPE) และหน้ากากชนิด N95 ใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด ในการทำกิจกรรม
5. การพ่นยาขยายหลอดลม ควรใช้แบบ ยาสูดพ่น MDI (metered dose inhaler) ไม่ควรใช้การพ่นยาแบบฝอยละออง (nebulizer)
6. บุคลากรต้องใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (standard precaution) และการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รวมถึงการจำกัดบุคลากรในการดูแล
7. ไม่อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยตรง เพื่อลดความเสี่ยงในการรับเชื้อ งดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ให้เยี่ยมผ่านทาง โทรศัพท์หรือระบบไลน์วิดีโอแทน

### การประเมินผล

มารดาสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ร้อยละ 80 ให้ความร่วมมือในการทำหัตถการหรือกิจกรรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส-19

## การพยาบาลระยะเฉียบพลัน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากปอดอักเสบจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไอ มีเสมหะเหนียวง่าย อุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/51 mmHg ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด room air 93-94%
2. ผลการตรวจ Hematology พบ Lymphocyte 6.2% Neutrophil 83.3% มีค่าสูงกว่าปกติซึ่งบ่งชี้ถึงการติดเชื้อไวรัส
3. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกฟิล์มปอดล่างทั้งสองข้างเป็นฝ้าจาง CXR: Bilateral perihilar infiltration

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยเด็กปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ริมฝีปากซีด เขียวปลายมือปลายเท้า อัตราการหายใจปกติ อัตราการหายใจในเด็ก ประมาณ 25-35 ครั้ง/นาที
2. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98-100 %
3. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกฟิล์มปอดล่างทั้งสองข้างเป็นฝ้าจางลดลง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนในผู้ป่วยเด็กจากสัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด อาการและอาการแสดงของ ภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ผิวหนังซีดหรือเขียว (Cyanosis) เย็นชื้น (Clammy) ริมฝีปากซีด เขียวปลายมือปลายเท้า อัตราการลักษณะการหายใจผิดปกติใช้กลัมนื้อหน้าท้องหายใจ รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติประเมินสัญญาณชีพ

โดยแนะนำมารดาเกี่ยวกับการวัดไข้และวัดออกซิเจนปลายนิ้วทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ผ่านทางระบบ Inter-communication ที่ติดตั้งไว้ทุกห้องของตึกแยกโรคและระบบกล้องวงจรปิด เจ้าหน้าที่จะสวมชุดป้องกัน PPE (Personal Protective Equipment) เข้าไปทุก 1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่

2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 5 lpm ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยติดตามและประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ภาวะสับสน หงุดหงิด หัวใจเต้น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจมาก 35 ครั้งต่อนาที หรือมีค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 90% อาจเกิด มีภาวะปอดแฟบ เสมหะเหนียวข้น มีการอุดตันทางเดินหายใจ เพื่อประเมินหาสาเหตุภาวะพร่องออกซิเจนที่เกิดขึ้นและให้การแก้ไขตามสาเหตุที่พบรายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อช่วยให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้มากขึ้น ป้องกันการ aspirate pneumonia

4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง หากมีอาการไอกระตุ้นมารดาให้เด็กรับน้ำบ่อยๆ เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้ง่าย และดูแลให้ยา Carbocysteine syrup 100mg/5ml 2.5ml รับประทานวันละ 3 เวลาหลังอาหารตามแผนการรักษา

5. เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ อุณหภูมิสูงขึ้นจะเพิ่มการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

6. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ การล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาลหรือทำหัตถการ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยปฏิบัติตามแนวทางกาดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

#### การประเมินผล

1. ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจนผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปลายมือเท้าแดงดี ไม่มีไข้ T 37-37.4 องศาเซลเซียส
2. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98-100%
3. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกกลีบปอดล่างทั้งสองข้างเป็นฝ้าจางลดลง

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากไข้สูง

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการชัก 2 ครั้งก่อนมาโรงพยาบาล
2. มีประวัติชักจากไข้สูงเมื่อ 2 เดือนก่อน โดยไม่มีประวัติโรคลมชักในครอบครัว
3. อุณหภูมิกาย 38.4 - 39 องศาเซลเซียส ตัวร้อน สีหน้าไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย

##### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะชักซ้ำ
2. มารดามีความรู้ในการจัดการเรื่อง ไข้ และการช่วยเหลือเด็กขณะชัก
3. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ (อุณหภูมิร่างกาย น้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส)
2. ไม่เกิดภาวะชักซ้ำ
3. มารดามีความรู้ในการจัดการเรื่อง ไข้ และการช่วยเหลือเด็กขณะชัก

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามวัดสัญญาณชีพและอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง และอาการแสดงอื่น ๆ เช่น ตัวร้อน หน้าแดงมีหนัง สับสน กระสับกระส่าย และร้องกวน เป็นต้น เพื่อประเมินภาวะไข้

2. หากเด็กมีไข้ (อุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส) ให้จัดการเรื่องไข้ ดังนี้

2.1 ดูแลให้เด็กได้รับน้ำทางปากอย่างเพียงพอ หรือควบคุมสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำให้ตรงตามแผนการรักษา เพื่อชดเชยภาวะขาดน้ำ (dehydration) จากภาวะไข้ และน้ำช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกายผ่านปัสสาวะ

2.2 เช็ดตัวลดไข้ (sponging) ด้วยน้ำอุณหภูมิห้องนาน 15 – 20 นาที หากอากาศเย็นให้ใช้น้ำอุ่นแทน ไม่ควรใช้น้ำเย็นหรือน้ำแข็งและต้องระมัดระวังไม่ให้เด็กมีอาการหนาวสั่น (shivering) เพราะจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย และหลอดเลือดหดตัว (vasoconstriction) ความร้อนจึงไม่สามารถระบายออกจากร่างกายได้

2.3 สวมเสื้อผ้าที่บาง ไม่ห่มผ้าหากเด็กไม่มีอาการหนาวสั่น เพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกาย

2.4 จัดให้เด็กนอนพัก ไม่รบกวนเกินความจำเป็น เพื่อลดอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย จึงลดการผลิตความร้อนในร่างกายด้วย

2.5 ไม่พยายามลดอุณหภูมิร่างกายเด็กอย่างรวดเร็ว เช่น เปิดพัดลม เพราะจะกระตุ้นให้มีอาการหนาวสั่น และเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย

2.6 ดูแลให้ยา Paracetamol Syrup 1 ช้อนชาทางปาก ห่างกันทุก 4-6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษายาลดไข้มีฤทธิ์ยับยั้งศูนย์ควบคุมความร้อนใน hypothalamus จึงลดอุณหภูมิของร่างกาย บรรเทาอาการไม่สุขสบายของเด็กด้วย

3. ติดตามวัดอุณหภูมิร่างกายหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที หรือหลังให้ยาลดไข้ 1 ชั่วโมงเช็ดตัวลดไข้ซ้ำหากประเมินแล้วเด็กยังมีไข้และยังไม่ถึงเวลาให้ยาลดไข้ในช่วงเวลาถัดไป

4. เปิดโอกาสให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กทั้งการทำกิจกรรมต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างมารดาและบุคลากรพยาบาล ตลอดจนการตัดสินใจ เพื่อช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น

5. พุดคุยและให้กำลังใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการสื่อสารผ่าน Inter-communication และการสังเกตผ่านทางกล้องวงจรปิด เพื่อช่วยให้คลายความกังวล เนื่องจากความกังวลของมารดาเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการดูแลเด็ก โดยเฉพาะในภาวะวิกฤต

#### การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ (อุณหภูมิร่างกาย น้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส).

2. ไม่เกิดการชักซ้ำ

3. มารดามีความรู้สามารถเช็ดตัวลดไข้ได้ถูกต้อง สามารถตอบคำถามทวนซ้ำเกี่ยวกับการดูแลเด็กมีไข้ และการช่วยเหลือเด็กขณะชักได้

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและความรุนแรงของโรค

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาซักถามอาการเกรงว่าอาการจะรุนแรงกลัวโรคโควิด-19

2. มารดามีสีหน้าวิตกกังวล

##### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้มารดาได้รับข้อมูลความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องคลายความกังวล

2. มารดาคลายความวิตกกังวล

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง สีหน้าสดชื่นขึ้น

2. มารดาปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการทำหัตถการต่าง ๆ

3. มารดาสามารถเผชิญหรือเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลของมารดา
2. เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล และซักถามข้อสงสัยอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาด้วยวาจาสุภาพ กิริยาท่าทางที่แสดงถึงความจริงใจ
4. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรค สาเหตุการเกิด และแนวทางในการรักษาพยาบาล ความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ และในประเด็นสำคัญที่มารดายังไม่เข้าใจ โดยใช้ภาษา คำพูดที่เข้าใจง่าย เป็นระยะ
5. ให้ความเคารพในความเป็นบุคคล แจ้งมารดาผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย
6. ให้ความสำคัญมารดา โดยคอยซักถามอาการผ่านทาง Inter-communication ที่ติดตั้งในห้องผู้ป่วย และการเข้าไปดูแลตามเวลาเพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ
7. เป็นสื่อกลางให้มารดา รับทราบข้อมูลจากแพทย์โดยตรง เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยร่วมวางแผนการรักษาพยาบาลกับแพทย์ผ่านทาง Inter-communication และภาพจากกล้องวงจรปิด

### การประเมินผล

1. มารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง
2. มารดาให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการทำหัตถการต่างๆ
3. มารดาสามารถเผชิญหรือเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพที่ต้องรับการรักษา โดยสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการดำเนินโรคได้ถูกต้อง

## การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับไปกักตัวที่บ้าน

### ข้อมูลสนับสนุน

มารดาบอกรับทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อช่วยให้มารดาได้รับความรู้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 19
2. ผู้ป่วยเด็กได้รับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย

### เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดามีความรู้ มีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง
2. คะแนนการประเมินความรู้อ่อนกลับ หลังจากให้ความรู้มากกว่าร้อยละ 80

## กิจกรรมการพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายแบบ D – Method โดยประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพก่อนจำหน่าย

**D = Disease** อธิบายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางเชื้ออาจแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้ถึง 20 วัน จึงให้ผู้ป่วยกักตัวที่บ้านให้ครบ 10 วัน

**M = Medication** อธิบายและเน้นการรับประทานยาตามอาการ

**E = Environment & Economic** ประเมินความพร้อมสถานที่สำหรับการกักตัวที่บ้านอีก 5 วัน พร้อมอธิบายและให้ข้อเสนอแนะในการจัดเตรียมสถานที่และวิธีการปฏิบัติตัวขณะกักตัวที่บ้าน ดังนี้

1. งดออกจากบ้านไปยังชุมชนทุกกรณียกเว้นการเดินทางไปโรงพยาบาลโดยการนัดหมายและการจัดการโดยโรงพยาบาล
2. ให้แยกห้องนอนจากผู้อื่น หรือแยกให้นอนห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 3-5 เมตร และต้องเป็นห้องที่ เปิดให้อากาศระบายได้ดี



3. ถ้าแยกห้องน้ำได้ควรแยก ถ้าแยกไม่ได้ ให้เช็ดพื้นผิวที่มีการสัมผัสด้วยน้ำยาทำความสะอาด หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์หลังการใช้ทุกครั้ง

4. การดูแลสูชอนามัย ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น

5. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำโดยเฉพาะหลังจากถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระหรืออุ้มมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ 70%

6. ไม่รับประทานอาหารร่วมวงกับผู้อื่น

7. หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในระยะไม่เกิน 2 เมตร การพบปะกันให้สวมหน้ากากตลอดเวลา

**T = Treatment** อธิบายการรักษาที่ยังต้องนำไปใช้ที่บ้านและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพามาโรงพยาบาล

**H = Health** ให้ความรู้และเน้นย้ำแก่มารดาเกี่ยวกับเรื่องการเช็ดตัวลดไข้เพื่อป้องกันภาวะชักซ้ำและสอบถามความต้องการเรื่องการได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ของมารดาและครอบครัวโดยแนะนำให้ติดต่อกับสาธารณสุขใกล้บ้าน

8. ผู้ป่วยเด็กรายนี้พัฒนาการเหมาะสมตามวัยในภาวะเจ็บป่วยครั้งนี้ อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการตามวัย จึงแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดิน ดังนี้

- สอนลูกเรียนรู้เรื่องขนาด รูปร่างและสีของสิ่งต่างๆ และการนับเลข

- ชวนเด็กวาดรูปและเล่าเรื่องจากภาพให้พ่อแม่รับฟังอย่างตั้งใจตั้งคำถามต่อยอดจินตนาการเด็กไม่ตำหนิหรือขัดแย้งในสิ่งที่เด็กเล่า

- พุดคุยอ่านหนังสือภาพเล่านิทาน ร้องเพลง และเล่นกับลูกบ่อยๆ สอนให้รู้จักแบ่งปันกับของเล่นซ้ำที่หลังเลิกเล่น

- ชวนเด็กเล่นสนุก ตั้งคำถามให้ได้คิด และคาดเดาใช้คำสุภาพพูดกับเด็กหากเด็กทำผิดพลาดอย่าซ้ำเติมควร

ให้กำลังใจและสอน เด็กจะชอบเลียนแบบดังนั้นพ่อแม่ ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้ลูก

- ชวนวิ่งเล่นออกกำลังการฝึกการทรงตัว

- สร้างสุขนิสัย เช่น การล้างมือ การใช้ห้องนอน การแปรงฟัน การสวมรองเท้า ฝึกทักษะการรับประทานอาหารด้วยตนเอง ให้โอกาสเด็กในการช่วยงานบ้านง่ายๆ

**O = Outpatient** อธิบายและให้ใบนัดติดตามอาการ อาจมีการนัดติดตามอาการออนไลน์หรือทางไลน์

**D = Diet** ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่สูง สะอาด และมีประโยชน์ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ

9. ประสานการส่งต่อติดตามเยี่ยมออนไลน์ที่บ้านในระบบการส่งต่อการเยี่ยมบ้านของแผนกเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล

**การประเมินผล**

มารดาได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน หลังให้คำแนะนำทวนสอบถามซ้ำ สามารถ

ตอบได้ร้อยละ 80 ของข้อคำถาม

**สรุปกรณีศึกษา**

ผู้ป่วยเด็ก เพศชาย อายุ 2 ปี 1 เดือน ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการไข้ ไอมีเสมหะชัก 2 ครั้ง มีอาการ

ปากเขียว ซีดตรวจ ATK ผลDetected ได้รับยาหยุดชักมีระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ในระหว่าง 93-94% ให้ออกซิเจน mask

c bag แรกวันที่หอบผู้ป่วยแยกโรค ผู้ป่วยรู้ตัวมีไข้ T= 38.6 องศาเซลเซียส หายใจไม่เหนื่อย ปากไม่ซีดเขียว ภาพถ่ายรังสีทรวง

อกสืบปอดล่างทั้งสองข้างเป็นฝ้าจาง ได้ยาต้านไวรัส เริ่มมีอาการไอมีเสมหะในลำคอไม่มีหายใจลำบากได้ละลายเสมหะทุเลา

อาการไอ ผู้ป่วยใน 3 วันแรก ยังคงมีไข้ T = 38.4-38.6 องศาเซลเซียสและไข้เริ่มลดลง หยุดให้ออกซิเจนได้ และเมื่อถ่ายภาพ

รังสีทรวงอกซ้ำกสืบปอดล่างทั้งสองข้างเป็นฝ้าจางลดลง ไม่มีไข้ หายใจปกติ ไอเล็กน้อย ผู้ป่วยรวมอยู่รักษาโรงพยาบาล 5 วัน

แพทย์จึงจำหน่ายและกักตัวที่บ้าน (Home Isolation ) ต่ออีก 5 วัน



## วิจารณ์

ผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจากเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ถึงแม้อาการในระยะเริ่มแรกจะมีความรุนแรงในระดับเล็กน้อย แต่ถ้าพบมีปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสทำให้อาการโรครุนแรงมากขึ้น เช่น การมีไข้สูงและชักอาจทำให้มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ แต่จากการที่พยาบาลได้มีการประเมินอย่างใกล้ชิด และให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยกรณีศึกษาไม่ต้องใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้าน และกลับสู่ชุมชนได้โดยไม่แพร่กระจายเชื้อ

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลเด็กควรมีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคอุบัติการณ์ใหม่ ทบทวนความรู้แนวทางปฏิบัติทักษะร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ในการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาและหาแนวทางให้การพยาบาลที่เหมาะสม ครบถ้วน ทันเวลา
2. ปรับปรุงแนวทางการพยาบาล เพื่อให้ทันสมัย และค้นหาวิธีการให้การพยาบาลใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและสามารถช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้
3. ศึกษาแนวทางปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ในญาติผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติงาน เพื่อลดความรุนแรงของการระบาด

## สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 ที่มีภาวะชักจากไข้สูง พยาบาลเด็กมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะเฉียบพลันให้ปลอดภัย ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านโดยการให้ความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะของมารดาให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่องในการป้องกันภาวะชักซ้ำจากไข้สูงและการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กตามวัย

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Director- Genral's opening remark at the media briefing on Covid19-March 2020. Retrieved March 4, 2022
2. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://www.pidst.or.th/A1328.html>
3. Molloy EJ, Bearer CF. COVID-19 in children and altered inflammatory responses. Pediatric Research. [serial online]. 2020. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2566];88: [340-1]. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0881-y>
4. กฤติญาดา เกื้อวงศ์. เรื่องโควิด19: แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ Journal of Nursing Science & Health. 2563;43(4):118-29.
5. ณัฐ อารยะพงษ์. อาการแสดงและปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคโควิด 19 ในเด็ก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(3):663-74.
6. Han MJ, Heo JH, Hwang JS, Jang YT, Lee M, Kim SJ. Incidence of Febrile Seizures in Children with COVID-19. J. Clin. Med. [serial online]. 2023. [25 ตุลาคม 2566]. 12:1076. Available from :<https://doi.org/10.3390/jcm12031076>
7. Byeon JH, Kim GH, Eun BL. Prevalence, Incidence, and Recurrence of Febrile Seizures in Korean Children Based on National Registry Data. J Clin Neurol. 2018;14(1):43-7.



8. แก้วกาญจน์ เสือรัมย์. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ: กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2565;45(3):23-34.
9. Ebeledike C, Ahmad T, Martin SD. Pediatric Pneumonia (Nursing) [Updated 2023 Jan 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568682/>
10. วรรณรงค์ วิโรจนะ. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(3):83-94.
11. แนวทางการดูแลเด็กที่ติดเชื้อโควิด-19 หรือมีความเสี่ยงสูง เพื่อป้องกัน การถูกแยกจากครอบครัว. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2566]. Available From :<https://www.unicef.org/thailand/media/6311/file>
12. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(5):346-7.
13. ศูนย์ข้อมูลคุณภาพ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รายงานประจำปี 2566 โรงพยาบาลกำแพงเพชร:Annual Report 2023. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.



## Nursing care for cirrhosis patients with septic shock : A case study

Suphaporn Khampangsirirat, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Cirrhosis causes the liver to function less and from the liver loses function. The immune system will decrease, therefore easily infected and has the potential to spread into the bloodstream. If medical treatment is not received promptly, the patient will go into shock and death from multiple organ failure. Nurses must have knowledge and understanding of the pathology of the disease, treatment guidelines. Apply the nursing process to comprehensive care for patients and families. At each stage of the disease progression will keep the patient safe, prevent complications.

**Objective :** To be guide the nursing care of cirrhosis patients with septic shock.

**Case study :** A 52-year-old Thai male admitted to the hospital due to fever, shortness of breath, dysuria 13 hours before the first visit, hypotension, sinus tachycardia, and a highly blood lactate level 17.9 mmdl/L have an underlying disease alcoholic liver cirrhosis with ascites. The patient was diagnosed alcohol cirrhosis with septic shock. Treated according to the 6 bundle for sepsis guidelines. Three phases of nursing problems were identified including: Critical stages: 1. Shock from bloodstream infection 2. Acute renal failure and imbalance of mineral salts, acids and alkalis in the body. 3. Hypoxia. An ongoing phase includes: 1. Having a state of alcohol withdrawal 2. Urinary tract infections and infection of ascites. 3. Patients and relatives have anxiety about illness and discharge period, including : 1. Encourage patients and relatives to have the ability to take care of themselves and their family members. Which patients receive medical treatment until various problems are resolved the patient is safe from shock and having no complications until discharge. Total length of stay in the hospital was 15 days. Doctor discharged, follow-up appointment for 2 weeks, and attended an alcohol cessation clinic.

**Conclusions :** The patient was safe from septic shock and complications from cirrhosis. The nurses should have knowledge and skills in cirrhosis patient with septic shock care. Applying nursing process for holistic care, and working with a multidisciplinary team can save the patient with a life-threatening medical condition, prevent complications, a reduce mortality rate.

**Keywords :** Nursing cirrhosis patients, Septic shock

---

\*Registered Nurse, professional level, Bueng Samakhi Hospital, Kamphaeng Phet Province

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

สุภาภรณ์ คำแพงศิริรัตน์, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคตับแข็ง ทำให้ตับทำหน้าที่ลดลง และจากการที่ตับสูญเสียหน้าที่ ระบบภูมิคุ้มกันจะลดลงตามไปด้วย จึงติดเชื้อง่าย และมีโอกาสลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ จะเกิดภาวะช็อก อาจเสียชีวิตจากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษาเป็นอย่างดี นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุม ในแต่ละระยะของการดำเนินของโรค จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี มาโรงพยาบาล ไข้ หายใจเหนื่อย บัสสาวะออกน้อย 13 ชั่วโมงก่อนมา แรกรับความดันโลหิตต่ำ 85/48 มิลลิเมตรปรอท หายใจเร็วตื่น 28 ครั้งต่อนาที ซีพจรเต้นเร็ว 130 ครั้งต่อนาที Blood lactate 17.9 mmdl/L มีโรคประจำตัวเป็น โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic liver cirrhosis) มีภาวะท้องมาน ได้รับการวินิจฉัย Alcohol cirrhosis with septic shock ให้การรักษาตามแนวทาง 6 Bundle for sepsis ปัญหาทางการพยาบาลที่พบมี 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ได้แก่ 1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีภาวะไตวายเฉียบพลัน และภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ กรด-ด่างในร่างกาย 3. มีภาวะพร่องออกซิเจน ระยะต่อเนื่อง ได้แก่ 1. มีภาวะขาดสุรา 2. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และมีการติดเชื้อของน้ำในช่องท้อง 3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และระยะจำหน่าย ได้แก่ 1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล จนปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก และภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 15 วัน แพทย์จำหน่ายนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และเข้าคลินิกเลิกสุรา

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็ง จากการที่พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ร่วมกับสหวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็ง ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงสามัคคี



## บทนำ

โรคตับแข็งเป็นโรคตับระยะสุดท้ายของโรคตับหลายชนิด<sup>1</sup> และโรคตับแข็งจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol induced cirrhosis) เป็นสาเหตุหลักของโรคตับแข็งในปัจจุบัน ตับแข็งเป็นอาการในระยยะสุดท้ายของเซลล์ตับที่ได้รับอันตราย เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะตับแข็งส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ โรคตับแข็งไม่สามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ดังเดิม มีการศึกษาติดตามผู้ป่วยตับแข็งจากแอลกอฮอล์นาน 5, 10, 15 ปีพบว่าอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 71, 84 และ 90 ตามลำดับ ปัจจัยสำคัญทำให้เสียชีวิต คืออายุมากและยังดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในผู้ป่วยตับแข็งและเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องมานหรือเลือดจากเส้นเลือดขดในทางเดินอาหาร หรือมีอาการซึมสับสน พบว่าภายใน 1 ปี มีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 49 และร้อยละ 64 ตามลำดับ<sup>2</sup> จากการที่ตับสูญเสียหน้าที่ ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งเมื่อเกิดการติดเชื้อ จะลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด จะเกิดภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว และจะเสียชีวิตจากจากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ<sup>3</sup>

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีอัตราการเสียชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ขึ้นอยู่กับอายุ แหล่งการติดเชื้อ ชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย<sup>4</sup> ในการรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันทีภายใน 6 ชั่วโมงแรก จะช่วยชะลอการล้มเหลวของอวัยวะทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายได้ สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยจึงได้พัฒนาและประกาศใช้แนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis guideline) โดยกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก<sup>5</sup> (Early Goal Direct Therapy : EGDT) ไว้ดังนี้ 1) การรักษาระบบไหลเวียนให้มีความดันโลหิตเฉลี่ย(Mean Arterial Pressure : MAP)  $\geq 65$  mmHg 2) บัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง และ 3) มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (O<sub>2</sub>Saturation)  $\geq 95\%$  จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 190,000 ราย/ปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 40,000 ราย/ปี โดยอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทย ปี 2563 - 2565 อยู่ที่ร้อยละ 32.53, 20.55 และ 21.13 ตามลำดับ<sup>6</sup>

จากสถิติโรงพยาบาลบึงสามัคคี มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี 2563 - 2565 เป็นจำนวน 84, 117 และ 121 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงการเสียชีวิตคิดเป็น 7.14, 6.84 และ 10.74 ตามลำดับ<sup>7</sup> ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ สาเหตุอาการและอาการแสดงของโรค พยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย แนวทางการรักษา เป็นอย่างดีในแต่ละระยะของการดำเนินของโรค จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมองค์รวม ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้ หายใจเหนื่อย บัสสาวะออกน้อย 13 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อน มีไข้ต่ำ ๆ บัสสาวะขัด ปวดหลัง อึดแน่นท้อง อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ซ้อมารับประทานยา มารับประทาน ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

13 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย บัสสาวะออกน้อย ญาตินำส่งโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคตับแข็ง (Alcohol Cirrhosis) 10 ปี และความดันโลหิตสูง 5 ปี รักษาที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี ดื่มสุราทุกวัน และน้ำสมุนไพร ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการสูบบุหรี่



วินิจฉัยโรค : Alcohol cirrhosis with septic shock

การประเมินร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ค่า BMI =26.1

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 85/48 มิลลิเมตรปรอท MAP 60 mmHg O<sub>2</sub> saturation 93 %

ผิวหนัง : ผิวเหลือง ซีด ผิวหนังเย็นชื้น มีรอยจ้ำเลือด พบ spider nevi ขาบวม 1+

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะ และใบหน้าสมส่วน ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดำแซมสีขาว มองเห็นปกติ ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ มือกำมุ่ม อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังปอดเสียง crepitation O<sub>2</sub> saturation 93%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องอืด บวมโต คลำท้อง วัดรอบท้อง 105 เซนติเมตร

กล้ามเนื้อและกระดูก : การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ ไม่มีอาการรอยโรคการหักเคลื่อนหรือผิดรูป

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบ พูดคุยรู้เรื่อง E4V5M6 Coma score = 15

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะขจัด ไม่มี bladder full

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีสีหน้าไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย มีลูกชายดูแลให้ความช่วยเหลือ

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการสิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	หน่วย	10 ธ.ค.2565	11 ธ.ค.2565	13 ธ.ค.2565	22 ธ.ค.2565
U/A ; RBC	0-1	Cell/HPF	5-10	3-5	1-2	-
U/A ; WBC	0-1	Cell/HPF	5-10	10-20	3-5	-
CBC ;WBC	4.5-10	Cell/mm <sup>3</sup>	14.2	-	-	7.5
Potassium	3.5-5	mEq/L	3.37	4.87	3.56	3.48
Sodium	135-145	mmol/L	129.5	133.9	141.9	138.5
CO <sub>2</sub> Content	22-30	mmol/L	6.2	12.2	20.2	18.6
BUN	8-20	mg/dL	8.8	17.1	25.4	54.9
Creatinine	0.55-1.02	mg/dL	2.26	1.72	1.09	1.72
CrGFR	-	-	32.15	44.72	77.63	44.72
Total protein	6.0-8.0	gm%	6.2	-	-	6.8
Albumin	3.5-5.5	gm%	2.4	-	-	2.0
SGPT	0-35	U/L	75.0	-	-	152.0
Blood Lactate	< 2	mmol/L	( ครั้งที่ 1 ) 17.9 ( ครั้งที่ 2 ) 12.4	6.9 4.9	- -	- -

Peritoneal fluid : Cell count MN 38.2% Cell count PMN 61.8% Cell count: 0.6

H/C Spec 1,2 : Aeromonas veronii

### สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 10 ธันวาคม 2565 อาการแรกเริ่ม E4M6V5 มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย มีอาการกระสับกระส่าย สีหน้าไม่สุขสบาย ท้องอืดบวมโต ตัวตาคเหลือง ตรวจพบความดันโลหิตต่ำ และชีพจร เบาเร็ว V/S: BP = 85/48 mmHg BT = 38.2°C PR = 130 /min RR = 30 /min SpO<sub>2</sub> 93% (MAP = 60.0 mmHg) Blood Lactate 17.9 ใส่สายสวนปัสสาวะแต่ปัสสาวะออกคาสาย MEWS Score = 8 คะแนน ผู้ป่วยมีอาการช็อกจากการประเมินแรกเริ่ม ดูแลให้การรักษาและการพยาบาล 6 Bundle for sepsis และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จำนวน 2,000 cc แต่ความดันโลหิตยังต่ำ BP = 87/50 mmHg ( MAP < 65 mmHg ) แพทย์ ทำ IVC ultrasound เพื่อประเมินการได้รับสารน้ำ แล้วจึงให้ load IV. เพิ่มอีก 1,000 ml. วัดความดันโลหิตซ้ำยังต่ำ 87/47 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงให้ยา Norepinephrine 4 mg in 5% D/W 250 ml. vein drip 20 ml/hr keep MAP ≥ 65 mmHg ให้ O<sub>2</sub> mask with bag 10-15 LPM ความดันโลหิตเริ่มสูงขึ้น ปลายมือปลายเท้าแดงขึ้น พบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ยังคงปรับยาตามแผนการรักษา ติดตามต่อพบ BP = 91/60 mmHg BT = 37.2°C PR = 90-102 /min RR = 24 /min SpO<sub>2</sub> 98% Blood Lactate = 9.4

วันที่ 11 ธันวาคม 2565 ไข้ลดลง ทูเลอาการเหนื่อย ปัสสาวะเริ่มออกมากขึ้น V/S : BP = 94/62 mmHg BT= 36.5°C PR= 86-90 /min RR=20-24 /min SpO<sub>2</sub> 96 - 98% ปัสสาวะสีเหลือง I/O = 3,020/1,500 cc Blood lactate 6.9, 4.9 mmol/L ดูแลได้รับสารน้ำ และ Norepinephrine โดยปรับเพื่อรักษาระดับ MAP ≥ 65 mmHg

12 ธันวาคม 2565 ไม่มีไข้ ความดันโลหิตเริ่มดีขึ้น จนปรับลดยา Norepinephrine 1:25 rate 3-5 µd/min V/S: BP = 111/67 mmHg BT= 36.5°C PR = 70 /min RR = 22 /min SpO<sub>2</sub> 100% Off Norepinephrine และผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรา ดูแลให้ยา Diazepam 10 mg iv prn agitation ทุก 4 ชั่วโมง อาการสงบลง

13 - 16 ธันวาคม 2565 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาการ Agitation ลดลง มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ค่อยเคลื่อนไหวตัว อึดแน่นท้อง มือสั่น ดูแลให้ยา Lactulose 30 ml oral หลังอาหารเช้า Add ไข่ขาว 1 ฟองต่อมื้อ และให้ยา Ceftriaxone 2 g. IV drip OD ต่อเนื่อง รอผล Hemoculture,

17 ธันวาคม 2565 Hemoculture พบเชื้อ Aeromonas veronii แพทย์ให้การรักษา Ceftriaxone 2 g. IV drip OD จนครบ 14 วัน ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากภาวะท้องมาน แพทย์ทำหัตถการ Abdominal tapping for release 2000 ml. สีเหลืองขุ่น อาการหลังเจาะท้อง ทูเลอึดแน่นท้อง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

18-24 ธันวาคม 2565 อาการทั่วไป ปกติ ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 g. IV drip OD ครบ 14 วัน วันที่ 23 ธันวาคม 2565 แต่ผู้ป่วยมีอาการไอ คัดจมูก BT = 37.5°C ตรวจ ATK = negative แพทย์ให้ Observe ไข้ และConsult คลินิกเล็กสุรา สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

25 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์จำหน่าย นัดติดตามอาการ และเข้าคลินิกเล็กสุรา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตามนัด

### การวางแผนการพยาบาล

แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง และการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

### การพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติให้ประวัติ มีไข้ หายใจเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย

O : หายใจเร็วตื่น 26 – 28 ครั้งต่อนาที ชีพจร 112 – 130 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.6 – 39.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต = 85/48 mmHg ผล CBC : WBC = 14,200 cell/mm Lymphocyte = 6.3% Neutrophil = 92.3% Blood lactate = 17.9 mmol/L ปัสสาวะออกน้อย Hemoculture พบเชื้อ Aeromonas veronii

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 60-100 ครั้ง ต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95%
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก
3. ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
4. Blood lactate ลดลง  $\geq 10\%$  (lactate clearance)

## กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในโซนผู้ป่วยวิกฤต โดยมีอุปกรณ์ในการประเมินติดตามผู้ป่วย เช่น Patient's monitor เครื่อง Oxygen Saturation, Oxygen ยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งานทันทีในภาวะฉุกเฉิน
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 – 30 นาที เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพและทราบระดับความผิดปกติ และติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้วางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว และเมื่อค่าความดันค่าความดันเฉลี่ย  $\geq 65$  mmHg เฝ้าระวัง และติดตามทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่จึงเฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่องทุก 1 - 2 ชั่วโมง ระยะ 1 ชั่วโมงแรกดูแล้ว Vital sign ทุก 15 นาที และดูแลวิเคราะห์แปลผลร่วมกับตรวจร่างกาย พร้อมซักถามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกทุก 15 - 30 นาที โดยการตรวจอาการทางระบบประสาท (Neuro-sign ) เช่น การรู้สึกตัวกระสับกระส่าย สับสน ซึม ผิวหนังเย็นชื้น และซีดริมฝีปากซีด สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าซีดเย็น เล็บมือเล็บเท้าซีดหรือเขียวสังเกตและบันทึกอย่างต่อเนื่อง ดูแลตรวจ Capillary refill < 2 วินาที แต่ยังไม่พบว่ามีอาการหายใจเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนได้เพียงพอเป็นการเพิ่มออกซิเจนให้กับระบบไหลเวียนโลหิต
4. ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation ภายใน 1 ชั่วโมง อย่างเพียงพอ และทันเวลา โดยให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml IV Load 3000 cc then 100 cc/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเพียงพอและทันเวลา ประเมินภาวะน้ำเกิน โดยการฟังปอด และเตรียมเครื่อง Ultrasound ให้แพทย์ ทำ IVC ultrasound เพื่อประเมินสารน้ำเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีสารน้ำในร่างกายที่น้อยเกินไป ก่อนที่จะพิจารณาให้ vasopressor
5. ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มระดับความดันโลหิต Norepinephrine 4 mg in 5% D/W 250 ml. vein drip 20 - 30 ml/hr. MAP  $\geq 65$  mmHg ตามแผนการรักษา โดยใช้ Infusion pump เพื่อป้องกันการให้ยาเกิน พร้อมทั้งเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ โดยระวังการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด เพราะจะทำให้เกิดเนื้อตาย
6. ใส่ Foley's catheter และบันทึกสารน้ำเข้า - ออก จากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr. รายงานแพทย์ทราบ เพื่อประเมินการทำงานของไต
7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. iv OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากเก็บ Hemoculture และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
8. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของ septic shock ได้แก่ acute respiratory distress syndrome, acute kidney injury โดยประเมินการหายใจ ค้นหาอาการหายใจลำบาก หายใจเร็ว หายใจเร็วตื่น ทุก 1 ชั่วโมง หรือถี่มากขึ้นกับอาการ ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง ค้นหาเสียงผิดปกติ เช่น เสียง crepitation เสียง wheezing
9. ประเมิน MEWS score ตามเกณฑ์ที่กำหนด คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 รายงานแพทย์
10. ติดตามผลการตรวจ Blood lactate และประเมินซ้ำใน 2 ชั่วโมง เพื่อประเมิน ระดับ lactate ในเลือดที่ลดลง สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการบาดเจ็บระดับเซลล์และพยากรณ์ในผู้ป่วย septic shock
11. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil, ติดตามประเมินซ้ำ Blood Lactate ใน 2 ชั่วโมง ต่อมาเพื่อประเมินการติดเชื้อ
12. ดูแล และจัดให้ที่พักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (absolute bed rest) ในท่าที่สบายโดยจัดท่านอน ศีรษะสูง 15-30 องศา เพื่อลดการกดจากกระบังลมหรือน้ำในช่องท้องทำให้ปอดขยายตัวได้ดี

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปลายมือเท้าแดงดี MAP = 70-75 mmHg Pulse = 70-102 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.2 องศาเซลเซียส หลังการรักษา 2 วัน สัญญาณชีพปกติ สามารถหยุดยา Norepinephrine ได้
2. ผลการตรวจ CBC ปกติ White Blood Cell  $7.5 \times 10^3/dl$ , Lymphocyte 8%, Neutrophil 84 %
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ml/hr.
4. วันที่ 1 หลังการรักษา ค่า Blood lactate=12.4 mmol/L วันที่ 2 Blood lactate=6.9, 4.9 mmol/L

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะไตวายเฉียบพลัน และภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่-กรด ต่าง ในร่างกาย เนื่องจากภาวะ septic shock  
ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่า ปัสสาวะผู้ป่วยออกน้อย หายใจเหนื่อย

O : BUN 8.8 mg/dL, Cr 2.26 mg/dL, CrGFR 32.15, ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr สีเหลืองเข้ม

ค่า Electrolytes : Sodium 129.5 mEq/L, Potassium 3.37 mEq/L, Chloride 95.6 mEq/L, CO<sub>2</sub> 6.2 mEq/L.

Blood lactate = 17.9 mmol/L ปัสสาวะออกคาสาย, Hemoculture พบเชื้อ Aeromonas veronii

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการซึมหรือกระสับกระส่าย
2. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มล./ชม.
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolytes : Sodium 136 - 145 mEq/L, Potassium 3.5 - 5.0 mEq/L, Chloride 90 - 106 mEq/L, CO<sub>2</sub> 23 - 30 mEq/L. ค่า BUN 8 - 20 mg%, Cr 0.55 - 1.02 mg/dL

### กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินทุก 1 ชั่วโมงในระยะแรก และทุก 4 ชั่วโมงเมื่อมีอาการคงที่
2. ติดตามและบันทึกสมดุลของสารน้ำทุก 8 ชั่วโมง อย่างถูกต้อง
3. พังเสียงปอดทุกเวรเพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema เพื่อให้การดูแลทันที่
4. ควบคุมการให้สารน้ำให้ทางหลอดเลือดดำ โดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตรทุกชนิด และดูแลให้ยา Elixir KCl รับประทาน ตามแผนการรักษา

5. ประเมินการทำงานของไต การเกิดภาวะคั่งของของเสียในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย บวม ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของเสียคั่งในร่างกาย

6. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte, BUN, Cr, CrGFR รวมถึงผลถ่ายภาพรังสีทรวงอก

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพดี เช่น ไข่ ปลา นม อย่างน้อย 0.6-0.8 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทางสมองจากตับ (Hepatic Encephalopathy) เพราะร่างกายจะนำโปรตีนไปใช้ได้อย่างเต็มที่ เกิดของเสียน้อย และให้รับประทานอาหารรสจืด งดเค็ม ใต้จึงไม่ต้องทำงานหนัก

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการไม่มีอาการกระสับกระส่าย แต่พูดสับสน โวยวาย ไม่หลับ
2. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ml/hr
3. Sodium 141.9 mEq/L, Potassium 3.65 mEq/L, Chloride 107.9 mEq/L, CO<sub>2</sub> 20.2 mEq/L.

ค่า BUN 25.4 mg/dL, Cr 1.09 mg/dL CrGFR 79.6



### วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อกและความจุปอดลดลงจากภาวะท้องมาน ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่า ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย

O : หายใจเร็วขึ้น 26 – 28 ครั้งต่อนาที ชีพจร 112 – 130 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> Saturation 92-94% อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที และมีภาวะท้องมาน วัดขนาดรอบท้อง 105 เซนติเมตร  
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย แน่นท้อง
2. ผู้ป่วยมีค่า O<sub>2</sub> Saturation 95-100% อัตราการหายใจ 16-22 ครั้ง/นาที ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่านอนท่าศีรษะสูง 15-30 องศา เพื่อช่วยให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้มากขึ้น
2. ติดตามและประเมินอาการของ Respiratory distress อย่างต่อเนื่อง ทั้งลักษณะ อัตราการหายใจ ประเมิน breath sound และค่า O<sub>2</sub> Saturation
3. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 1 ชั่วโมง และทุกๆ 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่
4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอด้วย mask with bag 10 LPM. ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. สังเกตภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ ค่า O<sub>2</sub> Saturation น้อยกว่า 90% ให้รายงานแพทย์ทันที
6. เนื่องจากผู้ป่วยมีน้ำในช่องท้องมาก แพทย์พิจารณาเจาะท้องผู้ป่วย (Abdominal tapping) พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ คือ เตรียมเช็ดเจาะท้องพร้อมรถทำหัตถการ ระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะท้องเช่น Internal bleeding, Infection, Electrolyte imbalance
7. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ คือ Lactulose, Spironolactone เพื่อลดอาการท้องมาน

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกดี ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว
2. สัญญาณชีพปกติ ค่า O<sub>2</sub> Saturation 98-100%

#### การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะขาดสุรา

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่า ผู้ป่วยพูดไม่รู้เรื่อง โวยวาย ดึงสายน้ำเกลือ ดึงสายออกซิเจน

O : ประวัติ ยังคงดื่มสุราทุกวัน AWS = 5 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากอาการขาดสุรา

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุจากอาการขาดสุรา เช่น พลัดตกเตียง เกิดบาดแผลจากการดึงรั้ง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการขาดสุรา โดยใช้แบบประเมินอาการขาดสุรา Alcohol withdrawal scale (AWS) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดสุรา
2. ดูแลให้ยา Diazepam 10 mg iv prn agitation ทุก 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์
3. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยากดระบบประสาทส่วนกลางมากเช่น ง่วงนอนมากหายใจช้า การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรงหากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา

4. ดูแลการพักผ่อนอย่างเพียงพอจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยแสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่ทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกตกใจ หรือหวาดกลัวเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวนไม่สะดวกสบาย หรือมีสิ่งเร้ามากเกินไปจะทำให้อาการขาดสารรุนแรงมาก

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

6. อธิบายให้ญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสารเนื่องจากผู้ป่วยเกิดอาการขาดสารขั้นรุนแรง ความจำเป็นในการผูกมัดผู้ป่วย

7. ดูแลผูกมัดให้ถูกหลักความปลอดภัย ตรวจเช็คบริเวณผิวหนังที่ผูกมัดสม่ำเสมอ และคลายการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการวุ่นวายสับสน

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พลัดตกเตียง ไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทุเลาอาการขาดสาร สามารถหลับพักผ่อนได้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และติดเชื้อแบคทีเรียของน้ำในช่องท้อง

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ไม่มีเลือดปน ผลตรวจปัสสาวะ พบ WBC 5-10 Cells/HPF, RBC 5-10 Cells/HPF อุณหภูมิ 37.6 – 39.3 องศาเซลเซียส

ผลตรวจ Specimen Peritoneal fluid :Cell count PMN 61.8%, Cell count WBC 0.6, Cell count MN 38.2%

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดการติดเชื้อ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ไม่มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
2. ส่งเสริมให้ภาวะการเกิดการติดเชื้อลดน้อยลงและป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย
2. ดูแลผู้ป่วยตามหลักการ CAUTI Bundle Care เช่น ล้างมือก่อนใส่สายสวน ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ เลือกใช้สายสวน ที่เหมาะสม ยึดตรึงสายสวนให้แน่นกับตัวผู้ป่วย ให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด
3. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และทุกครั้งหลังการขับถ่าย
4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone 2 g. IV drip OD จนครบ 14 วัน ตามแผนการรักษา
5. แนะนำและอธิบายญาติถึงการดูแลสายสวนปัสสาวะ เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ หรือไม่ยก ถู้น้ำปัสสาวะสูงเกินระดับหน้าท้อง การดูแลสายข้อต่อต่างๆ ไม่ให้หลุด หรือวางถู้น้ำปัสสาวะไว้กับพื้นห้อง
6. ดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักเทคนิคปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วย
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ

#### การประเมินผล

1. อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.3 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะมีสีเหลืองไม่มีตะกอน ผลตรวจปัสสาวะปกติ พบเม็ดเลือดขาว 1-2 cell/HPF

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติ ถามว่า “ อยากกลับบ้านแล้วค่ะหมอ เมื่อไหร่จะได้กลับบ้าน”

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่ยิ้มแย้ม ถามไม่ค่อยพูด “ บ่นอยากกลับบ้าน”

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลของญาติ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล และซักถามข้อสงสัยอย่างตั้งใจ
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติด้วยวาจาสุภาพ กิริยาท่าทางที่แสดงถึงความจริงใจ
4. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรค สาเหตุการเกิด และแนวทางในการรักษาพยาบาล ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ โดยใช้ภาษา คำพูดที่เข้าใจง่าย
5. ให้ความเคารพในความเป็นบุคคล โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
6. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
7. เป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยและญาติได้ รับทราบข้อมูลจากแพทย์โดยตรง หรือเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยร่วมวางแผนการรักษากับแพทย์เจ้าของไข้

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

## การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว  
**ข้อมูลสนับสนุน**

- S : ญาติถามเกี่ยวกับการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยและขอคำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยท้องมาน  
O : ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว โรคตับแข็ง มีภาวะท้องมาน

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัว การดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็ง

## เกณฑ์การประเมินผล

ญาติสามารถบอกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น การเลือกอาหาร การดูแลระมัดระวังเรื่องปลัดตกทหกล้ม

## กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนจำหน่ายแบบ D – Method โดยประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพก่อนกลับ

1. D Diagnosis : พยาบาลประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน อธิบายแผน การรักษาพยาบาล สาเหตุของการเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อส่งกลับไปกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากสาเหตุการติดเชื้อในกระแสโลหิตครั้งนี้ มาจากการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และน้ำในช่องท้องติดเชื้อ แนะนำญาติให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกดื่มสุรา
2. M Medicine : การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง
3. E Environment : การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเน้นความสะอาด อากาศถ่ายเท พื้นไม่ลื่น ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ
4. T Treatment : แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ เหนื่อย แน่นท้อง ให้รีบมาโรงพยาบาล
5. H Health : การดูแลความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์หลังถ่ายปัสสาวะ การดูแลสุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง
6. O Outpatient : การมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ เข้าคลินิกเลิกสุรา
7. D Diet : ประสานงาน นักโภชนาการมาให้คำแนะนำอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็ง ที่มีภาวะท้องมาน เพิ่มการรับประทานอาหารเพิ่มไข่ขาว 1 ฟองต่อมื้อ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อทดแทนสารอาหารที่สูญเสีย
8. ประสานการส่งต่อข้อมูลกับ พยาบาลประจำคลินิกเลิกสุราเพื่อติดตามผู้ป่วยให้มาตามนัด

## การประเมินผล

ญาติสามารถอธิบายการดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็ง การเลือกรับประทานอาหารได้ เข้าใจเรื่องการป้องกันพลัดตกหกล้ม สังเกตอาการผิดปกติภาวะท้องมานได้ เช่น ปวดแน่นท้อง

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี มีประวัติเป็นโรคตับแข็ง โรคความดันโลหิตสูง เข้านอนรักษา ที่โรงพยาบาลบึงสามัคคีด้วยอาการ ไข้ หายใจเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย เป็นมา 13 ชั่วโมง และมีภาวะท้องมาน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Alcohol cirrhosis with septic shock ขณะรักษาที่ ตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการแสดงของภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดชัดเจน ได้แก่ สัญญาณชีพผิดปกติ มีอาการหายใจเร็วตื่น 28 ครั้งต่อนาที ชีพจรเร็ว 130 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต = 85/48 mmHg ผลการตรวจ CBC : WBC = 14,200 cell/mm<sup>3</sup> Lymphocyte = 6.3% Neutrophil = 92.3% ค่า Blood lactate = 17.9 mmol/L แพทย์ให้การรักษาโรคตับแข็ง และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยให้ 0.9% NSS load 3,000 ml/hr. then 100 ml/hr., ให้ยา Norepinephrine 4 mg in 5% D/W 250 ml. vein drip และยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Ceftriaxone 2 gm iv OD ผล Hemoculture พบเชื้อ Aeromonas veronii, แพทย์พิจารณาเจาะท้องผู้ป่วย ( Abdominal tapping) หลังการรักษาผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อยหอบ ไตทำงานได้ดีขึ้น แต่ยังคงมีปัญหาเรื่อง ภาวะท้องมาน ก่อนจำหน่ายได้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วยตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และเข้าคลินิกเล็กรูรา รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 15 วัน

## วิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในกรณีศึกษานี้ จะเห็นการดำเนินของโรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จากการที่ตับสูญเสียหน้าที่ ระบบภูมิคุ้มกันลดลงผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งเมื่อเกิดการติดเชื้อจะลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดจะเกิดภาวะช็อก ทำให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ได้แก่ 1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว 2) ไต ทำให้มีปัสสาวะออกน้อย ค่า BUN Cr ผิดปกติ 3) ปอด ทำให้มีภาวะพร่องออกซิเจน หายใจเหนื่อย 4) ระบบเลือด ทำให้มีภาวะไม่สมดุลเกลือแร่และกรด-ด่าง และจากโรคตับแข็งจากการตีบแอลกอฮอล์ ทำให้ท้องมาน มีภาวะการขาดสุรา พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตอย่างใกล้ชิด ระยะการดูแลต่อเนื่อง ระยะการวางแผนจำหน่าย โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ และมีการวางแผนดูแลร่วมกันของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ วางแผนพัฒนา วางแผนแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเคร่งครัด มีความรู้ในภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคตับแข็ง มีความรู้ความเข้าใจในการนำเครื่องมือในการคัดกรอง เช่น SIRS criteria qSOFA และ MEWS
2. การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานระหว่างทีม และการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วน ทันเวลา การประเมินผลการดำเนินการ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย
3. การส่งเสริมป้องกันโดยการให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเฝ้าระวัง และสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว

## สรุป

โรคตับแข็งที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามถึงชีวิต พยาบาลจึงควรมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็ง การปฏิบัติตาม Sepsis guideline ตระหนักถึงความสำคัญของการ Monitor อย่างต่อเนื่อง รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม การพยาบาลเพื่อตอบสนองการรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะช่วยรักษาอวัยวะสำคัญ ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Chirapongsathorn, Sakkarin. Stage and natural history of cirrhosis. Thai J Hepatol. 2018;1(2):14-8. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://scholar.archive.org/work/zvgtisyuw7vfmxbkix27374luu>
2. พนิดา ทองอุทัยศรี. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, โรคตับจากแอลกอฮอล์. 2563. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://thasl.org/category/hepatology-knowledge-th/healthcare-professional/general-hepatology-knowledge/alcoholic-liver-disease/>
3. World J Hepatol. Update on diagnosis and management of sepsis in cirrhosis: 2020 Aug 27. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7475781/>
4. ทศนีย์ รอดภย. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2566]. Available from: <http://www.ppho.go.th/webppho/research/y4p1/b05.pdf>
5. เพชร วัชรสินธุ์. Is early-goal directed therapy dead. [online]. [2559]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ccc/article/download/253074/171930/909877>
6. HDC. สสจ. คลังข้อมูลสุขภาพ. ข้อมูลตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำ ปีงบประมาณ 2565. [online]. [2565]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. Available from : <http://hdcservice.moph.go.th>.
7. โรงพยาบาลบึงสามัคคี. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่าง พ.ศ. 2563-2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล ; 2565.
8. จันทนา แพงบุตรดี. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired. อวัยวะ. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. Available from: <http://www.surinhospital.go.th/news/16773>
9. เสริมทรง จันท์เพ็ญ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับที่มีภาวะแทรกซ้อน. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/download/180960/128401/>
10. ญานิศดา ดวงเดือน. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการโรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อน. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/239927>
11. จิรภา ละอองนวล. การดูแลผู้ป่วย severe sepsis. 2561. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/249639>





## Palliative care for end stage liver cancer patient : A Case study

Tunyapat Duangsriket, D.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** End stage liver cancer patient There is physical and mental suffering. Nurses must have knowledge and be able to integrate relevant sciences and apply holistic nursing principles to patient care. To meet the needs of physical, mental, social, and spiritual aspects, be able to adapt to severe illnesses in the early stages and be able to take care of themselves in the continuous stages appropriately.

**Objective :** To provide effective palliative and holistic care for end-stage liver cancer patients.

**Case study :** 64 years old male, Abdominal pain, bloating for 1 month, low food inactivity, weight loss, nausea and vomiting, extreme fatigue. Doctors to treat stomach pain. The nurse assesses the severity of abdominal pain. Providing information on the use of pain relievers. 2 weeks later, abdominal pain did not go away with high fever. Doctor admitted, US abdomen (TAS) results seen mass at liver. Consult a physician and send a CT scan to Hepatocellular carcinoma results. Doctors treated pneumonia and bloodstream infections and were transferred to Kamphaeng Phet Hospital. The patient and relatives were informed that he had terminal liver cancer and sent him back for symptomatic treatment at Khlong Khlung Hospital. The doctor concluded the diagnosis of liver cell carcinoma , Secondary malignant neoplasm of adrenal gland, Start palliative care, evaluate PPS 80%, coordinate the Rakchiva clinical team, do family meetings, have an advance care plan: No CPR, No ET tube, No inotrope, need pain control and oxygen home therapy. The doctor gave medication to relieve stomach pain. After continuous monitoring Normal vital signs were found. PPS changes were found to be reduced to 60%. Psychologically, there is also a high level of stress. Have moderate depression, but do not think about harming yourself. The main phase of nursing care is divided into 2 phases: the first phase is to take care of discomfort by providing nursing care for abdominal pain and fatigue. Nursing paleness and risk of not getting enough nutrient. Nursing care is at risk of severe depression and provides knowledge and understanding of palliative. In the ongoing care phase to promote self-care at home, such as preparing to use oxygen supplies at home. Follow the use of pain relievers and side effects. Monitor psychological problems and support spiritual response activities to be ready to face when liver cancer recurs and prepare for the final stage with dignity.

**Conclusion :** This end-stage liver cancer patient nursing care has put the nursing process into critical practice along with palliative care. Pain affliction decreases. Able to perform daily activities. Able to adapt more to family. More acceptable to the disease. Patients, families are satisfied. 88 percent.

**Keywords :** End-stage liver cancer, palliative nursing care

---

\*Registered Nurse, Professional level, Khlongkhlong hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา

ธัญญพัฒน์ ดวงศรีเกษ, ป.พ.ส.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลต้องมีความรู้ สามารถบูรณาการศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและนำหลักการพยาบาลแบบองค์รวมมาปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถปรับตัวเผชิญกับโรคร้ายแรงในระยะแรกและสามารถดูแลตนเองในระยะต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี ได้รับการส่งปรึกษาไปที่คลินิกรักษชีวิตา ด้วยโรงพยาบาลทั่วไปส่งกลับมารักษาตามอาการ วินิจฉัยโรค liver cell carcinoma, Secondary malignant neoplasm of adrenal gland, palliative care เริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยประเมิน PPS ได้ 80% ทำ family meeting มี Advance care plan คือ ขอ No CPR, No ET tube, No inotrope ต้องการ pain control และ oxygen home therapy แพทย์ให้ยาบรรเทาปวดท้อหลังการติดตามดูแลต่อเนื่อง พบสัญญาณชีพปกติ พบการเปลี่ยนแปลง PPS ลดลงเหลือ 60% ด้านจิตใจยังมีความเครียดระดับมาก มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แต่ไม่คิดทำร้ายตัวเอง การพยาบาลที่สำคัญแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะแรกรับดูแลอาการไม่สุขสบาย โดยให้การพยาบาลอาการปวดท้อและอาการเหนื่อย การพยาบาลภาวะช็อคและเสี่ยงได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การพยาบาลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง และให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ในระยะดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน ได้แก่ เตรียมความพร้อมใช้อุปกรณ์ให้ออกซิเจนที่บ้าน ติดตามการใช้ยาบรรเทาปวดและอาการข้างเคียง ติดตามเฝ้าระวังปัญหาด้านจิตใจ สนับสนุนกิจกรรมตอบสนองด้านจิตวิญญาณ เพื่อพร้อมเผชิญเมื่อโรคมะเร็งตับกำเริบมากขึ้นและเตรียมเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรี

**บทสรุป :** การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะสุดท้ายรายนี้ ได้นำกระบวนการพยาบาลมาปฏิบัติในระยะวิกฤตควบคู่ไปกับการดูแลแบบประคับประคอง ความทุกข์จากอาการปวดลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สามารถปรับตัวอยู่กับครอบครัวได้มากขึ้น ยอมรับโรคได้มากขึ้น ผู้ป่วยครอบครัวพึงพอใจ ร้อยละ 88

**คำสำคัญ :** มะเร็งตับระยะสุดท้าย การพยาบาลแบบประคับประคอง

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองขลุง

## บทนำ

จากข้อมูลสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งของคนทั่วโลก 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ โดยพบว่า มะเร็งตับมีการตายสูงถึง 8.3 แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8.3 ของการตายด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด<sup>1</sup> ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดประมาณ 120,000 ราย พบมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ 20,671 ราย ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 15,912 ราย ซึ่งมะเร็งตับที่พบมากมี 2 ชนิด คือ มะเร็งของเซลล์ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตับ สาเหตุของมะเร็งเซลล์ตับเกิดจากภาวะตับแข็ง การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ การดื่มสุรา<sup>2</sup>

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งคือเข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐาน ที่รวดเร็ว (ภายในเวลา 8 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย) ได้รับความดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ มีแผนการรักษา (Advance care plan) ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายตามเจตจำนง และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์<sup>3</sup> ได้รับการดูแลจากสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (symptom control) การรักษาโรค (disease management) และการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual care)<sup>4</sup> การพยาบาลประคับประคอง ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน<sup>5</sup> ได้แก่ 1) การคัดกรอง 2) การวินิจฉัยและให้ข้อมูล 3) การตัดสินใจเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 4) ประเมินความสามารถปฏิบัติกิจกรรม 5) ให้การพยาบาลแบบประคับประคอง 6) การวางแผนจำหน่าย/การส่งต่อ 7) การติดตามเยี่ยมและประเมินผล พยาบาลมีบทบาทสำคัญหลากหลาย<sup>4</sup> เช่น ผู้จัดการรายกรณี (Case Management) ผู้ประสานงาน (Coordinator) เป็นตัวแทน (Advocator) ที่ปรึกษา (Counselor) ผู้ให้การสนับสนุน (Facilitator) ผู้ให้บริการ (Health care provider)

อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พบข้อมูลโรคมะเร็งที่เสียชีวิต ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งตับ 3 ปีย้อนหลัง ปี 2563-2565 พบว่า จำนวน 21,18 และ 26 รายตามลำดับ มีจำนวนผู้เสียชีวิต 16,12 และ 14 รายตามลำดับ<sup>6</sup> โรงพยาบาลคลองขลุง ได้เน้นดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตามมาตรฐาน ส่วนใหญ่พบปัญหาความทุกข์ทรมานจากการปวด ต้องเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเข้ารับบริการในผู้ป่วยนอกซึ่งพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับแล้วต้องมีทักษะในการดูแลแบบประคับประคองด้วย โดยเฉพาะการพยาบาลด้านจิตใจเพื่อให้ผ่อนคลายปรับตัวและยอมรับโรค ต้องสะท้อนการปฏิบัติที่ใช้กระบวนการพยาบาล ทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดจากความทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อย่างมีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี สถานภาพคู่ อาศัยอยู่กับบุตรชาย

### อาการสำคัญ

แผนกผู้ป่วยในประสานทีมคลินิกโรคหิวชา เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมา มารักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง ท้องอืด รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียมาก

2 สัปดาห์ต่อมาอาการปวดท้องไม่ทุเลาร่วมกับมีไข้สูง Admit ส่งตรวจ US abdomen (TAS) ผล seen mass at liver จึงส่งปรึกษาอายุรแพทย์และส่งตรวจ CT scan ผล Hepatocellular carcinoma จากนั้นมีอาการเหนื่อย แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด อาการทรุดลงส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับการรักษาจนอาการทุเลา และส่งกลับมารักษาตามอาการที่โรงพยาบาลคลองขลุงในเรื่องมะเร็งตับระยะสุดท้าย

วันนี้แผนกผู้ป่วยในประสานทีมคลินิกโรคหิวชา เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นไวรัสตับอักเสบบี มา 16 ปี ตรวจที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร รักษาเมื่อพบครั้งแรกเท่านั้น

เป็นโรคความดันโลหิตสูง มา 7 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลคลองขลุง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง



เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มา 1 ปี ผล CT : Hyperdense lesion with perilesional edema, measured about 1.6 x 1.3 x 1.2 cm at left thalamus แขนขาข้างซ้ายเกรด 4 ค่า barthel index 16/20 ค่ะเนน มียาโรคประจำตัว และรับยาต่อเนื่อง  
การวินิจฉัยโรค : liver cell carcinoma, Secondary malignant neoplasm of adrenal gland, palliative care  
ประวัติพฤติกรรมสุขภาพ

เคยสูบบุหรี่มานานต่อเนื่อง มากกว่า 30 ปี ปัจจุบันเลิกมา 3 ปี ดื่มน้ำสุรานานๆครั้ง ปฏิเสธใช้ยาสมุนไพร  
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 61 กิโลกรัม สูง 161 เซนติเมตร BMI= 23.14 kg/m<sup>2</sup>

สัญญาณชีพ : BT= 36.5 °C ,PR= 84/min regular, RR= 20/min, BP= 110 /59 mm.Hg.

ระบบประสาท : พูดคุย ตอบคำถามได้ ไม่สับสน รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล E4M6V5 GCS = 15 ค่ะเนน  
pupil 3 min React to light both eyes

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีฟกช้ำ ไม่มีผื่นคัน แห้ง ผิวก่อนข้างแห้ง และเหลืองเล็กน้อย แปะแผ่น fentanyl ที่บริเวณอกซ้าย

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำ เข้มสีขา ศีรษะไม่มีบาดแผล ลำคอคลำพบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้างสมมาตรกัน มองเห็นชัดเจน ตาเหลืองเล็กน้อย เปลือกตาค่อนข้างซีดทั้ง 2 ข้าง ไบหู จมูก ปาก มีแก้มตอบ อ้าปากหุบปากได้ปกติ กัมเมย และเอี้ยวศีรษะได้

ทรวงอกและการหายใจ : หายใจสม่ำเสมอ 18-24 ครั้งต่อนาที เหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีไอ เสียงการหายใจ minimal crepitation right lung, ค่า O<sub>2</sub> sat room air 92-98 %

หัวใจและหลอดเลือด : ชีพจร 84 – 110 ครั้ง/นาที regular ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่ง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : คลำทั่วหน้าท้องอืดเล็กน้อย pain 5-10 ค่ะเนน เมื่อกดแน่นตึงเสียขบบริเวณชายโครงด้านขวาคลำ พบก้อนโตขนาด 2 นิ้ว การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ท้องผูกบ่อย 2-3 วัน ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ขับถ่ายปัสสาวะวันละ 2-3 ครั้ง สีน้ำปัสสาวะค่อนข้างเหลืองเข้ม

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : มีบวมเล็กน้อยที่บริเวณหลังเท้า 2 ข้าง กดบวม

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม : สิ้นหวังวิตกกังวล รับรู้การเจ็บป่วย ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องการรักษา มีบุตร 2 คน อาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตรชาย ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ปกติทำงานรับจ้างอยู่กรุงเทพมหานครนานกว่า 10 ปี เริ่มเจ็บป่วยจึงกลับมาอยู่บ้าน อุปนิสัยปกติ เป็นคนพุดน้อย นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามโอกาส

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ**

รายการ	ค่าปกติ	30ก.ย.66
<b>CBC</b>		
: HCT	37-47%	35.3
: Hemoglobin	14-18g/dl	12.1
: PDW	11-18%	9.3
<b>Biochemistry</b>		
; phosphorus	2.5-4.5 mg/dl	4.98
: Na	135-145 mmol/L	131.3
: TCO2	22-30 mmol/L	21.0
<b>Liver function test</b>		
: Albumin	3.5-5.2g/dl	3.28
: SGOT(AST)	0-35U/L	59
: SGPT(ALT)	0-45U/L	57
: Direct bilirubin	0-0.2mg/dl	0.57



รายการ	ค่าปกติ	30ก.ย.66
<b>Tumor marker</b>		
: AFT (ECLIA)	0-10 micro IU/ml	6.60
<b>Ultrasound abdomen (TAS)</b> (11 ก.ค. 66) ผล seen mass at liver size 3.0 x 3.4 cms		
<b>CT scan</b> (11 ก.ค. 66) ผล HCC is suspected, DDx liver metastasis, Heterogenous enhancing mass at bilateral adrenal gland ; adrenal metastasis is suspected		

### อาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในแต่ละ Visit

21/7/2566 ส่ง consult คลินิกโรคชิวาเพื่อวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง ประเมิน PPS 80% ทำ family meeting สรุปผล advance care plan ว่าผู้ป่วยทราบว่าเป็นมะเร็งตั้งแต่ไม่ทราบระยะ มีความหวังว่าจะหายจากโรคญาติขอปกป้องระยะโรคกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ รับขึ้นทะเบียนและนัดมาคลินิกโรคชิวา

27/7/2566 ผู้ป่วยมาตามนัดคลินิกโรคชิวา ติดตามอาการปวดท้อง Pain score 3-7/10 ยังมีท้องผูก สัญญาณชีพปกติ มีเหนื่อยเล็กน้อย วัดค่า Oxygen saturation 92-95% ประเมิน PPS 60% น้ำหนักเหลือ 52 กิโลกรัม ประเมินสุขภาพจิต พบความเครียด (ST5) = 9 คะแนน = เครียดมาก มีซึมเศร้า (2Q, 9Q = 13 คะแนน = ปานกลาง ปฏิเสธทำร้ายตัวเอง พบผู้ป่วยไม่ดูแลปวดท้อง แพทย์ปรับยาเพิ่มให้ Fentanyl patch 25 mcg. แปะ 1 แผ่นทุก 72 ชั่วโมง แพทย์มีคำสั่งให้ยา Atovastatin 40 mg ½ tab oral hs. Morphine IR tab 10mg. 1 tab oral pm for pain & dyspnea q 2 hr, Morphine MST tab sulphate 10 mg 1x2 oral q12 hr. Tazodone 50mg 1x1 oral hs. Vitamin B1-6-12 1x2 oral pc มะขามแขก 2 tab oral hs. Simethicone (Air-X) 80 mg. 1x3 oral pc ยาที่ต้อง Hold ไว้ก่อน ได้แก่ Amlodipine 5 mg. Enalapril 5 mg. Atenolol 50 mg.

3/8/2566 ลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม รพ.สต.วังไทร ผู้ป่วยรู้ตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ PPS = 60% สัญญาณชีพปกติ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม BMI = 19.28 ปวดท้องบริเวณชายโครงขวานานๆ ครั้ง Pain score 5/10 ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน มีเหนื่อยเล็กน้อย dyspnea score 3/10 ค่า Oxygen saturation 96% room air สัปดาห์ที่ผ่านมาใช้ออกซิเจน 1 ครั้ง สามารถพักผ่อนนอนหลับเป็นพักๆ ประเมินการใช้ยาบรรเทาปวดได้ถูกต้อง พบอาการข้างเคียงจากยา opioid เล็กน้อย ได้แก่ คอแห้ง และท้องผูก ยังรับประทานอาหารได้น้อย ส่วนใหญ่เป็นอาหารเสริมประเภทขงต้ม สามารถขับถ่ายได้ทุก 1-2 วันครั้ง ติดตามอาการเหนื่อยและการใช้เครื่องผลิตออกซิเจน ประเมินปัญหาด้านสังคมของครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแล

30/8/66 ผู้ป่วยปวดท้องมาก 5 ชั่วโมงก่อนมา Pain score 10 Oxygen saturation 94% กดเจ็บทั่วท้อง มีไข้

### การวางแผนการพยาบาล

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดท้องจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ บอกคะแนน pain score 7-10/10
2. ผู้ป่วยท้องผูก ถ่ายอุจจาระแข็ง ถ่ายอุจจาระ 2-3 วัน/ครั้ง
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย นอนตัวงอ
4. ตรวจ Abdominal signs พบ no distension, tender at epigastrium, volunteer guarding positive rebound tenderness

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจากอาการปวด
2. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

##### เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดท้อง pain score ลดลง
2. ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้ปกติ
3. ตรวจ Abdominal signs ผลประเมินปกติ

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของอาการปวดท้อง โดยการตรวจดู คลำ เคาะ ฟัง abdominal signs สังเกตจากสีหน้า อาการกระสับกระส่าย แนะนำระดับคะแนนความปวด อธิบายให้เข้าใจตรงกัน
2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยนอนให้ผู้ป่วยในท่าที่สุขสบาย หัวเตียงสูง 45 องศา สลับกับการนอนในท่าตะแคง
3. วัดสัญญาณชีพ ประเมินความรุนแรงอาการปวดท้อง และผลกระทบท่อโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย รายงานแพทย์เมื่อพบค่าที่ผิดปกติ
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติใช้ยาบรรเทาปวดในกลุ่ม strong opioids อย่างถูกต้องตามแผนรักษา ได้แก่ Morphine IR (10mg) 1 tab oral prn for pain ทุก 2 hr. และ Morphine MST tab sulphate 10 mg 1x2 oral ทุก 12 ชั่วโมง ให้ข้อมูลที่เป็นอาการข้างเคียง การใช้ยาที่ถูกต้องตามแผนรักษา
5. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติใช้ยาบรรเทาอาการจุกแน่นจากอาหารไม่ย่อย ได้แก่ Simethicone (Air-X) 80mg.1x3 oral pc, Omeprazole 20mg.1x1 oral pcเช้า
6. ให้ข้อมูลผู้ป่วยใช้ยามะขามแขก 2tab oral hs กระตุ้นผนังลำไส้ใหญ่ ให้การขับถ่ายสะดวกมากขึ้น
7. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติใช้ยา Tazodone 50mg 1x1oral hs. ตามแผนการรักษา ยาช่วยให้นอนหลับ แนะนำอาการข้างเคียงที่อาจพบ เช่น ง่วงซึม ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนล้า ตาพร่า ปากแห้ง
8. ให้คำแนะนำญาติในจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศโปร่งสบาย เหมาะกับการพักผ่อน
9. ให้คำแนะนำญาติในการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเวลาปวด เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การสวดมนต์หรือฟังธรรมะ ,การชวนพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ เป็นต้น
10. ให้คำแนะนำญาติสังเกตอาการปวดท้องของผู้ป่วยว่าสัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหรือไม่เพื่อหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางอย่าง เช่น ปวดขณะลุกทำกิจกรรม ปวดหลังรับประทานอาหาร หรือปวดขณะทำงาน สอนการบันทึกโน้ตไปใช้ยา เพื่อวางแผนปรับยาให้ control pain
11. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในการดื่มน้ำปริมาณมากขึ้น อย่างน้อย 2-3 ลิตรต่อวัน และรับประทานอาหารที่มีกากใย เพิ่มผัก ผลไม้ ช่วยในการขับถ่ายให้สะดวกทุกวัน

## ประเมินผล

1. ผู้ป่วยทุเลापวดท้อง หลังปรับยาเพิ่ม Morphine IR (10mg) 1 tab และเพิ่ม Fentanyl patch 25 mcg. แปะ pain score ลดลงเป็น 3-5/10 สีหน้าสุขสบายขึ้น พักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้ 1 ครั้งต่อวัน ทุเลาแน่นอึดอัดท้อง
3. ผลการตรวจ Abdominal signs ปกติ

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเหนื่อย

### ข้อมูลสนับสนุน

1. เมื่อทดสอบให้ลุกเดินในระยะ 5-10 เมตร วัดค่า O<sub>2</sub> sat 92-95 % room air บอกว่าหายใจไม่อิ่ม
2. มีสีหน้าไม่สุขสบาย dyspnea at rest 3-5/10 คะแนน ต้องใช้ Oxygen canular 3 lites/min
3. พยาธิสภาพของโรคมะเร็งตับลุกลาม จากผล CT scan :HCC is suspected ,DDx liver metastasis ,

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการเหนื่อย

### เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการเหนื่อย พักหลับได้ คะแนน dyspnea ลดลง
2. สัญญาณชีพปกติ T = 36.5-37.4 °C, RR = 18-24/min PR = 60-80 /min, BP = 110/70 mmHg., O<sub>2</sub> sat >96% room air

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อย อาการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ สังเกตจากสีหน้าและอาการกระสับกระส่าย ความร่วมมือในการพูดคุย ชักถาม



2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติสามารถช้ยาบรรเทาปวดท้องในกลุ่ม strong opioids อย่างถูกต้องตามแผนรักษา ให้ข้อมูลอาการข้างเคียงที่อาจพบ
3. ให้คำแนะนำสังเกตอาการเหนื่อยหอบ หากพบรู้สึกไม่สบาย มีหายใจไม่อิ่ม ให้ใช้ออกซิเจน canular 2-3 ลิตรต่อนาที หากอาการเหนื่อยไม่ทุเลาและรู้สึกวิตกกังวลมาก ให้รีบนำส่งโรงพยาบาล
4. ให้ข้อมูลญาติจัดทำนอนให้ผู้ป่วยในท่าที่สบาย หัวเตียงสูง 45 องศา สลับกับการนอนในท่าตะแคง
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะสมกับการพักผ่อน
6. จัดหาพัดลมเป่าจอหน้าผู้ป่วยเบาๆให้รู้สึกเย็น ผ่อนคลายอาการเหนื่อย

#### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการเหนื่อย พักหลับได้ คะแนน dyspnea ลดลง สามารถหายใจได้เอง ใช้ออกซิเจน canular สปีดหาละ 1-2 ครั้ง
2. สัญญาณชีพปกติ T=36.5 °C PR =88 /min RR=20/min BP= 120/80 mmHg. O<sub>2</sub> sat 98 % room air

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยพูดน้อยลง นิ่งซึมบ่อย ชอบอยู่คนเดียวนานๆ ปฏิเสธพบปะผู้คน
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นนอนไม่หลับเกือบทุกวัน
3. ประเมินระดับความเครียด (ST5) = 9 คะแนน =เครียดมาก มีภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q =13 คะแนน =ปานกลาง
4. ผู้ป่วยสอบถามแผนการรักษาและวิธีดูแลตนเอง

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและไม่เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะบีบคั้นทางจิตใจสามารถเผชิญกับโรคได้อย่างเหมาะสม

##### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล สามารถพักผ่อนนอนหลับได้มากขึ้น
2. ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และเข้าใจ สามารถร่วมมือปฏิบัติดูแลตนเองตามคำแนะนำได้
3. ผลการประเมินคะแนนระดับความเครียด (ST5)<4 หรือเครียดน้อยมาก มีคะแนนภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q)<7

หรือไม่มีอาการหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามประเมินความเครียด (ST5) ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง (8Q) ประเมินความสามารถในการเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ทุกครั้งที่มีมารับบริการ และโทรศัพท์ติดตามกับญาติเป็นระยะ
2. ให้ข้อมูลญาติสังเกตอาการวิตกกังวลใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เผื่อระวังความคิดทำร้ายตนเอง การแยกตัวนอน ไม่ยอมนอน ไม่ทำกิจวัตรประจำวันหรือแสดงอารมณ์ผิดปกติ ให้รีบนำส่งโรงพยาบาล
3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติใช้ยา Tazodone 50mg 1x1oral hs. ตามแผนการรักษาของแพทย์ ยาช่วยให้นอนหลับ ต้านภาวะเศร้า แนะนำอาการข้างเคียงที่อาจพบ เช่น ง่วงซึม ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ
4. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และระบายความรู้สึกในใจ
5. ให้ข้อมูลที่จริงเกี่ยวกับโรค และการดูแลรักษา ข้อสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล
6. แนะนำคลินิกปรึกษาชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่ามีทีมดูแลรักษาตามมาตรฐาน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
7. เปิดโอกาสให้พูดคุย ชักถามปัญหาอย่างเป็นกันเอง เสริมพลังบวก ให้กำลังใจญาติผู้ดูแลที่เหน็ดเหนื่อย
8. แนะนำให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ให้มีจิตใจเข้มแข็ง สามารถเผชิญกับความทุกข์จากการเจ็บป่วยได้
9. ให้ข้อมูลขอรับคำปรึกษานอกเวลาราชการได้ ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา

10. ให้ข้อมูลการนัดหมายเพื่อสะดวกในการติดตามต่อเนื่อง ติดตามการใช้อุปกรณ์ให้ออกซิเจนที่บ้าน (Oxygen home therapy) และติดตามปัญหาการใช้ยา นัดทีม อสม. ในชุมชน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมทีมไปเยี่ยมที่บ้าน

**การประเมินผล**

1. จากการลงเยี่ยมบ้าน พบผู้ป่วยมีสีหน้าดีใจและผ่อนคลายมากขึ้น บอกว่านอนหลับได้บ้าง
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ใช้ยาตามแผนรักษาได้ถูกต้อง
3. มีความเครียดระดับปานกลาง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยอ่อนเพลียจากภาวะชืดและได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเลือด HCT = 25.9% Hb = 8.6 g/dl, Na = 133.5 -133.9 mmol/L และค่า Albumin = 3.28 g/dl
2. บอกว่ารับประทานอาหารได้น้อย รู้สึกเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีคลื่นไส้อาเจียนเป็นน้ำลายบ่อยครั้ง
3. น้ำหนักหายไป 9 กิโลกรัม ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง เปลือกตาค่อนข้างชืด

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับสารอาหารและเกลือแร่อย่างเพียงพอ
2. เพื่อผู้ป่วยทุเลาอาการอ่อนเพลีย สดชื่นขึ้น

##### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีผลเลือดระดับเกลือแร่ในร่างกายปกติ ค่า HCT = 37-47%, Hb = 14-18 g/dl, Na = 135-145 mmol/L และค่า Albumin = 3.5-5.2 g/dl
2. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้หลากหลายมากขึ้น ทุเลาอาการคลื่นไส้ มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น
3. ผู้ป่วยทุเลาอาการอ่อนเพลีย สีหน้าสดชื่น

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพของโรคมาเรียมะเร็งตับ สาเหตุที่ทำให้เบื่ออาหาร และกระตุ้นการอยากอาหารโดยเปลี่ยนเมนูอาหารให้หลากหลาย จัดอาหารที่อุ่นร้อน เชิญชวนให้น้ำรับประทาน
2. ประสานนักโภชนาการเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการ และร่วมให้ข้อมูลอาหารที่เหมาะสม
3. ให้ข้อมูลญาติจัดเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย เพิ่มอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา และไข่ขาว เพิ่มผักผลไม้ เพราะมีกากใยสูง เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ตับ ควรงดอาหารมัน อาหารทอด อาหารหมักดอง
4. เนื่องจากมีภาวะท้องอืดง่าย ควรจัดแบ่งย่อยมื้ออาหาร เป็น 5 มื้อ ครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้งขึ้น
5. แนะนำวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากรับประทานอาหาร และลดอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยการรักษาความสะอาดปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ ให้บ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำอุ่น
6. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2-3 ลิตรต่อวัน ช่วยให้ร่างกายสดชื่น ถ้าใส่ทำงานได้ปกติ ชับถ่ายเป็นปกติ
7. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยา Folic acid 1\*1oral pc ช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง ช่วยไขกระดูกให้ผลิตเม็ดเลือดแดง และ Vitamin B1-6-12 1x2 oral pc บำรุงร่างกายเสริมให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำงานปกติ
8. ติดตามประเมินภาวะขาดสารอาหารของผู้ป่วยทุกรอบ visit ของการมารับบริการ ได้แก่ ความสามารถรับประทานอาหาร น้ำหนัก ลักษณะผิวหนัง และค่าผล Electrolyte

##### การประเมินผล

1. ผลเลือดมีระดับเกลือแร่ในร่างกายมีค่าใกล้เคียงปกติ
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ทุเลาอาการคลื่นไส้ มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อย 0.5-1 กิโลกรัม
3. ผู้ป่วยทุเลาอาการอ่อนเพลีย เดินในระยะไกลรอบบ้านได้มากขึ้น สีหน้าสดชื่น

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามเรื่องยาแก้ปวดท้อง กลัวว่าปวดท้องมากขึ้นจะอยู่ที่บ้านได้อย่างไร
2. ประเมิน PPS ลดลงจาก 80% เหลือ 60%, ESAT มี mild to moderate dyspnea, pain score 5/10
3. ผลการวินิจฉัยโรค liver cell carcinoma, Secondary malignant neoplasm of adrenal gland

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการดำเนินของโรค และร่วมตัดสินใจมีแผนดูแลล่วงหน้า (advance care plan)
3. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกวางใจและผ่อนคลายทุกซั

### เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจ สามารถตอบได้ในสภาวะโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่
2. ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกรูปแบบบริการและมีแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan)
3. ผู้ป่วยและครอบครัวความพึงพอใจการบริการ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับรู้โรค การเปลี่ยนแปลงและความพร้อมเผชิญเมื่อโรครำเริมมากขึ้น
2. ประเมินความต้องการดูแลแบบประคับประคอง palliative performance scale : PPS v<sub>2</sub> และประเมินอาการ  
รบกวน Edmonton Symptom Assessment System : ESAS ทุกครั้งที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง
3. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ แจ้งศูนย์รณรงค์ชีวิต และแจ้งผลการประเมินที่พบและทบทวนเกณฑ์ตัดสินใจที่  
เหมาะสมเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แจ้งวันนัดผู้ป่วยเข้ารับคำปรึกษา
4. ประสานผู้ป่วยและครอบครัวทำ family meeting แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีมและเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก  
พยาบาลให้การพยาบาลประคับประคอง ดังต่อไปนี้  
  - สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง สอบถามความคาดหวัง  
อธิบายรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ให้ข้อมูลการดำเนินโรค รวมถึงการบรรเทาอาการรบกวนและทางเลือกใน  
การรักษาเมื่อถึงระยะสุดท้าย
  - ให้คำปรึกษาเพื่อค้นหาเป้าหมาย(goal of care) และมีวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan)
  - ร่วมกันประชุมปรึกษาดูแลผู้ป่วย( Family meeting) ทุกครั้งเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
5. ประเมินปัญหาความต้องการแต่ละครั้งที่มารับบริการ ได้แก่  
  - ประเมินอาการ อาการแสดง และความก้าวหน้าของโรค
  - ประเมินและการจัดการอาการรบกวนความไม่สุขสบายต่างๆ ทั้งทางกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ ตามแบบ ประเมิน  
ST5 2Q 8Q 9Q ของกรมสุขภาพจิต
  - ประเมิน PPS score และ ESAS ทุกครั้งที่มา visit และบันทึกเวชระเบียนเพื่อสื่อสารแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ
  - ประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้บริการทุกรายที่มาใช้บริการ

### ประเมินผล

1. ผู้และญาติบอกได้ถึงการดำเนินของโรค และความช่วยเหลือบรรเทาอาการทุกซั้ทรมาณได้
2. มีแผนดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance care planning) และสามารถปฏิบัติได้ตามแผน
3. ผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนความพึงพอใจบริการ ร้อยละ 88

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี มาด้วยอาการปวดท้องชายโครงขวา ท้องอืด รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด แพทย์รักษาอาการปวดท้องและท้องผูก ต่อมาอาการปวดท้องไม่ทุเลา ร่วมกับมีไข้สูง แพทย์ให้ Admit ส่งตรวจ US abdomen(TAS) ผล seen mass at liver, consult อายุรแพทย์ส่งตรวจ CT scan ผล Hepatocellular carcinoma แพทย์รักษาภาวะปวดอักเสบและการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ญาติทราบข้อมูลเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้ายให้กลับมารักษาตามอาการที่โรงพยาบาลคลองขลุงสรุปผลการวินิจฉัยโรค liver cell carcinoma, Secondary malignant neoplasm of adrenal gland, palliative care พยาบาลเริ่มต้นให้การพยาบาลแบบประคับประคอง ประเมิน PPS 80% ทำ family meeting มี Advance care plan แพทย์ให้ยาบรรเทาปวดท้องเป็น morphine และใช้ออกซิเจนที่บ้านเมื่อมีอาการเหนื่อย มีความรู้ความเข้าใจ การดูแลแบบประคับประคอง ภายหลังการให้การพยาบาลต่อเนื่องที่คลินิกรักษาระยะสุดท้ายได้รับการลงเยี่ยมที่บ้าน พบว่า ทุกเลาปวดท้องเล็กน้อย ยังมีอาการท้องผูกบ่อย PPS ลดลงเหลือ 60% สัญญาณชีพโดยทั่วไปปกติ เหนื่อยเล็กน้อย ยังรับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลงมาก จากการซักถามพบผู้นอนไม่หลับ ยังมีความเครียดระดับมาก มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แต่ปฏิเสธคิดทำร้ายตัวเอง ประเมิน Goal of care ยังยืนยันความตั้งใจเดิม พบปัญหาใช้ยา Morphine ไม่ทุเลาปวด แพทย์ปรับเพิ่มโดยให้ Fentanyl patch แปะ หลังปรับยาปวดลดลง Pain 3-5/10 ช่วงในระยะ 2 เดือนที่รับไว้ดูแล ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้มากขึ้น ยอมรับโรคได้มากขึ้น บอกพยายามปรับตัวอยู่กับครอบครัวของบุตรชาย เพราะเพิ่งกลับมาอยู่ด้วยกัน บอกว่าจะขอทำใจสู้ต่อไป

## วิจารณ์

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ผู้ที่มีภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life-threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ นั้นด้วย<sup>7</sup> หลักการพยาบาลที่สำคัญคือ การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ<sup>4</sup> หรือเรียกว่า Holistic care กรณีศึกษาผู้ป่วยพบเป็นโรคร้ายแรงภายในระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งเร็วมาก มีระยะเวลาสั้นในการให้การดูแลให้ครบถ้วนตามองค์รวม การพยาบาลจึงมุ่งเน้นปัญหาทางกายหรือความไม่สุขสบายต่างๆมากกว่า ด้านจิตใจซึ่งผู้ป่วยยังมีอารมณ์เศร้า เครียดสูง การพยาบาลต้องประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลเป็นระยะ การพยาบาลผู้ป่วยนอกต้องมีการใช้กระบวนการพยาบาลในแต่ละครั้งของการมาตามนัดในคลินิกรักษาระยะสุดท้ายและการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อวางแผนในการพบผู้ป่วยครั้งต่อไป การให้การพยาบาลต้องเน้นผู้ดูแลเป็นสำคัญ ดังนั้นการดูแลแบบ Holistic care จึงไม่ใช่เพียงแค่นักผู้ป่วย ต้องครอบคลุมไปถึงญาติและครอบครัวของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี

## ข้อเสนอแนะ

โรคมะเร็งตับมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว ก่อนเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต จึงควรเน้นการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว อาจต้องอาศัยสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่มีอิทธิพลและแรงผลักดันต่อความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคลนั้น เช่น ความเชื่อในศาสนา หรือพิธีกรรม ประเพณี หรือบุคคลต้นแบบที่ชื่นชอบ ที่ส่งผลก่อให้เกิดกำลังใจ มีความเข้มแข็งในจิตใจพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น<sup>8</sup> จากการศึกษาข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรส่งเสริมระบบบริการสุขภาพในการเข้าถึงการคัดกรองผู้ป่วยโดยเฉพาะมะเร็งตับ เช่น การตรวจ Hepatitis B เป็นต้น
2. ควรส่งเสริมและเน้นให้พยาบาลมีความรู้เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งตับ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ควรมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ร่วมกับทีมสุขภาพและครอบครัวเช่น LINE Application, Tele medicine, Video call เป็นต้น

การประสานงานกันตั้งแต่เริ่มพบผู้ป่วยจนถึงระยะท้ายของชีวิต ร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย ในท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและอบอุ่น ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ จวบจนถึงวาระสุดท้ายและได้จากไปอย่างสงบ ตรงกับความหมายของคำว่าตายดี (good death)

## เอกสารอ้างอิง

1. สุขภาพคนไทย. สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.thaihealthreport.com/th/situation\\_ten.php?id=48&y=2564&bm=6](https://www.thaihealthreport.com/th/situation_ten.php?id=48&y=2564&bm=6).
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข่าวเพื่อประชาชน. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.dms.go.th/Content/Select\\_Landing\\_page?contentId=29135](https://www.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=29135).
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2563 – 2565. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nci.go.th/th/Today/download/%2063-2565>.
4. นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, ทิปทัศน์ ชินดาปัญญากุล. บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563; 21:26-34.
5. โรงพยาบาลคลองขลุง. [Hospital DATABASE:Hos XP]. 2563-2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2566].
6. ชูติกาญจน์ หฤทัย อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ และโสภิษฐ์ สุวรรณเกตวางษ์. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สื่อตะวัน; 2559.
7. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: สื่อตะวัน; 2559.
8. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550. นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137 : ตอนพิเศษ ที่ 261. (ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563).
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.



## Nursing for Infection Prevention and Control in Patients after Brain Surgery : A case study

Supaluk Auntapun, M.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** A brain tumor is a disorder in the growth of a mass that abnormalities in the nervous system may cause. The main treatment of brain tumors is surgery. Although, surgery can save the patient's life, it affects infectious complications. For example incubation, surgical wounds, urinary catheters, and complications of less movement so nurses must have the knowledge and be experts in the caring field. Preoperative nursing care, post-operation nursing care, and infection control can prevent patient complications.

**Objective :** To provide a nursing care of infections prevention and control guideline in patients after brain surgery.

**Case study :** A 59-year-old thai man with twitching on the right side of his face and blurred vision for 1 month came to be examined at the Kamphaeng Phet Hospital. The doctor sent an MRI showed right cerebellopontine angle meningioma, so he made an appointment for surgery: right craniotomy with tumor removal under the microscope. The first patient admitted feeling good, glasgow Coma Scale (GCS) score of 15 E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>, no limb weakness (grade 5), body temperature of 37.1 degrees celsius, heart rate of 77 beats per minute, respiratory rate of 20 breaths per minute, and blood pressure of 122/88 mmHg. The total surgery time was 5 hours and 25 minutes. After surgery, the patient was in critical condition with E<sub>1</sub>V<sub>1</sub>M<sub>1</sub> and was intubated using CMV - mode controlled volume ventilator, body temperature of 36.7 degrees celsius, heart rate of 92 times per minute, respiratory rate of 14 times per minute, and blood pressure of 198/110 mmHg. There is a surgical wound sewn shut on the head and inserted a urinary catheter. The nursing problems in the patient were as follows : 1. Preparation of the nursing staff to care for brain surgery patients. 2. Ventilator-associated pneumonia. 3. Risk of surgical site infection around the head. 4. Risk of pressure sores due to reduced body movement. 5. Catheter - associated urinary tract infection. 6. The patient and caregiver lack knowledge and understanding about caring for the tracheostomy tube at home. The result is that the patient is safe, has recovered from infection, and can be discharged from the hospital. Stayed in the hospital for a total of 58 days.

**Summary of the results of the case study :** The patient is safe from critical conditions after brain surgery and has recovered from the infection. Therefore, nurses must have knowledge and expertise in caring for brain tumor patients undergoing brain surgery. This case study was used as a nursing guideline for brain tumor patients who received holistic brain surgery on an ongoing basis.

**Keywords :** Nursing care for infection prevention and control, Brain surgery

---

\*Registered nurse, Professional Level, Infection Prevention and Control Department, Kamphaeng Phet Hospital





## การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง : กรณีศึกษา

ศุภลักษณ์ อุณหพันธ์ุ, พย.ม.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคเนื้องอกสมองเป็นภาวะเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติภายในระบบเซลล์ประสาท การผ่าตัดเป็นวิธีการหลักของการรักษาเนื้องอกสมองส่วนใหญ่ แม้ว่าการผ่าตัดจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ แต่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อจากการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ มีแผลผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวได้น้อยลง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องโรค การดูแลก่อนหลังผ่าตัด และการควบคุมการติดเชื้อระบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง

**กรณีศึกษา :** ชายไทย อายุ 59 ปี มีใบหน้าด้านขวากระตุก ตามองไม่ชัด มา 1 เดือน มาตรวจที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์สั่งทำ MRI พบ right cerebellopontine angle meningioma จึงนัดทำผ่าตัด right craniotomy with tumor removal under microscope แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ไม่มีแขนขาอ่อนแรง (grade 5) อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 77 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/88 มิลลิเมตรปรอท รวมระยะเวลาผ่าตัดทั้งสิ้น 5 ชั่วโมง 25 นาที หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ E<sub>1</sub>V<sub>4</sub>M<sub>1</sub> ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร CMV mode อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 198/110 มิลลิเมตรปรอท มีแผลผ่าตัดเย็บปิดที่ศีรษะ และใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. เตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง 2. มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดบริเวณศีรษะ 4. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง 5. มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ 6. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลท่อหลอดลมคอที่บ้าน ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยปลอดภัย และหายจากภาวะติดเชื้อ สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ อยู่ในโรงพยาบาลรวม 58 วัน

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติหลังผ่าตัดสมองและหายจากการติดเชื้อ ดังนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง จากกรณีศึกษาครั้งนี้นำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมองแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การผ่าตัดสมอง

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลกำแพงเพชร



## บทนำ

โรคเนื้องอกสมอง เป็นภาวะที่มีก้อนเนื้องอกเกิดขึ้นในสมองหรือในกะโหลกศีรษะ<sup>1</sup> ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดเนื้องอกสมอง ในปี พ.ศ. 2560 - 2561 จำนวน 4,755 และ 4,833 ราย และเสียชีวิต 182 และ 188 ราย<sup>2</sup> เมื่อเกิดเนื้องอกสมองอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพต่างๆ ตามมา และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าการรักษาโรคเนื้องอกสมองมากขึ้น โดยการผ่าตัดเป็นวิธีการหลักของการรักษาเนื้องอกสมองส่วนใหญ่ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาผ่าตัดเนื้องอกโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก<sup>3,4</sup> แม้ว่าการผ่าตัดจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มาก แต่การผ่าตัดเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นร่างกายให้ต้องปรับตัวหากร่างกายไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของสภาวะในร่างกายที่เกิดจากการผ่าตัดสมองได้อย่างเหมาะสมจากการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ภายหลังได้รับการผ่าตัดหลังผ่าตัดสมองในระยะ 7 วัน เป็นช่วงเวลาที่วิกฤติต่อผู้ป่วยเนื่องจากพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงระดับปานกลางและระดับมากได้ร้อยละ 57.50 และ 77.10 ตามลำดับ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมไปถึงการติดเชื้อหลังผ่าตัดสมอง ซึ่งการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับนั้นพบได้บ่อยหลังผ่าตัดสมอง ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลทำให้เพิ่มอัตราการผ่าตัดซ้ำ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิต<sup>5,6,7,8</sup>

จากสถิติการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 78, 85 และ 61 ราย ตามลำดับ และได้รับการผ่าตัดสมอง จำนวน 42, 61 และ 40 ราย ตามลำดับ<sup>9,10,11</sup> และพบการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็น 0.74, 0.54 และ 0.32 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ คิดเป็น 0.87, 0.75 และ 0.74 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ คิดเป็น 2.80, 2.94 และ 1.98 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนเตียง สำหรับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดไม่พบการติดเชื้อ<sup>11,12,13</sup> หากผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อ อีกทั้งอาจทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ ดังนั้น บทบาทพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ มีหน้าที่กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กำกับ ติดตามการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง

## กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 59 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

### อาการสำคัญ

แพทย์นัดมาทำผ่าตัดสมอง

### ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ไบหน้าด้านขวากระดูก ทำ MRI พบมีเนื้องอกที่สมองแต่แพทย์ไม่แนะนำให้ผ่าตัด และรักษาติดตามอาการต่อเนื่อง

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังมีอาการไบหน้าด้านขวากระดูก ไม่ปวดศีรษะ ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์สั่งทำ MRI ผล right cerebellopontine angle meningioma แพทย์จึงแนะนำให้ผ่าตัด

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไบหน้าด้านขวากระดูก ตามองไม่ชัด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว Gout DLP 10 ปี รับประทานยาลดไขมัน รับประทานยาต่อเนื่องไม่ขาดยา

แพ้ยา Carbamazepine มีผื่นแดงนูนบริเวณแขน ขา และลำตัว ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด



## การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างท้วม น้ำหนัก 84 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 75 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ไม่มีแขนขาอ่อนแรง (grade 5)

ผิวหนัง : ผิวคล้ำ ไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำปนหงอกขาว ศีรษะไม่มีบาดแผล ตาทั้ง 2 ข้างไม่ซีด มองเห็นชัด ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร reaction to light ไบฟู จมูก ปากลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจเท่ากับ 20 ครั้งต่อนาที เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 85 ครั้งต่อนาที ไม่พบเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ท้องไม่แข็งเกร็ง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สีหน้าวิตกกังวล กลัวเรื่องการรักษาและหลังผ่าตัดจะเป็นภาระของครอบครัว

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**MRI** : Right cerebellopontine angle meningioma

**Patho** : Meningothelial meningioma, WHO grade 1

**Sputum culture** : Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii

**Urine culture** : Escherichia coli

## สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2566 แพทย์นัดมาทำผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทั่วไป แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ไม่มีแขนขาอ่อนแรง (grade 5)

วันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยหลังผ่าตัด right craniotomy with tumor removal under microscope E<sub>4</sub>V<sub>4</sub>M<sub>4</sub> ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร CMV mode มีแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะปิดด้วยแผ่นปิดแผล แผลผ่าตัดไม่ซึม ใส่ขวดระบายสัญญาณดี มีเลือดสีแดงสด ปริมาณ 30 มิลลิลิตร คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน

วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วย E<sub>4</sub>V<sub>4</sub>M<sub>6</sub> ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจผ่านแพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจได้ เปลี่ยนเป็น oxygen high flow หลังจากนั้นผู้ป่วยหายใจเหนื่อยขึ้น อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ปอดมีเสียง wheezing both lung แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร PCV mode

วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วย E<sub>4</sub>V<sub>4</sub>M<sub>6</sub> ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร SPONT mode และประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจผ่านแพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยกระสับกระส่าย มีเสียง stridor ค่า oxygen saturation 88 - 90% แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจ PCV mode และแพทย์มีคำสั่งให้ตัดไหมหลังตัดไหม แผลแห้งดี ไม่พบแผลผ่าตัดบวมแดง และไม่มียาหนองซึม

วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วย E<sub>4</sub>V<sub>1</sub>M<sub>6</sub> คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน พยาบาลทำการถอดสายสวนปัสสาวะ เปลี่ยนเป็น condom ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ได้ มี bladder full พิจารณาคาสายสวนปัสสาวะ หลังคาสายสวนปัสสาวะปัสสาวะสีเหลืองมีตะกอน ผลตรวจปัสสาวะ พบพบเม็ดเลือดขาว 1 - 2 cell/HPF

วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วย E<sub>4</sub>V<sub>1</sub>M<sub>6</sub> แพทย์ทำผ่าตัดเจาะคอ

วันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยอุณหภูมิมีร่างกายสูง 38.0 - 38.5 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 - 30 ครั้งต่อนาที แพทย์มีคำสั่งส่งเลือด เสมหะ และปัสสาวะเพาะเชื้อ ภาพถ่ายรังสีปอดพบ new infiltration right lower lobe ผลเลือดไม่พบเชื้อ เสมหะพบเชื้อ Klebsiella pneumoniae และปัสสาวะพบเชื้อ Escherichia coli แพทย์ปรับยาปฏิชีวนะ เป็น Meropenem 1 gm IV q 8 hrs. เป็นเวลา 10 วัน

วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้ป่วย E<sub>4</sub>V<sub>1</sub>M<sub>6</sub> หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ เปลี่ยนเป็น oxygen collar mask กระตุ้น ambulation และปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินการกลืน poor ADL, barthel index เท่ากับ 5, swallowing test สำลักน้ำ

วันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้ป่วย E<sub>4</sub>V<sub>1</sub>M<sub>6</sub> หย่าการใช้ oxygen collar mask หายใจได้เอง อัตราการหายใจ 18 - 22 ครั้งต่อนาที เหนื่อยเล็กน้อย สามารถไอขับเสมหะได้เอง ประเมินการกลืน swallowing test good oral movement, water test 3 มิลลิลิตร 3 ครั้ง ไม่สำลัก เริ่มรับประทานอาหารได้ไม่มีสำลัก และถอดสายสวนปัสสาวะสามารถปัสสาวะได้

วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยตามที่เวชศาสตร์ฟื้นฟูได้แนะนำไว้ รับประทานอาหารได้ไม่มีสำลัก แพทย์จึงอนุญาตกลับบ้านและนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลรวม 58 วัน

## การวางแผนการพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย right cerebellopontine angle meningioma แพทย์นัดผ่าตัดสมอง

### วัตถุประสงค์

บุคลากรทางการพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองได้
2. พยาบาลสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประชุมที่มการพยาบาลทบทวนความรู้เรื่องโรคเนื้องอกสมอง สาเหตุ และปัจจัยการเกิดโรคเนื้องอกสมอง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสมอง และกิจกรรมการพยาบาล รวมถึงการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย และลดภาวะทุพพลภาพ

2. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อหลังการผ่าตัด

3. กำกับ นิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล และให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อพบว่ามี การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

### การประเมินผล

พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองได้ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และเมื่อพบมีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ พยาบาลสามารถวินิจฉัยการติดเชื้อได้

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ครั้ง และใช้เครื่องช่วยหายใจควบคุมปริมาตรนาน 48 วัน
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38.0 - 38.5 องศาเซลเซียส
3. ภาพถ่ายรังสีปอดพบ new infiltration right lower lobe
4. ปริมาณเสมหะมากขึ้น ลักษณะสีเสมหะเป็นสีสนิม ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing
5. ผลเพาะเชื้อเสมหะ พบเชื้อ Klebsiella pneumoniae และ Acinetobacter baumannii

### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจซ้ำ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส
2. ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ หรือไม่มีความผิดปกติเพิ่มขึ้น
3. ปริมาณเสมหะลดลงหรือหมดไป ลักษณะสีเสมหะปกติ
4. ผลเพาะเชื้อเสมหะไม่พบเชื้อ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ ยืนยันการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมการพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันพัฒนามาตรฐานการพยาบาลการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ และทบทวนความรู้ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการพยาบาลการป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อและคืนข้อมูลการติดเชื้อ ให้แก่หน่วยงานรับทราบ
4. เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมการพยาบาล ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้อุปกรณ์สำหรับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เป็นต้น
5. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้
  - 5.1 การทำความสะอาดช่องปากและฟัน โดยการแปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่มกับยาสีฟัน วันละ 2 ครั้ง จัดทำอนคิระสูงตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการสำลักขณะทำความสะอาดช่องปากและฟัน
  - 5.2 การประเมินช่องปากและเหงือก หากพบว่ามีฟันผุ เหงือกอักเสบผิดปกติหรือเป็นหนอง ปฏิบัติทันตแพทย์ เพื่อขจัดเชื้อโรคในช่องปาก
  - 5.3 การดูดเสมหะ ด้วยหลักปราศจากเชื้อ
  - 5.4 การป้องกันการสำลัก จัดทำอนคิระสูงทำมุม 30 - 45 องศา วัด cuff pressure เวนละ 1 ครั้ง cuff pressure อยู่ระหว่าง 20 - 30 mmH<sub>2</sub>O
  - 5.5 เมื่อพบว่าสายเครื่องช่วยหายใจสกปรก เปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจทั้งระบบ และแทนที่ค้ำในสายเครื่องช่วยหายใจทุกครั้งก่อนพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันน้ำไหลย้อนกลับเข้าสู่ผู้ป่วย
  - 5.6 การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ พร้อมตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

5.7 ทำความสะอาดมือแบบ hygienic handwashing ทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส

5.8 การได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด

5.9 การติดตามภาพถ่ายรังสีปอด และการตรวจเสมหะเพาะเชื้อตามแผนการรักษา

6. สื่อสารมาตรฐานการพยาบาลการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้แก่หน่วยงานรับทราบนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

7. นิเทศ กำกับ และติดตามการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน

8. สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น close suction กระจ่องรองรับเสมหะแบบใช้ครั้งเดียว เป็นต้น

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ปริมาณเสมหะลดลง ลักษณะสีของเสมหะสีขาวขุ่น ภาพถ่ายรังสีปอดไม่พบ infiltration และหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ สามารถหายใจได้เอง ไม่มีการส่งเสมหะเพาะเชื้อซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจซ้ำ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** เสี่ยงต่อการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดบริเวณศีรษะ

**ข้อมูลสนับสนุน** มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะใส่ขวดระบายสุญญากาศ

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัด เช่น ปวด บวม แดง ร้อน และมีหนองซึม
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ดังนี้

1.1 ระยะเวลาการผ่าตัด

ก. การเตรียมผู้ป่วย

- 1) การกำจัดขน โดยใช้ electric clipper โกนผมออกทั้งศีรษะทันทีก่อนการผ่าตัด
- 2) การควบคุมระดับ oxygen saturation > 95%
- 3) ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (DTX ไม่เกิน 200 mg/dl)
- 4) ผู้ป่วยอาบน้ำและสระผมด้วย 4% chlorhexidine in soap เย็นและเข้าก่อนผ่าตัด
- 5) ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน หรือก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง

1.2 ระยะเวลาผ่าตัด

- 1) บุคลากรในห้องผ่าตัดทำความสะอาดมือแบบ surgical handwashing ก่อนการผ่าตัด
- 2) เครื่องมือผ่าตัดทุกชิ้น ได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ และได้รับการตรวจสอบประสิทธิภาพก่อนใช้งาน
- 3) การให้ยาปฏิชีวนะ 15 - 60 นาทีก่อนการผ่าตัด
- 4) การควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย > 36 องศาเซลเซียส
- 5) การควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัด อยู่ระหว่าง 20 - 22 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ อยู่ระหว่าง 30 - 60%
- 6) ปฏิบัติตามเทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด



### 1.3 ระยะเวลาหลังผ่าตัด

- 1) การทำความสะอาดแผล โดยยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด
- 2) ทำความสะอาดมือแบบ hygienic handwashing ทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล
- 3) ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด ว่า ปวด บวม แดง ร้อน และมีหนองซึม ซึ่งอาจเป็นอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อของแผลผ่าตัด
- 4) การดูแลสายระบายขวดสุญญากาศ ไม่ควรหัก พับงอ หรือเลื่อนหลุด พร้อมกับสังเกตลักษณะของสารคัดหลั่ง และบันทึกปริมาณสารคัดหลั่ง
- 5) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ห้ามแกะเกาบริเวณแผลผ่าตัด และแผลเป็ยงน้ำ รวมถึงการแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด

### 1.4 การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

- 1) บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดแบบหัตถการ
  - 2) หากสงสัยมีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด บันทึกอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ วันที่ผ่าตัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. ประชุมทีมการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ทั้งพยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล ทบทวนมาตรฐานการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด
  3. นิเทศ กำกับ และติดตามการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน
  4. สนับสนุนอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เช่น electric clipper, 4% chlorhexidine in soap เป็นต้น
- การประเมินผล**

แผลไม่บวม แดง ร้อน และมีหนองซึม หลังตัดไหมที่แผลผ่าตัดบริเวณศีรษะแผลผ่าตัดแห้งดี สารคัดหลั่งออกเป็นสีแดงจาง ปริมาณลดลงเป็นลำดับ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนบนเตียงตลอดเวลา

**วัตถุประสงค์**

1. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ
2. ไม่พบรอยแดงหรือฟกช้ำบริเวณปุ่มกระดูก

**เกณฑ์การประเมินผล**

ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ และไม่พบรอยแดงหรือฟกช้ำบริเวณปุ่มกระดูก

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประชุมร่วมกับทีมดูแลแผลกดทับของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังนี้
  - 1.1 ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ braden scale โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายภาวะโภชนาการ แรงเสียดสีและแรงเฉือน ประเมินซ้ำในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ พร้อมทั้งบันทึกผลการประเมิน
  - 1.2 ใส่ที่นอนลมลดแรงกดทับ พลิกตะแคงตัว และเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง โดยจัดทำนอนหงาย นอนคว่ำกึ่งตะแคง ตะแคงซ้าย และตะแคงขวาสลับกันไปตามความเหมาะสม ใช้หมอนรองหรือผ้านุ่ม ๆ รองบริเวณที่กดทับหรือปุ่มกระดูก เพื่อลดแรงกดทับและป้องกันการเสียดสี พร้อมประเมินความต้านทานของผิวหนังต่อแรงกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า เพื่อปรับเปลี่ยนท่าให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งจากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนท่าได้ทุก 4 ชั่วโมง

- 1.3 ดูแลผิวหนังไม่อักเสบ ให้แห้งสะอาดตลอดเวลา ถ้าผิวหนังเปียกชื้นจะทำให้ผิวหนังถลอก เป็นแผลเปื่อย โดยเฉพาะภายหลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะต้องทำความสะอาดแล้วซับให้แห้ง และหากพบว่าผิวหนังแห้งแตก ดูแลทาครีมหรือโลชั่น
  - 1.4 ดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง สะอาด และควรใช้ที่นอนที่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ที่นอนลม เพื่อกระจายแรงกด
  - 1.5 ใช้ผ้ารองยก โดยเจ้าหน้าที่ 2 คนขึ้นไป เมื่อเคลื่อนย้ายหรือยกผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสียดสีของผิวหนัง
  - 1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และผิวหนังแข็งแรง การไหลเวียนของเลือดดี
  - 1.7 ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะโปรตีนมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
2. นิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ และไม่พบรอยแดงหรือฟกช้ำบริเวณปุ่มกระดูก

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. คาสายสวนปัสสาวะ 2 ครั้ง และคาสายสวนปัสสาวะนาน 52 วัน
2. ลักษณะปัสสาวะมีตะกอน ชุ่น
3. ผลเพาะเชื้อปัสสาวะ พบเชื้อ Escherichia coli
4. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38.0 - 38.5 องศาเซลเซียส

#### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะซ้ำ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส
2. ลักษณะสีปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน
3. ผลเพาะเชื้อปัสสาวะไม่พบเชื้อ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ ยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ
2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมการพยาบาล ทบทวนความรู้การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการติดเชื้อในครั้งนี้อย่างรอบคอบ และร่วมกันพัฒนามาตรฐานการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อและคืนข้อมูลการติดเชื้อ ให้แก่หน่วยงานรับทราบ
4. เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมการพยาบาล ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ รวมถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เป็นต้น
5. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ดังนี้
  - 5.1 ประเมินข้อบ่งชี้ของการคาสายสวนปัสสาวะทุกวัน เพื่อพิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อหมดข้อบ่งชี้
  - 5.2 คาสายสวนปัสสาวะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และอุปกรณ์การคาสายสวนปัสสาวะปราศจากเชื้อ
  - 5.3 ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา ไม่หัก พับงอ ถูรงอรับปัสสาวะไม่สัมผัสพื้น และยึดตรึงสายสวนปัสสาวะให้แน่นกับตัวผู้ป่วย

- 5.4 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยสบู่ วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น หรือหลังขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง
- 5.5 ทำความสะอาดมือแบบ hygienic handwashing ทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล
- 5.6 ติดตามผลการตรวจเพาะเชื้อปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ
- 5.7 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา
6. สื่อสารมาตรฐานการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ให้แก่หน่วยงานรับทราบ นำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ
7. นิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน
8. สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เช่น สารหล่อลื่นปราศจากเชื้อชนิดให้ครั้งเดียว

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยอุณหภูมิมีร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน และสามารถถอดสายสวนปัสสาวะปัสสาวะได้เอง และผลเพาะเชื้อปัสสาวะไม่พบเชื้อ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลท่อหลอดลมคอที่บ้าน

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยและญาติซักถามวิธีการดูแลท่อหลอดลมคอเมื่อกลับบ้าน และบอกว่าไม่มั่นใจว่าจะทำได้ใหม่  
**วัตถุประสงค์**

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลท่อหลอดลมคอที่บ้าน

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการดูแลท่อหลอดลมคอที่บ้าน ได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำคู่มือการดูแลท่อหลอดลมคอที่บ้าน ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย
  - 1.1 แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงแหล่งชุมชนแออัด ควรอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก หรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและรับเชื้อโรคจากผู้อื่น
  - 1.2 แนะนำบริหารการหายใจ โดยนอนหงาย ชันเข่าทั้งสองข้าง หายใจเข้าลึก ๆ จนท้องโป่ง กลั้นหายใจไว้ 3 วินาที และหายใจเข้าทางปากช้า ๆ ทำปากห่อคล้ายผิวปาก เพื่อให้อากาศออกจากปอดมากที่สุด ทำประมาณ 8 - 10 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง ช่วยทำให้ปอดขยายตัวจะได้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนมากขึ้น
  - 1.3 แนะนำการไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ โดยนั่งในท่าโน้มตัวไปข้างหน้า หรือครึ่งนั่งครึ่งนอน ก่อนไอ หายใจเข้า - ออกลึก ๆ ประมาณ 4 - 5 ครั้ง สูดหายใจเข้าเต็มที กลั้นไว้แล้วหายใจออกพร้อมกับไอแรง ๆ 2 - 3 ครั้ง
  - 1.4 แนะนำการดูแลหลอดลมคอ เพื่อป้องกันเสมหะอุดตันในท่อหลอดลมคอ ถอดหลอดลมคอขึ้นในเวลากลางทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 - 3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับว่ามีเสมหะมาก หรือเหนียวหรือไม่ และถอดล้างทุกครั้งที่อยู่รู้สึกว่าหายใจไม่สะดวก และภายหลังทำความสะอาดท่อหลอดลมคอขึ้นในแล้ว ต้องนำมาใส่ให้ผู้ป่วยทันที เพราะการถอดท่อหลอดลมคอขึ้นในไว้นาน จะทำให้เสมหะอุดตันปลายท่อหลอดลมคอขึ้นนอกจนทำให้หายใจไม่สะดวก
  - 1.5 แนะนำดื่มน้ำอุ่น วันละ 8 - 10 แก้ว เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้ง่าย
  - 1.6 แนะนำการทำความสะอาดแผลเจาะคอ เปลี่ยนผ้าก๊อกรองแผลเมื่อมีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผลทำให้เปียกหรือสกปรก หรือภายหลังอาบน้ำ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และควรใช้ผ้าบาง ๆ ปิดคอ หรือผ้าพันคอ ไว้ เมื่อออกจากบ้าน เพื่อป้องกันฝุ่นละออง แผลงหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าท่อหลอดลมคอ และควรหลีกเลี่ยงการทาแป้งฝุ่น
- 1.7 แนะนำแปรงฟันหรือกลั้วคอก่อนและหลังรับประทานอาหาร



1.8 หากพบอาการผิดปกติ เช่น ท้อหลอดลมคอหลุด หายใจลำบาก หอบเหนื่อย มีการติดเชื้อที่บริเวณแผลเจาะคอ มีไข้ หรือมีการติดเชื้อที่ปอด ให้มาพบแพทย์ทันที

2. การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย ติดตามผ่านทางโรงพยาบาลทางไกล หรือการติดต่อทางโทรศัพท์

### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติรับฟัง สามารถบอกวิธีการดูแลท้อหลอดลมคอที่บ้านได้

### สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 59 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปหน้าด้านขวากระดูก ตามองไม่ชัด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ผลการวินิจฉัย right cerebellopontine angle meningioma แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี  $E_4M_5V_6$  สัญญาณชีพแรกรับปกติ ได้รับการผ่าตัด right craniotomy with tumor removal under microscope รวมระยะเวลาผ่าตัด 5 ชั่วโมง 25 นาที หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะใส่ขวดระบายสัญญาณประสาท มีสารคัดหลั่งออกเป็นสีแดงจางไหลปกติ ประมาณ 50 มิลลิลิตร ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร และคาสายสวนปัสสาวะ ลักษณะสีน้ำปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีตะกอน ระหว่างการรับผู้ป่วยไว้ในกรดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานและใส่ท่อช่วยหายใจ 4 ครั้ง พบมีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังจากรักษาการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหาย รวมทั้งคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ สำหรับแผลผ่าตัดพบว่าหลังตัดใหม่และถอดขวดระบายสัญญาณออก แผลผ่าตัดแห้งดี ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดสายสวนปัสสาวะได้สำเร็จ สามารถหายใจและปัสสาวะได้เอง อีกทั้งปลอดภัยจากการติดเชื้อไม่เกิดการติดเชื้อซ้ำ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 58 วัน

### วิจารณ์

จากกรณีศึกษา แนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง มุ่งเน้นพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด หากเกิดการติดเชื้อ นั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงขึ้น ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงขึ้น อีกทั้งส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อ โดยเฉพาะค่ายาต้านจุลชีพ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และครอบครัวเสียรายได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสมอง รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และสามารถฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดได้ตามอัตรภาพของผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้มีความรู้ความชำนาญ และทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง โดยเฉพาะระยะหลังผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติไม่เกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้านจิตวิญญาณ พยาบาลควรมีการทบทวนองค์ความรู้และพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. ควรจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง

### สรุป

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกที่สมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นภาวะวิกฤติ ไม่เกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายได้ตามอัตรภาพ และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน



## เอกสารอ้างอิง

1. จาริณญา จินดาประเสริฐ, โกสินทร์ วีระสร, เอี่ยมแซ สุขประเสริฐ. เนื้องอกสมองกลิโอมาชนิด high grade: การรักษาและตัวบ่งชี้ทางโมเลกุล. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2558;30(2):212-6.
2. Ministry of Health. Incidence of brain tumors 2019. [Internet]. [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://healthdata.moph.go.th/> (in Thai)
3. คำปิ่น แก้วกนก. การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองระหว่างการผ่าตัดที่ได้รับาระดับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2562;3(3):83-102.
5. ภัทรา พิมสาร. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
6. Viken HH, Iversen IA, Jakola A, Sagberg LM, Solheim O. When are complications after brain tumor surgery detected?. World Neurosurgery. 2018;112:e702-10.
7. เขมรัฐ บันหลุย, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์, บรรพต สิทธินามสุวรรณ. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 7 วันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง. Kuakarun Journal of Nursing. 2565;29(1):118-31.
8. Senders JT, Muskens IS, Cote DJ, Goldhaber NH, Dawood HY, Gormley WB, et al. Thirty-day outcomes after craniotomy for primary malignant brain tumors: a national surgical quality improvement program analysis. Clinical Neurosurgery. 2018;83(6):1249-59.
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2564.
10. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2565. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2565.
11. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2566. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2566.
12. กลุ่มงานการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประจำปี 2564. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2564.
13. กลุ่มงานการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประจำปี 2565. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2565.
14. กลุ่มงานการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประจำปี 2566. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2566.

## Nursing care of patients with acute ischemic heart disease : A case study

Pornthip Kunsu, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** In Thailand, acute ischemic heart disease (AIHD) is a leading cause of death. This serious condition can cause sudden death due to blocked arteries that restrict blood flow to the heart muscle. Prompt treatment with blood thinners is crucial for patients with AIHD. Nurses play a critical role in the care of AIHD patients, ensuring they receive prompt assessment, screening, diagnosis, and medication administration. Additionally, nurses provide care during patient transfers to hospitals with higher-level capabilities.

**Objective :** Developing Protocols for Nursing Care of Patients with Acute Ischemic Heart Disease.

**Case study :** A 61-year-old Thai male patient was admitted to the emergency room of Phran Kratai Hospital. He had been experiencing chest tightness, sweating, and palpitations for 3.5 hours. He has unknown medical conditions and no allergies to medications. He refuses surgery. Upon arrival, he was classified as a critical emergency patient (Resuscitate: ESI 1) and placed in the red zone area. His initial vital signs were: Coma Score: E4M6V5; Blood pressure: 106/ 66 mmHg; Pulse : 80 times/minute; Breathing rate: 20 times/minute; Body temperature: 36.6 degrees Celsius. His pain score was 8 out of 10. His ECG showed ST-segment elevation in leads I, aVL, and V3-V6. A 61-year-old Thai male patient presented with chest pain, sweating, and palpitations. His initial ECG showed ST-segment elevation in leads I, aVL, and V3-V6, consistent with a diagnosis of acute myocardial infarction (STEMI). He was treated with streptokinase, a blood clot-dissolving drug. During the infusion, he went into cardiac arrest. CPR was initiated and adrenaline was administered. An endotracheal tube was inserted. The patient was stabilized and had a return of spontaneous circulation (ROSC). The patient's nursing problems were chest pain due to decreased blood supply to the heart muscle; risk of complications from receiving streptokinase, such as bleeding; risk of recurrent myocardial infarction; anxiety, and worry in the patient's family. The patient's problems were resolved. The patient was stabilized and no longer at risk of acute coronary syndrome or its complications. He was transferred to Kamphaeng Phet Hospital for further treatment and was admitted to the intensive care unit (ICU). From there, he was transferred to Sri Sawan Hospital for percutaneous coronary intervention (PCI). However, the PCI was not performed, and the patient returned to Phran Kratai Hospital within 15 days of the referral. The patient did not undergo PCI but was given enoxaparin, an anticoagulant injection, under the skin around the navel. The final diagnosis from Sri Sawan Hospital was chronic ischemic heart disease.

**Case study summary :** Acute ischemic heart disease is a medical emergency that requires prompt treatment. If treatment is delayed, the patient's risk of death increases. Emergency room nurses play a vital role in the care of patients with acute ischemic heart disease, as they are the first to assess and screen patients. Accurate and timely assessment and classification of patients ensure that they receive the appropriate treatment quickly. When patients receive the correct treatment safely, they are more likely to survive.

**Keywords :** Patients with acute myocardial infarction, Nursing care in the emergency room.

---

\*Professional registered nurse, Phrankratai hospital, Kamphaeng Phet Province



## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

พรทิพย์ กุลสุข, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดแดง ที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การบริหารยา พร้อมทั้งให้การดูแลระหว่างส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี เดินทางมาเอง ได้เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพรานกระต่าย ด้วย 3 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมา มีอาการแน่นกลางหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น ได้รับการคัดแยก (triage) เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitate: ESI 1) โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่บริเวณโซนสีแดง แกร็บ Coma Score E4M6V5 ความดันโลหิต 106/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส คะแนนความปวด 8 คะแนน ตรวจประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 lead อ่านผลเป็น ST elevation in I, aVL, V3-V6 ตรวจ tropon-I ผล Negative แพทย์เวรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้วินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง Thai ACS guideline ให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตผสมใน Nss 100 ml ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง ขณะให้ยา ไม่มีชีพจร EKG เป็น asystole เริ่ม CPR ผู้ป่วยทันทีและให้ยา Adrenaline 1 amp Iv stat พร้อมช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ETT no 7.5 marker 20 ต่อมาผู้ป่วยมี ROSC ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 3. มีภาวะหัวใจหยุดเต้น 4. ญาติวิตกกังวลอาการของผู้ป่วยเนื่องจากความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต 5. เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อน ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร เข้ารับการรักษาทันทีที่แผนกผู้ป่วยวิกฤต ICU จากนั้นที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้ทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศรีสวรรค์เพื่อทำ PCI หลังจากนั้นผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพรานกระต่าย ในระยะเวลา 15 วันจากการส่งต่อ ผู้ป่วยไม่ได้ทำ PCI แต่กลับมาให้ฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือด (enoxaparin) ได้ผิวหนังบริเวณรอบสะดือ การวินิจฉัยโรคจากโรงพยาบาลศรีสวรรค์คือ Chronic ischemic heart disease

**สรุป :** ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีอาจทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงเป็นบุคคลที่สำคัญเพราะเนื่องจากเป็นผู้พบเห็นและคัดกรองผู้ป่วยเป็นคนแรก หากคัดกรองจำแนกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลในห้องฉุกเฉิน

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

## บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Heart Disease) คือ ภาวะที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิดโดยดูจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electrocardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI และ Unstable angina) ซึ่งหลอดเลือดมีการตีบที่รุนแรง<sup>1</sup> วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะแรก คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นการรักษาหลักที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่<sup>2</sup> จากรายงานสถิติการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตคือกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.02 และมากกว่าร้อยละ 75<sup>3</sup> สำหรับสถานการณ์ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย จากรายงานกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2563-2566 พบแนวโน้มอัตราป่วยด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 26.72, 22.79, 22.55 และ 22.88 ตามลำดับ จากสถิติที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าแนวโน้มอัตราป่วยด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่ได้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่แนวโน้มของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบเพิ่มสูงมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลง โดยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 32.80 มีอายุ 35-39 ปี<sup>4</sup>

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ในทุกกระบวนการต้องเป็นไปอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ตั้งแต่การประเมินคัดกรองแรกเริ่ม triage ที่รวดเร็วและตรงกับโรค รวมถึงการให้การพยาบาลตามแนวทาง Thai ACS guideline ของโรงพยาบาลโดยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ด้วยเช่นกัน พยาบาลให้การดูแลในระยะฉุกเฉินโดย 1.ติดตามMonitor EKGตลอดเวลา 2.ดูแลเจาะเลือดเพื่อคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น 3.ดูแลให้ยา Aspirin 300 mg 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, Plavix 75mg 4 tab รับประทานทันที, Isodril 5mg 1 tab อมใต้ลิ้น, Morphine 4mg ทางหลอดเลือดดำ 4.ดูแลให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตผสมใน Nss 100 ml ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง 5.ประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะๆ บันทึกอาการและอาการแสดง ระดับความรู้สึกตัว อีกทั้งแจ้งอาการให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบตามแผนการรักษาหรือการดูแลของพยาบาลและทีมบุคลากร<sup>5</sup> ดังข้างต้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลห้องฉุกเฉินคือผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยแรกเริ่ม การประเมินและการให้การพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้น ประสานงานทีมเพื่อการรักษาที่รวดเร็วถูกต้อง ตลอดจนถึงการดูแลระหว่างส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถ และความรับผิดชอบสูงในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับคืนสู่สภาพปกติได้<sup>6</sup>

จากสถิติ 3ปี ย้อนหลังของอำเภอพวานกระต่ายมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจทั้งสิ้น 100 คน โดยจำแนกเป็น ปี 2563 จำนวน 21 ราย ปี 2564 จำนวน 30 ราย ปี 2565 จำนวน 33 ราย และปี 2566 จำนวน 16 ราย ส่วนของโรงพยาบาลพวานกระต่ายซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับชุมชนมีผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในปี 2563-2566 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 51 ราย ดังนี้ 12,18,14 และ7 รายตามลำดับ พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ปี 2563 จำนวน 2 ราย ปี 2564 จำนวน 2 ราย ปี 2565 จำนวน 1 ราย ปี 2566 จำนวน 0 ราย<sup>7</sup> และผู้ป่วยที่เหลือทั้งหมดถูกส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งนี้ทางผู้จัดทำได้ทำการศึกษากรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรงพยาบาลพวานกระต่ายที่เป็นชายไทย วัย 61 ปี ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่สามารถให้การรักษาได้อย่างทันท่วงทีและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ เพื่อเป็นแนวทางการให้ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทั่วไป การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แน่นกลางหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น 3 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมา

## ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ยกก้อนหินหนักประมาณ 20 กิโลกรัม หลังจากนั้นมีอาการแน่นกลางหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น ก่อนหน้านั้นไม่เคยมีอาการดังกล่าว ผู้ป่วยจึงเดินทางมาโรงพยาบาลเอง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา

## การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างค่อนข้างผอม น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ค่า BMI 19.37

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิต 106/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96%

ผิวหนัง : ผิวสีน้ำตาล ชีตเล็กน้อย มีเหงื่อออกตามผิวหนัง ไม่มีอาการบวม ไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสั้น การมองเห็นปกติ

ตา : ตาเท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาชมพู การมองเห็นปกติ pupil 3 mm RTL BE

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ: รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96%

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ การขับถ่ายปกติ

ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อแขนขาทั้ง 2 ข้าง grad 5 all

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score E4V5M6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ

ระบบต่อมไร้ท่อ : จากการตรวจพบต่อมไทรอยด์ที่คอไม่โต กดไม่เจ็บ

การประเมินสภาพจิตใจ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีภาวะหัวใจขาดเลือด มีสีหน้าไม่สุขสบาย แต่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

HEMATOLOGY : CBC ; HGB 13.8 g/dL HCT 42.6 % PLT 183,000/uL WBC 10,000 cell/dl PT 41.5 sec  
INR 3.38 PTT 137.1 sec PTT Ratio 3.81

BIOCHEMISTRY : BUN 13.3 mg/Dl Creatinine 0.77mg/dL eGFR 97.94 ml2min/1.73\*2 Sodium 135.8  
mmol/L Potassium 3.49 mmol/L CL100.7mmol/L CO2 23.8 mmol/L HIV:negative Covid-19:negative

CXR PA Upright : Normal

EKG : ST elevation in I, aVL, V3-V6

การวินิจฉัยโรค : ST-elevation myocardial infarction Inferior wall (STEMI)

## สรุปการดำเนินโรคที่สำคัญขณะรับไว้ดูแล

เวลา 14.30 น. ผู้ป่วยเดินทางมาเองถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพราณกระต่าย ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อาการ มีอาการกระสับกระส่ายจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออกใจสั่น คะแนนความปวด 8 คะแนน สัญญาณชีพแกร็บ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96%

เวลา 14.43 น. ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 lead แผ่นแรก พบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานแพทย์เวร แปลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST elevation in I, aVL,V3-V6 ตรวจ trop-I ผล negative ทำการ Monitor EKG

เวลา 14.44 น. แพทย์เวรโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลกำแพงเพชรเพื่อวินิจฉัยและแนวทางการรักษาเพิ่มเติม ระหว่างรอปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์ได้ให้ทำการรักษาเบื้องต้น

เวลา 14.45 น. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS iv 80 cc/hr และเจาะเลือดเบื้องต้น

เวลา 14.46 น. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการ X-ray ผลปกติ

เวลา 14.47 น. ดูแลให้ได้รับ Aspirin 300 mg 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, Plavix 75mg 4 tab รับประทานทันที, Isodril 5mg 1 tab อมใต้ลิ้น

เวลา 15.15 น. แพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชรรับการส่งต่อผู้ป่วย วินิจฉัยโรคเป็น STEMI

เวลา 15.18 น. ดูแลให้ Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตผสมใน NSS 100 ml ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง หลังจากที่ยาไปผู้ป่วยยังบ่นเจ็บแน่นหน้าอกอยู่ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์พิจารณาให้จืดยาแก้ปวดและยาแก้อาเจียน

เวลา 15.20 น. ดูแลให้ Morphine 4mg ทางหลอดเลือดดำ และ Plasil 1amp ทางหลอดเลือดดำ

เวลา 15.27 น. วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 70/55 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 94% แพทย์ตรวจอาการพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว 500 มิลลิลิตร pain score 7

เวลา 15.28 น. คลื่นชีพจรไม่ได้ EKG เป็น asystole เริ่ม CPR ผู้ป่วยทันทีและให้ยา Adrenaline 1amp iv stat พร้อมช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ETT no 7.5 marker 20

เวลา 15.31 น. ผู้ป่วยมี ROSC อัตราการเต้นของหัวใจ 100 - 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/76 มิลลิเมตรปรอท ใส่ท่อช่วยหายใจหายใจ 20 ครั้งต่อนาที coma score E4VTM6 ผลเลือดทางห้องปฏิบัติการยังไม่รายงานผล

เวลา 15.45 น. ประสานการส่งต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระบบช่องทางด่วน ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตอาการไม่คงที่ จัดทีมพยาบาลส่งต่อ 2 คน

เวลา 15.50 น. บนรถส่งต่อตลอดการเฝ้าระวังทุก 10 นาที ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ ระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100%

เวลา 16.10 น. นำผู้ป่วยส่งต่อถึงแผนก ICU โรงพยาบาลกำแพงเพชร

การวางแผนการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ดังนี้

**ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : ผู้ป่วยบ่นว่าแน่นกลางหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออก

O : กระสับกระส่าย pain score 8 EKG :ST elevation I,aVL,V3-V6

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการกระสับกระส่าย แน่นหน้าอก pain score น้อยกว่าเดิม
2. เพื่อให้หัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. อัตราการเต้นของหัวใจปกติอยู่ในช่วง 60-120 ครั้งต่อนาที
2. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรืออาการทุเลามากขึ้น pain score <8 คะแนน
3. ไม่มีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจปกติอยู่ในช่วง 14-24 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดไม่น้อยกว่า 96%

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินสภาพอาการผู้ป่วย ความรู้สึกตัว ลักษณะการเจ็บหน้าอก จัดโซนให้ผู้ป่วยอยู่ในโซน Emergency สีแดง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และพร้อมช่วยฟื้นคืนชีพตลอดเวลา

- ติดอุปกรณ์ monitor EKG ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อประเมินสมภาวะหัวใจ สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ
- ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที กับผู้ป่วยในกรณีที่มีค่าออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 95% เพราะเนื่องจากการให้ออกซิเจนเสริมทางจมูกกับผู้ป่วยที่ออกซิเจนมากกว่า 95% จะไปเพิ่มรอยโรคทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น ดังนั้นการให้ออกซิเจนเสริมทางจมูกควร monitor O2 saturation ก่อนให้เสมอ
- ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา และให้ Absolute bed rest พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล และลดการทำกิจกรรม การนอนศีรษะสูงจะทำให้กระบังลมหย่อนตัวลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ทำให้หายใจสะดวกขึ้น ส่วนการนอนพัก Absolute bed rest เป็นการลดการทำงานของหัวใจป้องกันไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นและลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
- ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน เพื่อประเมินสภาพอาการผู้ป่วยตลอดเวลา
- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Nss iv 80 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในร่างกายและเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้ยาทันทีในภาวะฉุกเฉิน
- ดูแลเจาะเลือด เพื่อส่งตรวจค้นหาความผิดปกติต่างๆ
- ดูแลให้ยา Aspirin 300 mg 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด
- ดูแลให้ยา Plavix 75 mg 4 tab รับประทานทันที ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อต้านเกล็ดเลือดไม่ให้เกิดการจับตัวกันเป็นลิ่มเลือด
- ดูแลให้ยา Isodril 5 mg 1 tab อมใต้ลิ้น และ Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก
- ดูแลให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต ผสมใน Nss 100 ml ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง เพื่อช่วยสลายลิ่มเลือดที่เป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดอุดตัน และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาเป็นระยะๆ
- บันทึกอาการเจ็บหน้าอก และปัจจัยร่วมที่ทำให้เจ็บแน่นหน้าอก อาการ อาการแสดงของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องฉุกเฉินเป็นระยะๆ

#### การประเมินผล

- อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80-90 ครั้งต่อนาที
- อาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลามากขึ้น pain score 7 คะแนน
- ไม่มีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96%

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าแน่นกลางหน้าอก ใจสั่น

O : กระสับกระส่าย pain score 8 คะแนน EKG ST elevation I,aVL,V3-V6 แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 mu iv drip ใน 60 นาที วินิจฉัยโรคเป็น STEMI

**วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด

#### เกณฑ์การประเมินผล

- อัตราการเต้นของหัวใจปกติอยู่ในช่วง 60-120 ครั้งต่อนาที
- ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรืออาการทุเลามากขึ้น pain score <8 คะแนน
- ไม่พบภาวะเลือดออกในส่วนต่างๆของร่างกาย

#### กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา SK ตามแบบประเมินผู้ป่วย ACS
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายถึงผลดี และภาวะแทรกซ้อนของยา SK
- ให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในแบบประเมินก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด



4. ให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา ขนาด 1.5 ล้านยูนิต ในเวลา 60 นาที โดยเตรียมและผสมยาตามขั้นตอน

- ละลายยาด้วย 0.9% NSS 10 ml ควรฉีดสารละลายอย่างช้าๆ
- กลืนขูดยาอย่างช้าๆ เพื่อให้ยาผสมเข้ากัน ห้ามเขย่า จะทำให้เกิดฟอง
- นำสารละลายที่ได้เจือจางผสมใน 0.9%NSS 100 ml
- ตรวจสอบดูว่ามีการละลายหมด หรือมีการเปลี่ยนสีก่อนให้ยากับผู้ป่วย
- ห้ามผสมกับยาชนิดอื่น
- ให้สารละลายทันทีหลังผสม เนื่องจากยาไม่มีส่วนผสมของสารกันเสีย และเก็บได้ 8 ชั่วโมง

5. เฝ้าระวังผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดังนี้

- สังเกตอาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยและอาการทั่วไป โดยประเมินV/S, N/S และ Monitor EKG อย่างใกล้ชิดหลังผู้ป่วย

ได้รับยา SK

- ติดตาม EKG 12 lead ทุก 30 นาที เพื่อประเมินการเปิดของหลอดเลือดหัวใจ หากอาการเจ็บหน้าอกลดลง และ EKG แสดง ST segment ลดต่ำลง หลังให้ยาแสดงว่าหลอดเลือดหัวใจน่าจะเปิด

6. ประเมินสภาพอาการผู้ป่วย ความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ รวมถึงอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง ในขณะที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท

7. On monitor EKG เพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง

8. ดูแลประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติก่อนและขณะให้ยา เช่นตำแหน่งที่ทำหัตถการในระบบปัสสาวะ ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยขีดตามตัวทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรก ที่ให้ยา

9. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ รถ Emergency เครื่อง defibrillator ให้พร้อมใช้งานได้ทันที

**การประเมินผล**

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80-90 ครั้งต่อนาที
2. อาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลามากขึ้น ค่ะแน่นความปวด 7 คะแนน
3. ไม่พบภาวะเลือดออกตามร่างกาย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** มีภาวะหัวใจหยุดเต้น

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว

O : เรียกไม่ตื่น ไม่มีชีพจร monitor EKG asystole

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้หัวใจยังเต้นและยังทำงานได้อย่างปกติ
2. เพื่อให้หัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. อัตราการเต้นของหัวใจปกติอยู่ในช่วง 60-120 ครั้งต่อนาที
2. ไม่มีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจปกติอยู่ในช่วง 14-24 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดไม่น้อยกว่า 96%

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินสภาพอาการผู้ป่วย ความรู้สึกตัว คลำชีพจร โดยใช้เวลาประเมินไม่เกิน 10 วินาที
2. ติดอุปกรณ์ monitor EKG เพื่อประเมินการเต้นของหัวใจ และตรวจดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อพิจารณาในการใช้เครื่อง defibrillator
3. ดูแลช่วยฟื้นคืนชีพโดยการกดหน้าอก บีมหัวใจ การกดหน้าอกนี้จะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันภายในช่องทรวงอก และเพิ่มแรงดันที่หัวใจโดยตรง ทำให้เกิดการไหลเวียนโลหิตและขนส่งออกซิเจนไปยังบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจและสมอง



4. ดูแลช่วยแพทย์ทำการใส่เครื่องช่วยหายใจทางปาก Endotracheal tube no 7.5 marker 20 เพื่อช่วยในเรื่องการหายใจ แลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ปอด และเป็นกระบวนการในการช่วยฟื้นคืนชีพ
5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในร่างกายและเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้ยาทันที
6. ดูแลให้ยากระตุ้นหัวใจทางหลอดเลือดดำ adrenaline 1 mg iv ทุก 3-5 นาที เพื่อกระตุ้นให้หัวใจบีบตัว
7. ประเมินชีพจรโดยการคลำที่บริเวณขาหนีบ และตรวจดู monitor EKG หลัง CPR ครบ 2 นาที บันทึก และประเมินอาการ ขณะให้การช่วยฟื้นคืนชีพ
8. เมื่อผู้ป่วยฟื้นคืนชีพ ประเมิน EKG 12 lead อีกครั้ง เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของการเต้นของหัวใจ และตรวจสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที เพื่อประเมินสภาพอาการผู้ป่วยตลอดเวลา

#### การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 90-110 ครั้งต่อนาที
2. หลังใส่เครื่องช่วยหายใจค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99-100%

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ญาติวิตกกังวลอาการของผู้ป่วยเนื่องจากความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

##### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ญาติบอกว่ากังวลกับอาการของผู้ป่วย
- O : สีหน้าของญาติมีความวิตกกังวล คิ้วขมวด ร้องไห้

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแนวทางการรักษา

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพักหน้าเข้าใจ และญาติสามารถบอกเหตุผลการรักษาได้
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติมีท่าทีที่สุภาพ และให้ญาติได้ระบายความรู้สึกโดยพยาบาลให้ความสนใจอย่างสม่ำเสมอ
2. อธิบายเหตุผลในการรักษาพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วย เหตุผลในการใส่ท่อช่วยหายใจ แนวทางการรักษา และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติ ว่าแพทย์และพยาบาลจะคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ
3. ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ และรวดเร็ว การให้การพยาบาลทุกครั้งต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวิธีการ และวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติทุกครั้ง
4. ประสานแพทย์ให้ชี้แจง พยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาความจำเป็นในการรักษา อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ให้ญาติทราบพร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และตอบข้อซักถามของญาติในกรณีที่สูงส่ง
5. ประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

##### การประเมินผล

1. ญาติแสดงสีหน้าเข้าใจและยอมรับอาการของผู้ป่วยได้
2. ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะไม่สุขสบายอยู่แต่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ

##### ข้อมูลสนับสนุน

- S : -
- O : ผู้ป่วยหลัง Post arrest กลับมามีสัญญาณชีพ แพทย์ประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

**วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทรุดลงขณะทำการส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลปลายทางและมีสัญญาณชีพคงที่  
**เกณฑ์การประเมินผล**

1. อัตราการเต้นของหัวใจปกติอยู่ในช่วง 60-120 ครั้งต่อนาที
2. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรืออาการทุเลามากขึ้น pain score <8 คะแนน
3. ค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

### กิจกรรมการพยาบาล

#### ก่อนเคลื่อนย้าย

1. ประสานการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านระบบ tree refer ส่งเอกสารผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล EKG ทางไลน์และโทรประสานทางโทรศัพท์กับศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชรก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. เตรียมความพร้อมของพยาบาลส่งต่อที่ผ่านการอบรม ACLS 2คนเตรียมกระเป๋าช่วยชีวิต เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตบนรถพยาบาลให้พร้อมใช้ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันที
3. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดอาการปวดแสบร้อนบริเวณที่เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การควบคุมการให้ยาโดย infusion pump ตลอดระยะเวลาการส่งต่อเพื่อประเมินอาการก่อนย้าย รายงานแพทย์เพื่อตัดสินใจเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
4. ตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วย และเอกสารผู้ป่วยไปrefer และแบบบันทึก ACS เพื่อการส่งต่อที่ครบถ้วน ส่วนผลเลือดที่ยังไม่รายงานผลทางห้องปฏิบัติการ เมื่อผลเลือดออกจะส่งไปทางไลน์ให้โรงพยาบาลกำแพงเพชรอีกครั้ง
5. ให้ข้อมูลแนวทางการรักษา แผนการรักษา เหตุผลจำเป็นในการส่งต่อกับญาติและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งต่อ
6. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถส่งต่อด้วยความนุ่มนวล ใช้ P slide และให้ออกซิเจนตลอดการเคลื่อนย้าย

#### ขณะเคลื่อนย้าย

7. เฝ้าระวังติดตามประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร และระดับความรู้สึกตัว อาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจหยุดเต้น monitor EKG monitor O2 saturation วัดสัญญาณชีพและบันทึกทุก 10-15 นาที รายงานแพทย์ซ้ำมี อาการเปลี่ยนแปลง
8. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจเป็นระยะๆ ให้อยู่ในระดับตำแหน่งที่แพทย์ใส่ไว้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
9. บันทึกอาการ การแก้ไข ผลการแก้ไขของผู้ป่วยขณะอยู่บนรถส่งต่อในแบบบันทึกการส่งต่อ tree refer
10. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่อง defibrillator ให้พร้อมใช้งานได้ทันที

#### หลังการเคลื่อนย้าย

11. ประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนส่งมอบผู้ป่วยกับห้อง ICU ส่งผู้ป่วยและข้อมูลให้กับพยาบาล ถึงอาการเปลี่ยนแปลงและการดูแลรักษาระหว่างการส่งต่อ แผนการพยาบาลพร้อมเอกสารต่างๆ ให้กับแพทย์หรือพยาบาล ณ ห้องแผนกผู้ป่วยวิกฤต ICU
12. โทรติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการรักษา

#### การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 100-110 ครั้งต่อนาที
2. ผู้ป่วยพักหน้าหลังตามอาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลามากขึ้น ไม่มีภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ
3. ค่าออกซิเจนในเลือด 99%

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี มาด้วย 3 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ยกก้อนหินหนักประมาณ 20 กิโลกรัม หลังจากนั้นมีอาการแน่นกลางหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น ก่อนหน้านี้นี้ไม่เคยมีอาการดังกล่าว ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา แรกรับสัญญาณชีพปกติ ทำ EKG 12 lead ST elevation I,aVL,V3-V6 แพทย์พิจารณาปรึกษาแพทย์อายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้การวินิจฉัยเป็น ST-elevation myocardial infarction Inferior wall (STEMI) ให้รักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดSK แล้วส่งตัวรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลกำแพงเพชร ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยไม่มีชีพจร จึงทำการช่วยฟื้นคืนชีพและใส่ท่อช่วยหายใจ ผ่านไปประมาณ 3 นาที ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพขึ้นมา จึงทำการประสานการส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญระยะแรกรับคือเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ระยะต่อเนือง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและญาติวิตกกังวลอาการของผู้ป่วย ระยะจำหน่ายเสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ กรณีศึกษาได้เข้ารับการรักษาทันทีที่แผนกผู้ป่วยวิกฤต ICU จากนั้นที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้ทำการส่งต่อโรงพยาบาลศรีสวรรค์เพื่อไปทำ PCI หลังจากนั้นผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพรานกระต่าย ในระยะเวลา 15 วันจากการส่งต่อ ผู้ป่วยไม่ได้ทำ PCI แต่กลับมาให้ฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดใต้ผิวหนังบริเวณรอบสะดือ (enoxaparin) การวินิจฉัยโรคจากโรงพยาบาลศรีสวรรค์คือ Chronic ischemic heart disease ปัจจุบันผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ใช้ชีวิตได้ปกติ รับประทานยาประจำตัวต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพรานกระต่าย

## วิจารณ์

กรณีศึกษารายนี้เป็นเพศชายวัยสูงอายุ ไม่มีโรคประจำตัว มีอาการนำมาด้วยแน่นกลางหน้าอก เหงื่อออกใจสั่นเป็นหลังทำงานยกก้อนหินที่หนัก การคัดกรองผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ จำเป็นจะต้องตรวจวินิจฉัยแยกภาวะโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล้ามเนื้ออักเสบหรืออาการเป็นลมทั่วไปในผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรจดจำและนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย การประเมินอาการเจ็บปวด โดยใช้ MEWS และการประเมิน EKG 12 lead เบื้องต้นจะช่วยให้พยาบาลสามารถรายงานแพทย์ได้อย่างทันที่ที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้องกับโรค ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามกระบวนการข้างต้น ทำให้รักษาผู้ป่วยได้ทันเวลาและผู้ป่วยปลอดภัย

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีความชำนาญในการคัดกรองผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การประเมินท่าที่ อาการเจ็บป่วย ช่วงอายุของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จุกใต้ลิ้นปี่ จุกคอ ใจสั่น ควรได้รับการประเมิน EKG 12 lead เบื้องต้นทุกราย
2. พยาบาลควรให้ความสำคัญใน การพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนาการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้ถ่ายทอดการให้การพยาบาลตามขั้นตอนที่สำคัญและไม่ลืมการให้การพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนและถูกต้อง
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล และรายงานตัวชีวิตในการกำหนดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อกำกับติดตาม ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการรักษายาบาล

## สรุป

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ซับซ้อน ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้อง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ที่มีโอกาสเพิ่มอัตราการเสียชีวิตเป็นอย่างมาก พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับการคัดกรอง การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค การให้การพยาบาลที่ถูกต้องตรงกับโรค นำไปสู่แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น การดูแลรักษาพยาบาลในภาวะวิกฤตหรือภาวะเร่งด่วน ซึ่งจัดทำให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันที่สามารถให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ และผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

## เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. รู้อาการ รักษาทัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. [อินเทอร์เน็ต]. [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/acute-coronary-syndrome>.
2. ปารีญา เกกนิชะ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต กรณีศึกษาในโรงพยาบาลกระบี่. กระบี่เวชสาร. 2561;1(1):1-9.
3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ. กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยา; 2561.
4. กระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุการเจ็บป่วยร้ายภาคต่อ ประชากร 1,000 คน. [อินเทอร์เน็ต]; 2560 [เข้าถึงเมื่อ สิงหาคม2566]. เข้าถึงจาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/statistic54.html>
5. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่10. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
6. เกรียงไกร เองรัมย์. ใน เกรียงไกร เองรัมย์ และกนกพร แจ่มสมบูรณ์ บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สุขุมวิทย์การพิมพ์, 2555.
7. โรงพยาบาลพวานกระต่าย. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่าง พ.ศ.2563-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2566.



## Nursing care of patients with Pneumonia with septic shock : A case study

Kanya Phiwphan, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Pneumonia is a common disease in the aging population, a non-communicable disease, and an immunodeficiency disease. It can be a cause of sepsis and can lead to septic shock, Multi-Organ Dysfunction, and death if diagnosis or treatment is delayed. The goal of care, according to Clinical Practice Guidelines for patients with sepsis, is to improve outcomes. Initial triage in patients with emergency illnesses and high-risk patients involves early resuscitation. Therefore, the role of the emergency nurse is to assess life-threatening conditions and provide nursing care to improve outcomes, reduce morbidity, and prevent mortality

**Objective :** To provide effective nursing care for patients with pneumonia with septic shock.

**Case Study :** A case study involves a 76-year-old Thai male patient with underlying diseases of Chronic Obstructive Pulmonary Disease ( COPD) and Hypertension. He presented to the hospital with fever, cough tachypnea, and drowsiness. In Emergency Room (ER) patient was initially restless, eye responsive to voice, obeying to command and conversing normally , shortness of breath, tachypnea and accessory muscle use, respiratory rate 28 bpm, heart rate 110 bpm, blood pressure 82/50 mmHg, body temperature 39.3 degree Celsius, oxygen-saturation 88 % , blood lactate 4.1 mmol/L , MEWS of 9. The nurse triaged for resuscitation and notified to the doctor, diagnosis was pneumonia with septic shock, used standard nursing care sepsis 1 hour bundle immediately, patient was intubated, fluid resuscitation with 0.9% NaCl 2,000 mL. then rate 100 mL/hr. Started on Norepinephrine (4:100) iv drip 10 mL/hr. Ceftriaxone 2 gm IV. Blood for Hemoculture and foley catheter was retained. The nursing problem included 1 . Risk of death due to acute respiratory failure 2. Oxygen depletion due to lung pathology 3. Septic shock 4. Risk for deterioration during transportation 5. Patient and family anxiety from severe illness. After providing nursing care, patient was relief from shortness of breath and decrease in work of breathing, vital signs Blood pressure 110/74 mmHg. Average blood pressure MAP 86 mmHg. Pulse 100 beats/minute. Blood oxygen saturation 96-98%. Good urine output. The explanation of the disease and the treatment plan were provided. emphasizing the necessity of intubation for assisted breathing and referral to a specialized hospital for better care. patient and family involvement in decision-making regarding the treatment plan was emphasized. The identified problems were addressed, the patient was saved from pneumonia, septic shock, and complications. Coordination with the receiving hospital was done for safety of transfer. The patient showed improvement, could be weaned off the ventilator, and was discharged for rehabilitation at the community hospital for 10 days.

**Conclusion :** The patient was successfully treated for pneumonia with septic shock. The nurse played a crucial role by employing skills in triage, history taking, and physical examination. Accuracy in providing MEWS and qSOFA contributed to early resuscitation, ultimately reducing morbidity and mortality. Additionally, effective communication skills were essential for referring the patient to a higher-level hospital to ensure continuity of care.

**Keywords :** Nursing care for Pneumonia, Septic shock

---

\* Professional nurse, Nursing work for emergency accident patients and forensic medicine , Kosumpee hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

กัญญา ผิวพรรณ, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคปอดอักเสบ (pneumonia) พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถ้าอาการรุนแรงหรือไม่ได้รับการรักษาทันที่ซึ่งสามารถเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น septic shock มีผลให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น เริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งในรายที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง มุ่งเน้นการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็วหลังวินิจฉัยพบอาการเหตุฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย ค้นหาภาวะคุกคามและให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปี มีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและความดันโลหิตสูง 10 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ ซึมลง แกรงที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยซึมเรียกลืมตาทำตามคำสั่ง E3V5M6 กระสับกระส่ายหายใจเหนื่อยหอบใช้กลัมน้ำหน้าห้อง อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 82/50 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 39.3 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 88 % blood lactate 4.1 mmol/L, MEWS = 9 พยาบาลให้ระดับความรุนแรง resuscitate รายงานแพทย์วินิจฉัย Pneumonia with septic shock ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย sepsis 1 hour bundle อย่างเร่งด่วน ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ load NSS 2,000 cc. then rate 100 ml/hr. on Norepinephrine (4 : 100) iv drip 10 ml/hr. ceftriaxone 2 gm iv เจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ชุด ใส่สายสวนปัสสาวะ พบปัญหาทางการพยาบาล 1. เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะหายใจล้มเหลว 2. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด 3. มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 4. มีโอกาสอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย 5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจลืมตาเมื่อเรียกทำตามคำสั่งได้ทุกเลาหายใจเหนื่อยหอบสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/74 mmHg. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย MAP 86 mmHg. ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96-98 % ปัสสาวะออกดี อธิบายอาการของโรคและแผนการรักษา ความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ มีส่วนร่วมตัดสินใจแนวทางการรักษา ปัญหาได้รับการแก้ไขผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อน ประสานโรงพยาบาลที่รับรักษา นำส่งผู้ป่วยไปรักษาต่ออย่างปลอดภัยติดตามอาการผู้ป่วยดีขึ้นสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วจำหน่ายให้กลับมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลชุมชนนาน 10 วัน

**สรุป :** ผู้ป่วยปลอดภัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องมีความรู้และทักษะที่ชำนาญในการคัดแยกผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายเบื้องต้น แม่นยำในการใช้เครื่องมือและเกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวแบบเร็วร่วมกับประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลง ติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤติปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนทำหน้าที่ประสานงานส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาที่ได้รับกับหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่าที่จะรับผู้ป่วยไว้ดูแลต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและปลอดภัย

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโกสุมพินคร



## บทนำ

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลง เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ บุคคลกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ หรือ ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง<sup>๑</sup> ปอดอักเสบ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)<sup>๒</sup> ซึ่งเป็นกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่ภาวะ Hypo perfusion และ Organ dysfunction หากไม่ได้รับการประเมินและติดตามการดำเนินโรครวมถึงการให้การรักษาทันท่วงทีผู้ป่วยจะเกิด ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) สามารถเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น septic shock และ การทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลว (Multiple organ dysfunction) มีผลให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็วถ้าอาการรุนแรงหรือไม่ได้รับการรักษาทันที่<sup>๓</sup> ในปี 2563-2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากปอดอักเสบเพิ่มมากขึ้น คือ 132,991, 114,544, 236,742 ราย มีอัตราการตาย 0.08, 0.10 และ 0.10 ตามลำดับ<sup>๑</sup>

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามข้อเสนอแนะของ Surviving sepsis campaign 2021 เป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis ให้มีผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น เริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งในรายที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมุ่งเน้นการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็วหลังวินิจฉัย ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างภายใน 1 ชั่วโมงทันทีหลังจากเก็บเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อหรือจากแหล่งอื่นที่คาดว่าสาเหตุให้สารน้ำcrystalloid 30 ml/kg ภายใน 1 ชั่วโมงในรายที่ไม่มีข้อห้าม การประเมิน capillary refill เพื่อประเมิน tissue perfusion การเจาะ blood lactate level การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการประเมินการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยติดตามค่าความดันเฉลี่ย MAP $\geq$ 65 mmHg ประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน การบริหารยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย การให้สารน้ำ การควบคุมระดับน้ำตาล 80-110 mg% การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก การประเมิน การดูแลและการรายงานภาวะวิกฤตเพื่อให้แพทย์ปรับแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนเสียชีวิต

โรงพยาบาลโกสุมพินคร มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรับบริการในปี 2564 - 2566 จำนวน 94, 130, 173 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 10, 11, 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.6, 8.4, 16.7 มีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 0, 1.5, 2.8 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปอดอักเสบเป็นสาเหตุการติดเชื้อใน 3 อันดับแรกจากการทบทวนพบว่ามาถึงโรงพยาบาลช้า การคัดแยกไม่เหมาะสม อาการที่ไม่ชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ มีโรคร่วม การประเมินคัดกรองรายงานแพทย์ล่าช้า ทำให้เข้าสู่กระบวนการรักษาที่ล่าช้า ดังนั้นพยาบาลห้องฉุกเฉิน ต้องมีความรู้และทักษะที่ชำนาญในการคัดแยกผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายเบื้องต้น แม่นยำในการใช้เครื่องมือและเกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวแบบเร็ว<sup>๑๙</sup> (quick sequential organ failure assessment : qSOFA) ร่วมกับประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยใช้เครื่องมือ MEWS score<sup>๓,14,17</sup> โดยคะแนนรวม MEWS  $\geq$  4 บอกลถึงความจำเป็นในการส่งต่อรักษาในหน่วยวิกฤติและส่งผลต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงขึ้น<sup>4,6,7</sup> ต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องรายงานแพทย์ให้การรักษารวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก (Hour-1 Bundle : Initial Resuscitation for Sepsis and Septic Shock)<sup>๕</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่าง เร่งด่วนช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤติปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตตลอดจนทำหน้าที่ประสานงานส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาที่ได้รับกับหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่าที่จะรับผู้ป่วยไว้ดูแลต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและปลอดภัย การศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 76 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับบุตรสาว

### การวินิจฉัย

Pneumonia with septic shock

### อาการสำคัญ

มีไข้ ชีพหายใจเหนื่อยหอบ 7 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล

## อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น ไอ มีเสมหะ ไม่ได้รักษา 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการซีมลง หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นจึงพามาโรงพยาบาล

## ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความดันโลหิตสูง 10 ปี รับยาโรงพยาบาลโกสุมพิณคร ไม่ขาดยา เคยสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ปัจจุบันหยุดสูบบุหรี่ 5 ปี

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร และการผ่าตัด

## การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 39.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิต 82/50 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: ผู้ป่วยซีม กระสับกระส่าย เรียกกลิ่นตา ตามตอบรูเรื่อง ทำตามคำสั่งได้ GCS E3V5M6 =14  
กะเนน Pupil 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง

ผิวหนัง : ผิวหนังเย็นชื้น ผิวสีแทน ไม่มีรอยแตกไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม เล็บมือสะอาด ไม่ซีด ไม่มีนิ้วปูด

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีขาวยาว ศีรษะไม่มีบาดแผล ลำคอคล้ำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้าง  
สมมาตรกัน บอกรูปร่างมองเห็นแต่ไม่ชัด เปลือกตาไม่ซีดทั้ง 2 ข้าง ไบหู จมูก ปาก แก้มตอบ ก้มเงย และเอี้ยวศีรษะได้

ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ลักษณะการหายใจเร็ว หอบลึก ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ทรวงอกบุ๋มปอกติ  
สมมาตรกันดี ไม่มีอกบวม การเคลื่อนไหวของทรวงอกสอดคล้องกับลักษณะการหายใจเข้าออก อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อ  
นาที เสียงหายใจปอกติ ฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบที่ปอดทั้ง 2 ข้าง

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้น 110 ครั้งต่อนาที capillary refill time 3 sec  
ไม่มีเสียง murmur ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปหน้าท้องสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มี  
ท้องมาน ท้องไม่อืด ไม่มี tenderness หรือ rebound tenderness ตับ ม้าม ไม่โต ต่อม้ำเหลืองที่ขาหนีบ 2 ข้างไม่โต ถ่าย  
อุจจาระทุกวัน ไม่มีท้องผูก ด้านหลังไม่มีแผล

กล้ามเนื้อและกระดูก: ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง/แขนขา ไม่มีรอยโรคของการหัก /เคลื่อน /ผิดรูป  
motor power grade 5 all

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ไม่มีปัสสาวะแสบขัด กลั้นปัสสาวะได้ ปัสสาวะสีเหลืองใส กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตั้ง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหน้า แหวดตา ไม่สุขสบาย กังวลเรื่องอาการหายใจเหนื่อยหอบ

ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม : สถานะสมรส หม้าย ภรรยาเสียชีวิต 2 ปี มีบุตรสาว 1 คน อาศัยอยู่กับ  
บุตรสาว และบุตรชาย บุตรสาวเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหาร การเจ็บป่วย สัมพันธภาพดี ไม่มีปัญหาเรื่องการเงิน มี

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

**CBC** : WBC 15,300 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil 93 %,

**Biochemistry** : BUN 53.8 mg/dl , Creatinine 2.40 mg/dl, GFR (CKD-EPI=4) 25.26

Electrolyte Sodium 138.6 mmol/L, Potassium 4.55 mmol/L, Chloride 100.0 mmol/L, TCO<sub>2</sub> 28.9 mmol/L, AG 9.7  
mmol/L Blood Lactate 4.1 mmol/L

**EKG** : AF with RVR rate 110 bpm

**Chest X-ray** : Interstitial infiltration both lung

## สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

ชายไทย อายุ 76 ปี เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลโกสุมพินคร ด้วยมีไข้ ซึม หายใจเหนื่อยหอบ 7 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการ คัดกรองเป็นระดับความรุนแรงฉุกเฉินวิกฤต (ระดับสีแดง)

เวลา 10.38 น. แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยซึม กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ ปลายมือปลายเท้าเย็น อุณหภูมิร่างกาย 39.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 82/50 มิลลิเมตรปรอท MEWS 9 คะแนน Blood lactate 4.1 mmol/L ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 88 % ฟังปอด2ข้าง crepitation

เวลา 10.41 น. รายงานแพทย์ผู้ป่วยหายใจล้มเหลวและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แจ้งทีมให้การดูแลอย่างเร่งด่วนตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยsepsis 1 hour bundle

เวลา 10.46 น. แพทย์ช่วยหายใจด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 96-98%

เวลา 11.10 น. เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ เปิดIV 2 เส้น แพทย์ทำ IVC U/S collapse 71 % fluid resuscitation load 0.9% NSS 2,000 ml. วัดความดันโลหิตทุก 15 นาทีร่วมกับประเมินอาการและระดับความรู้สึกตัว E3VTM6

เวลา 11.20 น. ให้ยาปฏิชีวนะcef-3 2 gram IV และใส่สายสวนปัสสาวะ

เวลา 11.25 น.หลัง load 0.9% NSS ครบ 2,000 ml. ความดันโลหิต 90/52 mmHg MAP 64.6 mmHg ชีพจร 100 ครั้ง/นาที แพทย์ทำ IVC U/S ซ้ำ distensibility 13% fluid non response

เวลา 11.40 น. start Norepinephrine (4:100) iv drip 10 cc/hr. วัดความดันโลหิต 110/74 มิลลิเมตรปรอท MAP 86 mmHg ชีพจร 100 ครั้ง/นาทีค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 97-98%

เวลา 12.05 น. เคลื่อนย้ายส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าพร้อมพยาบาลวิชาชีพ 2 คน

ใช้เวลาทั้งหมดที่ รพช. 1 ชั่วโมง 27 นาที สัญญาณชีพก่อนส่งต่อ ความดันโลหิต 110/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% Norepinephrine (4:100) iv drip 10 cc/hr. ระหว่างส่งต่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนการพยาบาลขณะนำส่งเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพถึงที่หมายปลอดภัยติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาอาการดีขึ้นสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วจำหน่ายให้กลับมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลชุมชนนาน 10 วัน

## การวางแผนการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะหายใจล้มเหลว
2. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด
3. มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
4. มีโอกาสอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย
5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะหายใจล้มเหลว

## ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยซึม กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ
2. สัญญาณชีพ หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 82/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 88 %

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ประเมินแรกรับ วินิจฉัยถูกต้อง การดูแลรวดเร็ว ไม่มีอาการทรุดลง

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว
3. ไม่ซีมีลง สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต  $\geq 90/60$  mmHg MAP  $\geq 65$  mmHg ซีพจร 60-100 ครั้ง/นาที

หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 88-92%

## การพยาบาลแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน

1. จัดระบบบริการที่ลดระยะเวลาของระบบคัดกรอง และเพิ่มความรวดเร็วในการวินิจฉัย โดยเข้าระบบช่องทางด่วน เพราะมีภาวะหายใจล้มเหลวและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชักประวัติ การประเมินคัดกรองผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกรับที่ห้องฉุกเฉินโดยใช้ MEWS = 9 คะแนน qSOFA = 3 เจาะ blood lactate ได้ 4.1 mmol/L เป็นผู้ป่วยวิกฤติจึงเริ่มดำเนินการดูแลรักษาตามแนวทาง

2. รายงานแพทย์ภายใน 3 นาที ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
3. แจ้งทีมจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและร่วมตัดสินใจ
5. จัดทำผู้ป่วยและดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจได้ภายใน 5 นาทีและให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ
6. ตรวจสอบว่าท่อใส่ถูกตำแหน่งหรือไม่คือฟังเสียงลมหายใจที่หน้าอกไม่ได้ยินเสียงบริเวณท้องและกระเพาะอาหารไม่โป่ง
7. ถ่ายภาพรังสีทรวงอก(CXR)เพื่อตรวจสอบดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ
8. ดำเนินการดูแลรักษาตาม 1 hour Bundle of care ตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน ดังนี้

8.1 เปิด IV เบอร์ 18 2เส้นให้สารน้ำอย่างน้อย30ml/kg/hr.ภายใน1ชั่วโมงแรก

8.2 H/C 2 tube, CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, LFT, DTX

8.3 ให้อาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำที่ครอบคลุมเชื้อหลัง H/C ภายใน 1 ชั่วโมงแรก

8.4 หลังได้สารน้ำ30ml/kg/hr.แล้ว ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยMAP<65mmHgพิจารณาให้vasopressor โดยให้ความเข้มข้นที่เหมาะสมที่peripheral line เริ่ม10 ml/hr.titrate ทุก15นาที keepค่าความดันโลหิตเฉลี่ยMAP $\geq 65$  mmHg

8.5 ใส่สายสวนปัสสาวะบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก1 ชั่วโมงเพื่อประเมิน renal blood flow และติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต เผื่อระวังภาวะไตวาย รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr. หรือ 0.5-1 cc/kg/hr.

8.6 บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกและประเมิน MEWS ผู้ป่วยซ้ำขณะอยู่ห้องฉุกเฉินภายใน 1-2 ชั่วโมง และพิจารณาหลักในการดูแลรักษาเพิ่มเติม ได้แก่ การกำจัดเชื้อ และแหล่งติดเชื้อ การ Intensive life support และการให้การรักษ่อื่นที่ช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น เช่น ชักประวัติการใช้ยาชุด สมุนไพร และ steroid

9. ส่งต่อการรักษาในโรงพยาบาลตามความรุนแรงของโรคเพื่อเตรียมข้อมูลปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร

10. ช่วยแพทย์ในการประสานงานปรึกษาอายุรแพทย์ เช่น เบอร์โทรอายุรแพทย์ ข้อมูล ประวัติผู้ป่วย และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เบื้องต้น ถึงผลการวินิจฉัย แผนการรักษาของโรคที่เป็น

11. ติดตามศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญและแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เวลาที่ถึง ER รพช. การวินิจฉัยเบื้องต้น ขนาดและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ เวลาที่เก็บ H/C และเวลาที่ให้ Antibiotic ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ สัญญาณชีพก่อนส่งต่อ MEWS แรกรับ และก่อนส่งต่อ กรณีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย MAP <65 mmHg ให้ vasopressor และปรับทุก 15 นาที จนค่าความดันโลหิตเฉลี่ย MAP  $\geq 65$  mmHg

## ประเมินผล

1. ได้รับการคัดกรองประเมินและวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว 3 นาที
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว 5 นาที ใช้เวลาทั้งหมดที่ รพช.1 ชั่วโมง 27 นาที
3. ระดับความรู้สึกตัว ซีมี เรียกถามตามคำสั่งได้ สัญญาณชีพก่อนส่งต่อ ความดันโลหิต 110/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย MAP 86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96-98%

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ผิวหนังเย็นชื้น
2. ซึม หัวใจเต้นเร็ว ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 88% อุณหภูมิร่างกาย 39.3 องศาเซลเซียส
3. ฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบ ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ผลตรวจภาพถ่ายรังสี = Intestinal infiltration both lung

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด  $\geq 88-92\%$  (ผู้ป่วย COPD)
2. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว ผิวหนังเย็นชื้น มีเหงื่อออก กระสับกระส่าย

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนประเมิน อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการขีด เขียว เนื่องจากอาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะเย็นชื้น
2. ทึ่มเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือและดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และระวังสายต่อออกซิเจน ไม่ให้หักพับงอ ระวังไม่ให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
3. ดูแล suction clear air way โดยใช้หลัก sterile technique ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งป้องกันการอุดตันของเสมหะ ลดภาวะพร่องออกซิเจนและป้องกันการติดเชื้อ
4. เฝ้าระวังติดตามวัดสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 15 นาที
5. ติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต่อเนื่อง keep  $\geq 88-92\%$

### การประเมินผลการพยาบาล

1. ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 96-98 %
2. ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจตามการช่วยหายใจได้ดีไม่ต่อต้าน

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 82/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) 60.6 อุณหภูมิร่างกาย 39.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที capillary refill time 3 sec MEWS Score 9
2. ซึม กระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นชื้น
3. WBC 15,300 cell/mm<sup>3</sup> Neutrophil 93 % Blood lactate 4.1 mmol/L

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิต  $\geq 90/60$  มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย  $\geq 65$  มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที capillary refill time < 2 sec
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หายใจเร็ว ผิวหนังเย็นชื้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr.

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เช่น ซึมสับสน หายใจเร็ว (tachypnea) ความดันต่ำ หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ผิวหนังเย็นชื้น เล็บมือเล็บเท้าเขียว capillary refill time > 2 sec ปัสสาวะออกน้อย



2. ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ MEWS (Modified Early Warning Scores) คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ให้ประเมินทุก 15 นาทีและให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย Sepsis มุ่งเป้า 1 Hour bundle

3. ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation อย่างทันเวลาภายใน 1 ชั่วโมง ชนิด 0.9% NSS 2,000 ml iv load in 30 min then iv drip 100 ml/hr ประเมินผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำรวดเร็ว เพราะเป็นผู้ป่วยสูงอายุ เตรียมเครื่องUltrasound ให้แพทย์ตรวจ IVC ประเมินการให้สารน้ำเกิน เช่น หายใจเร็วตื่น เหนื่อยหอบ ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ฟังเสียงปอดและติดตามผลภาพถ่ายรังสีที่ปอด

4. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine ( Levophed )4:100 iv drip infusion pump เริ่มให้ยา10 cc/hr และปรับเพิ่มตามความจำเป็นและติดตาม Blood pressure Keep MAP  $\geq 65$  mmHg รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิด Extravasation (ภาวะที่ยาหรือสารน้ำรั่วออกนอกหลอดเลือดโดยที่ยาหรือสารน้ำมีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อ ) บริเวณที่ให้ยาเพราะเป็นยา High Alert Drug หากเกิดให้หยุดยาทันที

5. ตรวจวัดชีพจร และ ความดันโลหิตทุก 5 นาที จนถึงระดับที่ต้องการ เมื่อความดันอยู่ในระดับคงที่ที่ต้องการคือ ความดันโลหิต  $\geq 90/60$  มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยMAP $\geq 65$  มิลลิเมตรปรอท หลังจากนั้นวัดทุก 15 นาที

6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm iv drip ภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากเก็บเลือดส่งเพาะเชื้อพร้อมกับส่งเอกซเรย์ข้างเคียงและอาการแพ้ยา

7. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและจดบันทึกปัสสาวะทั้งลักษณะ สี จำนวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน renal blood flow และติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต เฝ้าระวังภาวะไตวาย รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr หรือ 0.5 – 1 ml/kg./hr.

8. ติดตามผลตรวจ serum lactate เพื่อประเมิน tissue perfusion ภายหลังได้รับการดูแลตามมาตรฐาน sepsis 1 hour bundle.

#### การประเมินผลการพยาบาล

1. ความดันโลหิต 110/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 86 ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง96-98 % ปัสสาวะออก 100 ซีซีใน 1 ชั่วโมง

2. ระดับความรู้สึกตัว E3VTM6 ไม่มีกระสับกระส่าย ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ซีม E3VTM6
2. ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ
3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนรถพยาบาลเป็นระยะทาง 30 กม.

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่ซีมลงหรือสับสน
2. ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมไม่เลื่อนหลุด
3. ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด  $\geq 92\%$
4. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ เช่น อาเจียน แน่นหน้าอก ปลายมือเท้าเขียว ชีพจร มากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท และภาวะ Extravasation ปวดบวมแดงบริเวณที่ให้ยาหรือใกล้เคียง



## กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ต่างๆ ก่อนเคลื่อนย้าย
2. ประเมิน ABCD

ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดทำนอนราบ การดูดเสมหะและการดูแลท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ และยึดตรึงท่อให้มั่นคง เคลื่อนย้ายอย่างระมัดระวังโดยยึดตรึงท่อให้อยู่ตำแหน่งที่กำหนด และการให้ออกซิเจน การบีบ self inflating bag ช่วยการหายใจ ตรวจเช็คไม่ให้สายออกซิเจนหักพับงอ ดูแลระบบหายใจ การตรวจเช็คปริมาณ Oxygen tank ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด  $\geq 92\%$  ต่อเนื่อง ดูแลระบบไหลเวียนเลือด การตรวจเช็คความดันโลหิต ซีฟจรอย่างต่อเนื่อง ประเมินการตอบสนองการรู้สึกตัว ประเมิน GCS /Pupil ตามความเหมาะสมเป็นระยะๆ ประเมิน และบันทึกจำนวน ปัสสาวะ เพื่อประเมิน renal blood flow และติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต ตรวจเช็คการหยดของสารน้ำ และยาที่ให้ทาง หลอดเลือดดำเฝ้าระวังการเกิด Extravasation

3. เฝ้าระวังติดตามและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที หากคลำชีพจรเบาเร็ว วัดความดันโลหิตไม่ได้ ให้ปรับ อัตราการไหลของสารน้ำเพื่อแก้ไขภาวะ Shock และประสานกับโรงพยาบาลปลายทางเพื่อขอคำปรึกษา

4. ประสานงานขณะส่งรักษาด้วยระบบ telemedicine ติด Patient monitor
5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
6. ดูแลใกล้ชิดเฝ้าระวังการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

## การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่ซึมลง
2. ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไม่เลื่อนหลุด
3. ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 96-98%
4. ไม่มีภาวะ Extravasation ความดันโลหิต 126/65 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 100 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาเจียน แนนหน้าอก ไม่มีปลายมือเท้าเขียว

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. ญาติสอบถามอาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์บ่อยครั้ง

2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ญาติร้องไห้

## วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วย

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ไม่ร้องไห้
2. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกระบวนการรักษาและให้ความร่วมมือในแผนการรักษาของแพทย์

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยกิริยาวาจาที่สุภาพเป็นมิตร เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคและแผนการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติด้วย ภาษาที่เข้าใจง่ายเป็นระยะๆ เพื่อให้เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการรักษา
4. ให้กำลังใจญาติด้วยการพูดคุย สัมผัสเบาๆ เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นลดความวิตกกังวล
5. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทางและการซักถามของผู้ป่วยและญาติ

## การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ญาติไม่ร้องไห้ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

## สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 76 ปี เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและความดันโลหิตสูง 10 ปี หยุดสูบบุหรี่มา 5 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ ซีมลง แรกวันที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยซึมเรียกลืมตาทำตามคำสั่ง E3V5M6 กระสับกระส่ายหายใจเหนื่อย หอบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 82/50 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 39.3 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 88 % blood lactate 4.1 mmol/L , MEWS = 9 พยาบาลให้ระดับความรุนแรงเป็น resuscitate รายงานแพทย์ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย sepsis 1hour bundle อย่างเร่งด่วน ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยทุเลาหายใจเหนื่อย ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96-98 % E3VTM6 fluid resuscitated load NSS 2,000 cc. then rate 100 cc/hr. หลัง load ครบ ความดันโลหิต 90/52 mmHg MAP 64.6 ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ได้รับ vasopressor เป็น Levophed 4 : 100 iv drip 10 cc/hr. ความดันโลหิต 110/74 mmHg. MAP 86 mmHg. ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ได้รับ antibiotic cef-3 2 gm iv หลังจากเจาะเลือดทำการเพาะเชื้อ 2 ชนิด ใสสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสจำนวน 100 ซีซี อธิบายเรื่องอาการของโรคและแผนการรักษาความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับทราบมีส่วนร่วมตัดสินใจแนวทางการรักษา ปัญหาได้รับการแก้ไขผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อน ประสานโรงพยาบาลที่รับรักษา นำส่งผู้ป่วยไปรักษาต่ออย่างปลอดภัยติดตามอาการผู้ป่วยดีขึ้นสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วจำหน่ายให้กลับบ้านที่โรงพยาบาลชุมชนนาน 10 วัน

## วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนที่ต้องประเมินและให้การพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว หรือมารับบริการล่าช้า การคัดแยกจัดลำดับ การประเมินผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรก การใช้ MEWS เพื่อช่วยประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องเหมาะสมช่วยให้วินิจฉัยภาวะ Sepsis ได้เร็วที่สุด (Early recognition) ให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างทันที่ใน 1 ชั่วโมงแรก (Early resuscitation) รวมทั้งให้การดูแลรักษาและติดตามผลอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาหลังจาก 1 ชั่วโมงแรก (Early treatment) ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและอยู่ในภาวะวิกฤตเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว
2. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลและบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้เกิดการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีคุณภาพ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และลดอัตราเสียชีวิตได้
3. ทบทวนหรือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ทุกปีหรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจว่ามีการจัดการในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

## สรุป

โรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบบ่อยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเนื่องจากการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง การประเมินที่รวดเร็วและได้รับการรักษาตามมาตรฐานจะสามารถลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นบุคลากรที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตนี้ โดยจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกกระบวนการในการรักษา ตั้งแต่คัดแยกผู้ป่วยประเมินอาการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วย ตลอดจนจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมอย่างปลอดภัย

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1305720220831091702.pdf>. [cite2023 Sep 30]
2. กาญจนา ประเสริฐ. การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว. โยธรรสาร. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hciyasohos/article/view/344/160;2565> . [cite2023 Sep 29]
3. แสงโสม ช่วยช่วง. ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: View of Effects of using the assessment of the modified early warning signs (MEWS) in the assessment and monitoring change symptom of patients in cardiac catheterization lab, Trang hospital (tci-thaijo.org)
4. จุฬาลักษณ์ นุพอ, กางบัณฑิต สุรสิทธิ์, วรติมส์สุดา สมุทรทัย. การประเมิน NEWS (Nakornping early warning scores) ณ ห้องฉุกเฉินเพื่อทำนาย อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ.วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: View of Evaluation of a Nakornping Early Warning Scores (NEWS) at Emergency Department to predict 24 hours mortality of sepsis patients (tci-thaijo.org).
5. Christa Schorr. Surviving Sepsis Campaign hour-1 bundle. American Nurse. [online]. [cite 2023, Oct 10]. Available form: Today<https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2018/08/ant9-Sepsis-822a.pdf>.
6. ภูมินทร์ ดวงสุริยะ, กุลิสรา ขุนพิณีจ. เครื่องมือทำนายความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในห้องฉุกเฉิน.Thai Journal of Nursing. 2023. [online]. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/259629>.
7. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/index>.
8. ฉวีวรรณ พึ่งพันธ์ุ.การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://so60.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/254734/172048>
9. คณะกรรมการและอนุกรรมการ IV Care ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย . [online]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://w2.med.cmu.ac.th/nd/wp-content/uploads/2021/01/IVcomplication.pdf>.
10. กระทรวงสาธารณสุข.แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://fakthahospital.moph.go.th/images/PDF/HAD/norepinephrin-inj.pdf>.
11. โรงพยาบาลขอนแก่น.แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://em.kkh.go.th/DOWNLOAD2/kk\\_offline60.pdf.pdf](https://em.kkh.go.th/DOWNLOAD2/kk_offline60.pdf.pdf).
12. Healthwise staff.Oxygen Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).HealthLinkBC. [online]. [cite 2023, Oct 06]. Available form: <https://www.healthlinkbc.ca/illnesses-conditions/copd/oxygen-treatment-chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd>.
13. นาดยา บุญสุข. ผลการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลเกาะสมุย. วารสารมหาจุฬานาครธรรม์. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: View of THE EFFECT OF SEPSIS GUIDELINE FOR PATIENTS WITH SEPSIS IN KOH SAMUI HOSPITAL (tci-thaijo.org).

14. สาคร เสริญไธสง. ผลของการใช้ระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) ที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลโรงพยาบาลบ้านผือ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/213504/148528>.
15. รัชณี ผิวผ่อง. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะช็อก และอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ. มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://dspace.bru.ac.th/xmlui/handle/123456789/7873>.
16. Matteo G, Benedetta P, Alice EC, Martina M, Michele DS, Carlo C, Roberto DG. 2023 Update on Sepsis and Septic Shock in Adult Patients: Management in the Emergency Department. Journal of medical medicine. [online]. [cite 2023, Oct 10]. Available form: <https://doi.org/10.3390/jcm12093188>.
17. สมไสว อินทะชูป, ดวงพร โพธิ์ศรี, จิราภรณ์ สุวรรณศรี. ประสิทธิภาพการใช้ MEWS (SOS Score) ต่อการเกิด Severe Sepsis and Septic Shock ในผู้ป่วย Sepsis กลุ่มงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/159158/115140>.
18. ชอนกิลิน ชูจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/249667>.
19. ทิฏฐิ ศรีวิสัย, วิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/115993>.



## Nursing care of patient with urinary tract infection and septic shock : A case study

Pairin Kleebsuwan, D.N.S\*

### Abstract

**Introduction :** Urinary tract infection is an important cause that often causes shock from sepsis. This is a critical situation and has a high mortality rate. Nurses have an important role in ensuring that nursing care is provided to patients correctly and quickly according to guidelines, being able to assess health problems, patient needs, and manage changing symptoms. Nurses can diagnose nursing problems, closely monitor for changing symptoms, planning and providing care for nursing operations effectively in coordination with multidisciplinary team in caring for patients will keep patient safe from crisis situations

**Objective :** To provide nursing guidelines for patients with urinary tract infection and septic shock.

**Case study :** A 76-year-old Thai female patient with a history of hypertension and Alzheimer was admitted to the hospital due to fever and dysuria 2 hours prior to admission. The first visit at the emergency department, she had drowsiness consciousness. blood pressure 90/56 mmHg, Average blood pressure 63 mmHg, pulse rate 146 beats per minute, respiratory rate 24 breaths per minute and body temperature 39.4 degrees Celsius, oxygen concentration in blood 94%, MEWS score was 5, SIRS 3/4, blood lactate 3.8 mmol/L. CBC results found WBC 3,900 cell/min<sup>3</sup>, Neutrophils 93.6% and lymphocyte 6.0%. Urinary analysis found RBC over100 Cell/HPF WBC 1-2 Cell/HPF. The doctor diagnosed urinary tract infection with septic shock and provide treatment according to the guidelines for caring patients with bloodstream infections by giving fluids intravenously, RLS loading 1000 ml/hr the 100 ml/hr and injectable antibiotic 2 gm once daily for 3 days. Hemoculture results found Gram negative bacilli so the antibiotic injection was changed to Ceftazidime 2 gm every 8 hour. During the admission, there were 3 stages of nursing problems. The critical period, Patient had septic shock. The continuous term had urinary tract infection, fever and had other complication electrolyte imbalance and anemia due to decreased oxygen transporter associated with chronic illness and anxiety. Distribution period, deprived of knowledge of self-care at home. The various problems were resolved, keeping the patient from septic shock and complications. Total duration of hospital stay was 8 days.

**Conclusion :** Caring for patients with urinary tract infections who have septic shock. Nurses have a role in providing care, patients from the first stage received If the severity is assessed correctly and quickly, as well as continuous monitoring of signs and symptoms, especially in patients in septic shock. It will help provide timely medical treatment. Nursing care planning that can respond to changing symptoms at each stage of the disease results in patients being safe from shock, not experiencing serious complications, and surviving.

**Keywords :** Urinary tract infection, Septic shock, nursing care of patient with septicemia.

---

\*Professional registered nurse, Khanuworaluxburi Hospital, Kamphaengphet Province

## การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสโลหิต : กรณีศึกษา

ไพรินทร์ กลีบสุวรรณ, ป.พ.ส.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้บ่อย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและมีอัตราการเสียชีวิตสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็วตามแนวทางสามารถประเมินปัญหาสุขภาพความต้องการของผู้ป่วยและจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ติดตามเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด วางแผนและให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตได้

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี ประวัติโรคความดันโลหิตสูงและภาวะสมองเสื่อมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ปัสสาวะแสบขัด ก่อนมา 2 ชั่วโมง แกร็บที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัว ซึม ความดันโลหิต 90/56 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว อัตรา 146 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 39.4 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 94% MEWS score 5, SIRS 3 ใน 4 Blood lactate 3.8 mmol/L ผลตรวจ CBC พบว่า WBC 3,900 cell/mm<sup>3</sup> Neutrophil 93.6%, Lymphocyte 6.0% U/A พบว่า RBC over100 Cell/HPF WBC 1-2 Cell/HPF แพทย์วินิจฉัยโรค Urinary tract infection with septic shock ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ RLS loading 1,000 ml. then 100 ml/hr ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Ceftriaxone 2 gm iv OD เป็นเวลา 3 วัน ผล Hemoculture พบเชื้อ Gram negative bacilli จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Ceftazidime 2 gm iv q 8 hr ระหว่างรับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยปัญหาทางการพยาบาลที่พบมี 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตระยะต่อเนื่อง ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีไข้จากภาวะติดเชื้อในร่างกาย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่สมดุล มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากตัวนำออกซิเจนสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความวิตกกังวลในความเจ็บป่วย และระยะจำหน่าย พร่องความรู้ การดูแลตนเองที่บ้าน ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 8 วัน

**สรุปกรณีศึกษา :** การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต พยาบาลมีบทบาทในการดูแล ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ หากการประเมินความรุนแรงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตลอดจนการเฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยมีภาวะช็อก จะช่วยให้การรักษาพยาบาลได้ทันเวลา การวางแผนการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงแต่ละระยะการดำเนินโรคส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นจากภาวะช็อกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและรอดชีวิต

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะช็อก การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชาตุมงคลบุรี จังหวัดกำแพงเพชร



## บทนำ

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection : UTI) คือ โรคหรือภาวะที่เกิดจากอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะเกิดการอักเสบจากการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อแบคทีเรียโดยจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ การติดเชื้อจะเกิดขึ้นที่ใดก็ได้เช่น ไต กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อปัสสาวะและสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นได้ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ในลำไส้ของคนเราโดยกลไกการติดเชื้อแบคทีเรียดังกล่าวมีการเคลื่อนที่จากลำไส้ใหญ่มาบนเยื่อบริเวณส่วนนอกของรูท่อนจากนั้นเข้าสู่บริเวณช่องเปิดของท่อปัสสาวะ เข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ ท่อไตและไต ทำให้เกิดการติดเชื้อ นอกจากนี้แบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้ออาจมาจากกระแสโลหิต ในผู้ที่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิตนามาก่อน<sup>1</sup>และยังพบว่าในผู้ป่วยภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้สูงอายุ อาจมีการติดเชื้อสาเหตุร่วมด้วยได้หลายประเภท เช่นติดเชื้อราเชื้อไวรัส เป็นต้น<sup>2</sup> การรักษาส่วนใหญ่ต้องใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อช่วยฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ หากรักษาล่าช้าจะมีความรุนแรงของโรคมากขึ้นเกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septicemia) หรือเกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างรุนแรง (Severe sepsis) และนำไปสู่ภาวะช็อคโดยอาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่ง Septic shock เป็นภาวะช็อคที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต คือ การติดเชื้อที่เกิดที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกายเมื่อเกิดการติดเชื้อ ร่างกายของเราจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรค ทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome : SIRS) หากมีความรุนแรงมากอาจนำไปสู่ภาวะช็อคและทำให้การทำงานของอวัยวะภายในต่าง ๆ ล้มเหลว มีอันตรายถึงชีวิตได้<sup>3</sup> โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสาเหตุการตายจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 53,987, 60,366, 46,042 รายตามลำดับ<sup>4</sup> ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ รองลงมาเป็นติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ครอบครัวคลุ้มในรายที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและกลุ่มเสี่ยงสูง โดยมีแนวทางการรักษาและกระบวนการพยาบาลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม มีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วตามแนวทาง สามารถประเมินและจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย สามารถประเมินและติดตามต่อเนื่องรวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ต้องรายงานแพทย์ทันทีที่มีการวางแผนให้การพยาบาลอย่างถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้

โรงพยาบาลชาวนรลักษณ์บุรีเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตปี 2564-2566 จำนวน 327, 332, 313 ราย โดยพบว่าในจำนวนนี้ เป็นผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 316, 176, 243 ราย ซึ่งมีภาวะช็อค ร้อยละ 5.38, 9.66, 8.64 ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 5, 6, 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.36, 12.00, 5.36 ตามลำดับ<sup>5</sup> ซึ่งจากการทบทวนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ยังพบจุดอ่อนบางประการเช่นการขาดประสบการณ์ในแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลบรรจุใหม่ การใช้ Early warn sign for sepsis ของพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุมและมีความแตกต่างกันในทางปฏิบัติ รวมไปถึงการวินิจฉัยเพื่อให้ได้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง ยังมีความล่าช้า จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า นอกจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ยังพบว่าอัตราการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลแม่ข่ายคือ ร้อยละ 7.04, 9.20, 6.91 ตามลำดับ<sup>6</sup> การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี สถานภาพสมรสคู่ สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด 2 ชั่วโมงก่อนมา



### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล บัสสภาวะแสบขัด ปวดท้องน้อย ไม่มีไข้ ไม่มีท้องเสีย ไม่ได้รับการรักษาที่ไหน  
2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น และมีอาการบัสสภาวะแสบขัด ญาติให้รับประทานยาลดไข้ อาการไม่ทุเลา ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

อาการแรกรับที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึม เรียกไม่ตอบคำถาม Level of conscious ระดับ Drowsiness, E<sub>4</sub>V<sub>1</sub>M<sub>4</sub> ความดันโลหิต 90/56 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว 146 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว อัตรา 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 39.4 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 94% MEWS score 5, SIRS 3 ใน 4

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 ปี การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ดีและมีอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม มาประมาณ 1 ปี การรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา รับยาที่โรงพยาบาลชาวนวรัถลักษณ์ วิฉัยโรค Urinary tract infection with septic shock

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะสมส่วน น้ำหนัก 50 กก. ส่วนสูง 160 ซม. ค่า BMI 19.53

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 39.4 องศาเซลเซียส ชีพจรเบาเร็ว 146 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/56 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 94%

ผิวหนัง : ผิวคล้ำ เทียบเย็น เย็นชื้นที่ปลายมือปลายเท้า skin turgor 1+ ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะกลม ใบหน้าสมส่วน ไม่มีรอยโรค เส้นผมสีขาว หนึ่งศีรษะเป็นมัน ไม่มีรังแค ตาทั้ง 2 ข้าง มองเห็นปกติ เปลือกตาซีด ริมฝีปากแห้ง ไบหู จมูก ลำคอ ปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ ลักษณะสมมาตร ไม่มีอกบวม ฟังเสียงหายใจปกติ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ หัวใจเต้นเร็ว สัมพันธ์กับชีพจร อัตรา 146 ครั้ง/นาที ฟังเสียงหัวใจไม่มี murmur

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : หน้าท้องแบนราบ อ่อนนุ่ม คล้ำไม่พบตับ ม้ามโต ฟังเสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก : การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ motor power gr 4

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกตัว ซึม เรียกปลุกตื่น พูดคุยไม่ตอบ E<sub>4</sub>V<sub>1</sub>M<sub>4</sub>, pupil 3 mm. RTLBE

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติปัสสาวะได้เอง ปัสสาวะเล็ดเป็นบางครั้งมีอาการบัสสภาวะแสบขัด 1 วันก่อนมา อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สภาพจิตใจและสังคม : สิ้นใจไม่สุขสบาย หน้านี้ว้าวหมด ประเมินความเครียดด้วย Stress Test Questionnaire (ST5) ระดับสูง ขณะป่วยมีบุตรสาวดูแลให้ความช่วยเหลือ

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	16/05/66	21/05/66
CBC			
Hemoglobin	12.0-18.0 g/dl	11.5 g/dl	
Hematocrit	36.0-47.0 %	36.3 %	
RBC	4.5-6.0 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4.03 cell/mm <sup>3</sup>	
White blood cell	4.0-11.0 cell/mm <sup>3</sup>	3,900 cell/mm <sup>3</sup>	
Neutrophil	40.0-60.0 %	93.6 %	
Lymphocyte	20.0-40.0 %	6.0 %	



สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	16/05/66	21/05/66	
<b>Biochemistry</b>				
BUN	7.93-20.08 mg/dl	13.0 mg/dl	7.2 mg/dl	
Creatinine	0.51-0.95 mg/dl	1.24 mg/dl	0.85 mg/dl	
eGFR	-	56.12 ml/min/1.73 m <sup>3</sup>	84.64 ml/min/1.73 m <sup>3</sup>	
Sodium	136.0-145.0 mmol/L	132.0 mmol/L	139.1 mmol/L	
Potassium	3.50-5.10 mmol/L	3.40 mmol/L	3.48 mmol/L	
<b>Urine analysis</b>				
Protein Urine	Negative	1+		
Blood Urine	Negative	3+		
Leukocytes	Negative	Trace		
Urobilinogen	Normal	1+		
RBC	-	over100 cell/HPF		
WBC	-	1-2 cells/HPF		
Bacteria	-	few		
Hemoculture	-	Gram negative bacilli		
สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	16/5/66	16/5/66	17/05/66
		18.45 น.	21.45 น.	06.30 น.
Blood lactate	<2mmol/L	3.8	3.6	3.1

**CXR** : normal

**EKG** : Sinus tachycardia

### สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

16 พฤษภาคม 2566 แรกรับผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวซึมความดันโลหิต 90/50 mmHg อุณหภูมิกาย 39.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที On O<sub>2</sub> canular 5 LPM ค่า O<sub>2</sub> Saturation 94% On RLS 1000 ml rate 100ml/hr และได้ยา Epinephrine 4:250 iv drip 10 ml/hr โดยต่อเข้ากับเครื่อง Infusion pump ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD ให้ Elixir KCl 30 ml po 1 dose และ 5%D/NSS 1,000 ml iv drip 40 ml/hr ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมิน Urine Output 4 ชั่วโมงแรกออก 200 ml ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/52 – 120/60 mmHg อุณหภูมิกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่า O<sub>2</sub> Saturation 94-95 %

17 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยคู่อ่อนเพลียความรู้สึกตัวดี E4V3M4 อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่า O<sub>2</sub> Saturation 94-95% ยัง On O<sub>2</sub> canular 3 LPM รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะออกดีสีเหลืองเข้มเล็กน้อย

18 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ค่อยพูด ไม่ปวดท้องน้อย ผล Hemoculture พบ Gram negative bacilli แพทย์หยุดยา Ceftriaxone เปลี่ยนเป็น Ceftazidime 2 gm iv ทุก 8 hr

19 พฤษภาคม 2566 - 22 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าไม่ค่อยดี ไม่ค่อยพูด อุณหภูมิกาย ลดลงอยู่ในเกณฑ์ 36.8-37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบหยุดการให้ O<sub>2</sub> canular ค่า O<sub>2</sub> Saturation 95-96 %

23 พฤษภาคม 2566 แพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะปกติสีเหลืองใส ไม่มีอาการเสียดจําหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 8 วัน

## การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะต่อเนื่อง และการพยาบาลก่อนจำหน่าย  
การพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติให้ประวัติ ไข้ ถ่ายปัสสาวะ แสบ ชัด

O : ความดันโลหิต 90/56 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 146 ครั้ง/นาที  
อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 39.4 องศาเซลเซียส SIRS 3 ใน 4, MEWS score 5 ระดับความรู้สึกตัว Level of  
consciousness = Drowsiness

: Blood lactate 3.8 mmol/L, WBC 3,900 cells/mm<sup>3</sup>, Neutrophil 93.6%, Hemoculture พบเชื้อ Gram negative bacilli

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท  
อัตราการเต้นของชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95%
2. Blood lactate อยู่ในช่วง 1-5 mmol/L
3. ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มล./ 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย ซึมลง ไม่รู้สึกตัว  
ผิวหนังเย็นชื้น ซีด เขียวที่ปลายมือปลายเท้า capillary refill ที่เล็บมือเล็บเท้า นานกว่า 2 วินาที หรือไม่ อัตราชีพจรเบาเร็วกว่า  
100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจเร็วและลึกมากกว่า 24 ครั้ง/นาที หรือไม่ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด ทุก 15 นาที เมื่อค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือ  
เท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่จึงประเมินทุก 2 ชั่วโมงและ 4 ชั่วโมงตามลำดับ
3. ประเมิน MEWS Score ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน รายงานแพทย์ทันที
4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ได้แก่ O<sub>2</sub> cannular 3-5 LPM พร้อมทั้งติดตามประเมินค่าความ  
เข้มข้นออกซิเจนในเลือดไม่น้อยกว่า 95% บันทึกผลและรายงานแพทย์
5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm iv OD พร้อมทั้งติดตามสังเกตอาการที่  
เป็นผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ผื่น ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ RLS 1,000 ml iv loading then iv drip 100 ml/hr และยาแก้ไข  
ภาวะช็อกตามแผนการรักษา ได้แก่ Epinephrine 4:250 iv drip 10 ml/hr โดยต่อเข้าเครื่อง Infusion pump และใช้ความ  
ระมัดระวังขณะให้ยาทางหลอดเลือดดำอย่างเคร่งครัด ติดตามประเมินผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ หัวใจเต้นช้าไม่สม่ำเสมอ  
หายใจเร็ว ถ้าพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
7. ดูแลใส่สายสวนคาปัสสาวะและติดตามปริมาณปัสสาวะที่ออกใน 4 ชั่วโมง  $\geq$  100 ml. ถ้าพบว่าปัสสาวะออกน้อยลง  
บันทึกผลและรายงานแพทย์ทันที
8. ติดตามผลตรวจ Blood lactate และประเมินซ้ำใน 3 ชั่วโมงหลังตรวจแรก ถ้าพบว่าผลสูงขึ้นรายงานแพทย์ทันที

### การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย เท่ากับ 70 - 80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/52 – 120/52 มิลลิเมตรปรอท  
อัตราชีพจรเท่ากับ 90-100 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 94-95%
2. ผลตรวจ Blood lactate จากการเจาะซ้ำหลัง 3 ชั่วโมง เท่ากับ 3.6 mmol/L
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 100 มล. ใน 4 ชั่วโมง

## การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติให้ข้อมูลผู้ป่วยปัสสาวะแสบขัด

O : ผลตรวจ Urine analysis : RBC 100 ↑ cells/HPF, WBC 1-2 cells/HPF, Bacteria few

: มีไข้ หนาวสั่น อุณหภูมิร่างกาย 39.4 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์: เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิ เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ
2. ประเมินลักษณะปัสสาวะที่ออกจากสายสวนคาโดยดูลักษณะ สี และปริมาณ ถ้าพบปัสสาวะขุ่น มีมูกหรือตะกอน และปริมาณน้อยลง รายงานแพทย์ทันที
3. ดูแลความสะอาดร่างกาย โดยเน้นบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ทุกเช้า-เย็น การเทน้ำปัสสาวะจากถุงด้วยเทคนิคการปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด
4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน โดยในวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 แพทย์ปรับแผนการรักษาโดยให้ Cefazidime 2 gm IV ทุก 8 hr
5. วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 แพทย์ให้ถอดสายสวนคาปัสสาวะ หลังจากนั้นประเมินและสังเกตอาการปัสสาวะแสบขัด ปวดท้องน้อย ปัสสาวะลักษณะผิดปกติหรือไม่ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
6. แนะนำการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้ป่วยและญาติ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้าที่สวมใส่ การล้างมือก่อน – หลังจากเข้าห้องน้ำทุกครั้ง

### การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37 องศาเซลเซียส
2. ก่อนถอดสายสวนคา ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน หลังถอดขั้วถ่ายปัสสาวะปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีไข้จากภาวะติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติให้ข้อมูล มีไข้ หนาวสั่น ก่อนมา 2 ชั่วโมง

O : แกรับอุณหภูมิร่างกาย 39.4 องศาเซลเซียส ตัวร้อน ริมฝีปากแห้ง skin turgor<sup>1+</sup>

: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 3,900 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil 93.6%, Hemoculture พบเชื้อ Gram

negative bacilli, U/A พบ WBC 1-2 cells/HPF, RBC 100 ↑ cells/HPF, Bacteria few

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง

เกณฑ์การประเมินผล อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลง ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้ให้แก่ผู้ป่วย ดูแลห่มผ้าเพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่น
2. สังเกตอาการและอาการแสดงอื่นๆ ได้แก่ ผื่น ตาลีกลไหล ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ NSS 1,000 ml iv drip 40 ml/hr
4. ดูแลให้ไต่ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ได้แก่ Paracetamol (500) 1 tab po หลังให้ยาลดไข้ 30 นาทีประเมินอุณหภูมิร่างกาย ถ้ายังคงมีไข้รายงานแพทย์

5. ทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม และให้ความชุ่มชื้นของผิวหนัง พร้อมทั้งจัดให้นอนพักผ่อนโดยดูแลให้อากาศถ่ายเทสะดวก

6. วันที่ 18 พฤษภาคม 2566 แพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่เหมาะสมโดยเป็นอาหารอ่อนที่ย่อยง่ายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ

#### การประเมินผล

อุณหภูมิกายลดลงตามลำดับอยู่ในช่วง 37.5-37.8 องศาเซลเซียส แต่ยังมีอาการอ่อนเพลีย ก่อนจำหน่าย 24 ชั่วโมง อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.8-37 องศาเซลเซียส

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอิเล็กโทรลัยท์ที่ไม่สมดุล

**ข้อมูลสนับสนุน S :** อ่อนเพลีย ระดับความรู้สึกตัวซึม Level of conscious ระดับ Drowsiness

O : Biochemistry : Potassium 3.40 mmol/L, Sodium 132.0 mmol/L

: BUN 13.0 mg/dl, Creatinine 1.24 mg/dl, eGFR 56.12 ml/min/1.73 m<sup>3</sup>

**วัตถุประสงค์ :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโปแตสเซียมและโซเดียมในเลือดต่ำ

**เกณฑ์การประเมินผล :** 1. ไม่มีอาการกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก ชีพจรเต้นเบากว่าปกติ

2. ผล Biochemistry : Potassium 3.5-5.5 mmol/L, Sodium 135-145 mmol/L

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียม และโซเดียมต่ำ ได้แก่ ซึมลง คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก การหายใจผิดปกติ และหัวใจเต้นผิดจังหวะ

2. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง ในระยะแรกรับเมื่อสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวคงที่ปรับเป็นทุก 4 ชั่วโมง ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์

3. ดูแลให้ได้รับยา และสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ได้แก่ Elixir KCl 30 ml po 1 dose และ 5%D/NSS 1,000 ml iv drip 40 ml/hr

4. ประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายโดยบันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า-ออกจากร่างกายทุกเวร

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาประสิทธิผลของการรักษา

#### การประเมินผล

1. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก การเต้นของหัวใจ และชีพจรสัมพันธ์กับอัตรา 90-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจปกติ 20 ครั้ง/นาที

2. ผล Potassium 3.5 mmol/L, Sodium 139.1 mmol/L

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากตัวนำออกซิเจนสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

**ข้อมูลสนับสนุน S :** อ่อนเพลีย เหลือออกซิเจน

O : ผล CBC : Hemoglobin 11.5 g/dl, RBC 4.03 cell/mm<sup>3</sup> ต่ำกว่าค่าปกติ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะโลหิตจาง

**เกณฑ์การประเมินผล :** 1. ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ

2. ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตก หกล้ม

3. ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95%

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะซีด ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจตื้น ร่วงซึม ปลายมือปลายเท้าซีด

2. เฝ้าระวัง ติดตามประเมินสัญญาณชีพ และค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมง ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง ถ้าพบว่าผิดปกติรายงานแพทย์



3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ได้แก่ O<sub>2</sub> cannular 3-5 LPM
4. วันที่ 19 พฤษภาคม 2566 แพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ แนะนำญาติให้เสริมอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ไข่แดง นม ตับ ผักใบเขียว
5. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็น
6. ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยใส่ไม้กั้นเตียงตลอดเวลา จัดวางของใช้ข้างเตียงให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก และสอนญาติดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย

#### การประเมินผล

1. ลูกนั่งบนเตียงไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ
2. ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม
3. ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 95-96%

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในความเจ็บป่วย

**ข้อมูลสนับสนุน S :** ญาติถามอาการผู้ป่วยบ่อยๆ “จะหายไหม จะกลับบ้านได้เมื่อไร”

O : ประเมินความเครียดด้วย Stress test Questionnaire (ST5) ระดับสูง

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยและญาติ

**เกณฑ์การประเมินผล :** 1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้า ท่าทาง ผ่อนคลาย

2. ประเมิน Stress test Questionnaire (ST5) ระดับน้อย

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเครียดและวิตกกังวลเพื่อหาสาเหตุและวางแผนแก้ไขปัญหา
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค การดำเนินโรคและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้ข้อมูลได้ถูกต้องและเหมาะสม
3. อธิบายเรื่องโรค การดำเนินของโรค สาเหตุการเกิด และแนวทางในการรักษาพยาบาลด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย ชัดเจน เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้อง
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบคำถามอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย
5. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยการปลอบโยนแสดงความเห็นใจและไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง
6. สอนวิธีผ่อนคลาย ความวิตกกังวลด้วยการผ่อนคลายหายใจเข้า-ออก และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้พักผ่อนได้

#### การประเมินผล

1. สีหน้าของผู้ป่วยและญาติแจ่มใสมากขึ้น ท่าทางมีความผ่อนคลาย
2. Stress test Questionnaire (ST5) ก่อนจำหน่ายระดับน้อย (4 คะแนน)

#### ระยะก่อนจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** พร่องความรู้การดูแลตนเองที่บ้าน

**ข้อมูลสนับสนุน S :** ญาติสอบถามการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

O : ประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติพบว่า พร่องความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

- วัตถุประสงค์ :**
1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
  2. เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจมีความรู้และตอบวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยไม่กลับมาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะภายใน 28 วัน

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลและวิธีการปฏิบัติตน เพื่อวางแผนการสอน และให้คำแนะนำ
2. สอนความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสโลหิต สาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาการ แผนการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
3. ให้ความรู้ อากาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล อาการที่บ่งบอกการติดเชื้อ ได้แก่ ชีมี ไข้สูง หนาวสั่น หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น
4. แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างครบถ้วน
5. แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดและปลอดภัย ซึ่งให้เห็นความเสี่ยงที่จะกลับเป็นซ้ำและการเกิดอุบัติเหตุในวัยสูงอายุ
6. ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด
7. ให้ข้อมูลการมาตรวจตามนัดและแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้องและบอกได้ถึงการปฏิบัติตัวรวมถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยไม่ได้กลับมาอนซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี ประวัติโรคความดันโลหิตสูงและภาวะสมองเสื่อม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด ก่อนมา 2 ชั่วโมง อาการแรกเริ่มที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยซีมี E<sub>4</sub>V<sub>1</sub>M<sub>4</sub>, LOC ระดับ D ความดันโลหิต 90/56 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็วอัตรา 146 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 39.4 องศาเซลเซียส ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 94% MEWS score 5, SIRS 3 ใน 4, Blood lactate 3.8 mmol/L ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 3,900 cells/mm<sup>3</sup>, Lymphocyte 6.0%, Neutrophil 93.6%, U/A พบ RBC ↑ 100 cell/HPF, WBC 1-2 cell/HPF, Bacteria few แพทย์วินิจฉัยโรค urinary tract infection with septic shock แผนการรักษาตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ด้วยการให้สารน้ำ RLS 1,000 ml iv loading then 100 ml/hr ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดให้ Ceftriaxone 2 gm OD เป็นเวลา 3 วัน ผล Hemoculture พบเชื้อ Gram negative bacilli จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Ceftazidime 2 gm IV ทุก 8 hr ระหว่างรับไว้รักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงผู้ป่วยรู้สึกตัวดีมีภาวะออกซิเจนในร่างกายต่ำค่า O<sub>2</sub> Saturation 94% อัตราการเต้นของหัวใจ 90-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที On O<sub>2</sub> canula 3 LPM ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้รับยาต้านจุลชีพและมีการเปลี่ยนยาต้านจุลชีพทางเส้นเลือดดำ มีเกลือแร่ Na 132.0 mmol/L, Potassium 3.40 mmol/L ต่ำ ได้รับการรักษาเกลือแร่จนอยู่ในระดับปกติ สามารถหย่าการให้ออกซิเจน cannular ได้วัด O<sub>2</sub> Saturation 96% หลังการรักษาผู้ป่วยไม่มีไข้ หายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่ปวดท้องน้อย ปัสสาวะปกติไม่มีแสบขัด ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีการนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ รวมทั้งปัญหาสุขภาพเดิมคือความดันโลหิตสูง จึงส่งข้อมูลให้ทีมการพยาบาล ชุมชนติดตามดูแลต่อไป รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน

## วิจารณ์

ผู้ป่วยกรณีศึกษาประวัติโรคความดันโลหิตสูง และภาวะสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพเดิมและพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม จากสูงวัยและการรับรู้อาการโรค จึงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและส่งผลต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ ตรงตามความรู้โรคที่อธิบายว่า การติดเชื้อในกระแสโลหิตมักเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่รุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอาจมีเชื้อสาเหตุที่เป็นแกรมลบ ซึ่งทำให้เกิดความรุนแรงและภาวะช็อกได้ สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา ซึ่งมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่า มีความครอบคลุมสภาพปัญหา และปฏิบัติได้ทัน

ต่อระยะดำเนินโรค จะเห็นว่าการประเมินความรุนแรงได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early detection) ด้วยการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีประสิทธิภาพสูงในการดูแลผู้ป่วยภาวะช็อก<sup>7</sup> จึงทำให้การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลได้ทันเวลา ตลอดจนการติดตาม เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้แก้ไขปัญหากจากภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทุเลาและฟื้นสภาพได้ดี จากผลลัพธ์จากการพยาบาล จะเห็นว่า พยาบาลใช้บทบาทหน้าที่และความชำนาญด้วยการปฏิบัติงานติดตาม เฝ้าระวัง และตัดสินใจเฉพาะหน้าที่ในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบได้ตรงตามมาตรฐานการพยาบาล<sup>8</sup> จึงทำให้การบริการพยาบาลบรรลุเป้าหมายและก่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบการพยาบาลด้วยการทบทวนกระบวนการพยาบาลอยู่เสมอและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีความรู้ และวิธีการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งจะเป็นการลดภาระโรคและค่าใช้จ่าย

### สรุป

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มอุบัติการณ์สูงขึ้น ก่อให้เกิดภาวะการดูแลและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญและเป็นแกนในทีมสุขภาพที่ช่วยในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน ช่วยลดอัตราการตายและผู้ป่วยปลอดภัย องค์ความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษานี้สนับสนุนให้การบริการพยาบาลสามารถนำไปขยายผลการพัฒนาเพื่อการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐยา ระวิงทอง. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.imb.moph.go.th/My PDF/nattaya.pdf>
2. พรพรรณ กุ๊มานะชัย. ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก; 2557.
3. อังคณา เกียรติมานะโรจน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(9):27-43.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2564-2566 กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาอายุรกรรม. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ Community acquired และ Hospital acquired (รวมA40.0-A41.9). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://shorturl.asia/Wxft>
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลชาวนครราชสีมา. เอกสารประกอบรายงานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อในโรงพยาบาลชาวนครราชสีมา [โปรแกรมสำเร็จรูป HOSxP]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566] .
6. โรงพยาบาลชาวนครราชสีมา. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบ 2/2565. กำแพงเพชร : มปท. (เอกสารอัดสำเนา);2565.
7. วิจิตรา กุสุมภ์. การจัดการผู้ป่วยภาวะช็อก :แบบองค์รวม (CRITICAL CARE NURSING: A HOLISTIC APPROACH. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์;2556.
8. กองการพยาบาล. กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. กรุงเทพฯ:สื่อตะวัน;2561.



## Palliative nursing care for patients with end-stage kidney failure : A case study

Kawalee Sangthep, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** End-stage kidney failure is the gradual loss of kidney function that are unable to filter waste from the body. It causes of physical illness, mental illness, social illness, and spiritual illness. Nursing in patients with end-stage kidney failure have to be used a multidisciplinary team for manage palliative care plan and continuous home visit that response to needs and beliefs of patient and caregivers. Aims to patients rest in peace at home in the end of life and caregivers have a good quality of life.

**Objective :** To provide effective palliative nursing care for patients with end-stage kidney failure.

**Case study :** A female 76 year old had a dyspnea and orthopnea about 2 hours before hospitalize that was admit at ward of Pangsilathong Hospital by physician. At first physical examination found that body temperature is 36.5 degrees Celsius, pulse is 70 times/minute, respiratory rate is 28 times/minute, blood pressure is 150/78 mmHg and oxygen saturation is 90% in room air. Chest x-ray found that blunt costophrenic angle and pulmonary edema. Estimated Glomerular Filtration Rate is 3.31. Physician's diagnosis is End-stage kidney failure with volume overload. Nursing management has three steps. In the first step is a period of crisis that is dyspnea, orthopnea, electrolyte imbalance and a risk of stroke due to high blood pressure from excessive water and loss of kidney function. Nursing care and treatment is oxygen mask with bag 10 LPM, diuretics drug, hypertensive drug, Mineral solution and surveillance for complications. The patient and family refused to be endotracheal tube intubated and resuscitate but request for palliative care. Evaluation of the Palliative performance scale is 40% that is the transition period. Coordinate the multidisciplinary palliative care team was done. In the second step is a recovery period, patient complain that stomach ache and recipe medicine for relieve the symptoms. Later dyspnea improved that nursing care changed to canular oxygen 3 LPM and no complications. In the third step is a plan of discharge that nursing is promoting knowledge about the disease, management of suffering symptoms, knowledge about eating, using an oxygen therapy at home, preparation of the house environment, monitoring symptoms at home until the patient dies peacefully at home.

**Conclusion :** In the case study of patient with end-stage kidney failure who is on palliative care show that coordinating a multidisciplinary team to provide palliative care, a family meeting and receiving care according to the advance care plan is necessary for protect complications. Patient and family is satisfied nursing care with evaluation score was 92%. In the finally patient have happiness at the end of life and died peacefully at home with performing rituals according to the beliefs of the Hmong culture.

**Keywords :** End-stage kidney failure Palliative care

---

\*Registered Nurse, professional level, Pangsilathong Hospital, Kamphaeng Phet Province

## การพยาบาลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา

เกวลี สังเทพ, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคไตวายระยะสุดท้ายมีความเสื่อมของไตที่ไม่สามารถกรองของเสียออกจากร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายคือการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลแบบประคับประคอง การตอบสนองความต้องการ ความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 76 ปี 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ แพทย์ให้นอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลปางศิลาทอง แรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150 /78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 90% room air, Chest X-ray : Blunt costophrenic angle, pulmonary edema, eGFR 3.31 [Stage5] แพทย์วินิจฉัย ESRD with volume overload ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะพักฟื้นและระยะวางแผนจำหน่าย ในระยะวิกฤตปัญหาที่สำคัญ คือมีภาวะหายใจเหนื่อยจากน้ำเกินในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ มีภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่และเสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกจากความดันโลหิตสูง ดูแลให้ออกซิเจน mask c bag 10 LPM ยาขับปัสสาวะ ยาปรับสมดุลเกลือแร่ ยาลดความดันโลหิตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ ขอดูแลแบบประคับประคอง ประเมิน Palliative performance scale 40% คือระยะเปลี่ยนผ่าน ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลแบบประคับประคอง ระยะพักฟื้นมีอาการปวดจุกแน่นท้องได้รับยาบรรเทาอาการทูลา ต่อมาอาการเหนื่อยดีขึ้นเปลี่ยนเป็น ให้ออกซิเจน canular 3 LPM ไม่มีภาวะแทรกซ้อน วางแผนการจำหน่ายโดยส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ส่งเสริมทักษะความรู้เรื่องการรับประทานอาหารและการใช้เครื่องผลิตออกซิเจนที่บ้าน การจัดเตรียมบ้านและสภาพแวดล้อม การติดตามอาการที่บ้าน จวบจนผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

**สรุป** กรณีศึกษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ความสำคัญ คือ การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลแบบประคับประคองทำ family meeting กับครอบครัวและได้รับการดูแลตาม advance care plan ที่วางไว้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจบริการของครอบครัวร้อยละ 92 ผู้ป่วยได้กลับไปใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อของชาวม้ง

**คำสำคัญ :** โรคไตวายระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

## บทนำ

โรคไตเรื้อรังทั่วโลกพบการเสียชีวิตจากโรคไตมากถึง 1.4 ล้านคน ใน ค.ศ. 2019 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ 1 ใน 10 ของโลก ประเทศไทยสถานการณ์โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นและ ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายปี 2561, 2562, และ 2563 อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร ร้อยละ 14.93, 17.41, และ 16.49<sup>1</sup> โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะการสูญเสียความสามารถในการทำงานที่กรองของเสียของหน่วยไตแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามอัตราการกรองของเสียของไตจนเกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต คือ ระยะที่ 5 eGFR น้อยกว่า 15 มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย การรักษาโรคไตระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การบำบัดทดแทนไต และ 2) การรักษาแบบประคับประคอง<sup>2</sup> การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) คือ การดูแลที่มุ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเผชิญกับการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตดีขึ้น โดยเน้นการควบคุมและจัดการอาการรบกวนที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งทางอาการทางร่างกายจิตใจ ปัญหาทางจิตวิญญาณ ปัญหาทางสังคม ตั้งแต่วินิจฉัยโรจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต การพบประชุมครอบครัว (family meeting) เป็นการวางแผนการดูแลเพื่อค้นหาความต้องการ ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย<sup>3</sup>

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลปางศิลาทองในปี 2563, 2564, และ 2565 มีจำนวนผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จำนวน 16, 25, และ 16 ราย นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตมีจำนวน 7 ราย, 12 ราย และ 16 ราย สูงขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองคิดเป็นร้อยละ 14.28, ร้อยละ 25 และร้อยละ 31.25 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและจากการทบทวนยังไม่มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายเป็นแนวทางเดียวกัน

ทักษะความเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองและการพบประชุมครอบครัว (family meeting) มีแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) โดยต้องประเมินปัญหาความต้องการผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทุกมิติ สื่อสารการดูแลประสานสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต จำนวน 1 ราย ได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีและใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขหรือจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี<sup>3</sup> การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงชาววัง อายุ 76 ปี มีความเชื่อถือในสิ่งศักดิ์สิทธิ์และผี ใช้ภาษาวัง - เมี้ยน หรือภาษาแม่ - ย่า ประเพณีในการรักษาพยาบาลตามแบบภูมิปัญญาเดิม เช่น การรักษาการเจ็บป่วยด้วยยาสมุนไพร และการเลี้ยงผี<sup>4</sup> สถานภาพคู่ รั่วไว้ที่ตักผู้ป่วยในโรงพยาบาลปางศิลาทอง วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 รวมวันนอน 3 วัน

## อาการสำคัญ

หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

## ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมา ปัสสาวะออกน้อย หลังทำเริ่มบวม ไม่ได้รักษาที่ไหน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ไม่ได้รักษาที่ไหน สามิได้นำส่งโรงพยาบาล

## ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นความดันโลหิตสูงมา 12 ปี ประวัติการรับยาไม่ต่อเนื่อง รักษาตามความเชื่อโดยใช้สมุนไพรต้มดื่ม

## การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 35 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร BMI = 15.56 kg/m<sup>2</sup> สัญญาณชีพ BT= 36.5°C PR= 70 /min regular RR= 28/min BP= 150 /78 mm.Hg

ระบบประสาท : พูดคุย ตอบคำถามได้สื่อสารภาษาวัง ไม่สับสน รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล E4M6V5 GCS=15  
กะเนน pupil 3 min React to light both eyes Motor power เกรด 5



ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีฟกช้ำ ไม่มีผื่นคัน ผิวแห้ง mild skin turgor

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำ แชมพูขาว ศีรษะไม่มีบาดแผล ลำคอคล้ำไม่พบก้อน ตา 2 ข้างสมมาตรกัน มองเห็นได้ชัด เปลือกตาไม่ซีดทั้ง 2 ข้าง ไบหู จมูก ปาก มีแก้มตอบ อ้าปากหุบปากได้ปกติ ก้มเงย และเอี้ยวศีรษะได้

ทรวงอกและการหายใจ : หายใจเหนื่อยหอบ 28 ครั้งต่อนาที เสียงการหายใจ crepitation both lung ค่า O2 sat room air 90 % on oxygen 99% หน้าอก เท่ากันทั้งสองข้าง คล้ำไม่พบก้อน

หัวใจและหลอดเลือด : ชีพจร 70ครั้ง/นาที regular ไม่มีเส้นเลือดดำโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : คล้ำทั่วหน้าท้องเล็กน้อย pain 5 คะแนน เมื่อกดแน่นตั้งบริเวณใต้ลิ้นปี่ เคาะโปร่ง คล้ำไม่พบก้อน การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ถ่ายอุจจาระปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะออกได้เองสีเหลืองเข้ม

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ขาและเท้าบวมกดบวม<sup>2+</sup>

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม : สิ้นหวังวิตกกังวล รับรู้การเจ็บป่วย อาศัยอยู่กับสามี 2 คน สามีสูงอายุมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง มีบุตรทั้งหมด 11 คน บุตรทำงานต่างจังหวัด มีปัญหาเรื่องผู้ดูแล

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

วันที่ 29 เมษายน 2566 Chest X-ray : Blunt costophrenic angle, pulmonary edema

วันที่ 29 เมษายน 2566 Sodium 131.3 mmol/L, Chloride 92.9 mmol/L, tCO<sub>2</sub> 12.0 mmol/L, Phosphorus 8 mEq/L, Calcium 5.6 mEq/L, Magnesium 1.8 mEq/L, Bun 125.4 mg/dl, Creatinine 10.21 mg/dl, eGFR 3.31 [Stage5] การวินิจฉัยของแพทย์ ESRD with volume overload

#### การดำเนินของโรคขณะรับไว้ในความดูแล

วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2566 : ผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง มีหายใจเหนื่อยหอบ สีหน้าอ่อนเพลียทานอาหารได้น้อย 5-6 คำ/มื้อ ใส่ออกซิเจน mask c bag 10 LPM ตลอดเวลา Lung Crepitation BL เท้า 2 ข้างบวมกดบวม<sup>2+</sup> นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยกับญาติ ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ ขอดูแลแบบประคับประคอง สัญญาณชีพ T 36.5°C BP 150/78 mmHg, P 70/min R 28/min mild retraction SpO<sub>2</sub> 90-92% RA SpO<sub>2</sub> 99% ขณะใส่ออกซิเจน mask c bag 10 LPM PPS score 40% Intake 50 ml Output 400 ml

วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2566 : ผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง อยากกลับบ้าน สามีจะได้ไม่ต้องลำบากเฝ้าตัวเอง ถ้าอยู่บ้านยังมีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือ และตอนนี้มีลูกสาวที่เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ทำงานที่กรุงเทพมหานครจะกลับมาช่วยดูแลตนและสามี ผู้ป่วยเวียนศีรษะ มีหายใจเหนื่อยหอบเป็นพักๆ สีหน้าอ่อนเพลีย กังวล มีน้ำตาคลอ สลับกับร้องไห้เป็นพักๆ หลังจากคุยโทรศัพท์กับบุตรชายและบุตรสาว ทานข้าวได้ 5-6 คำ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน มีปวดจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ หลังทานข้าวญาติเอาน้ำพริกมาฝาก สัญญาณชีพ T 36.7°C BP 167/110 mmHg. P 100/min R 22/min SpO<sub>2</sub> 90-92% RA SpO<sub>2</sub> 96-97% ขณะใส่ O<sub>2</sub> canular 5 LPM Lung Crepitation BL EKG 12 Lead ผล normal Trop I ผล negative Intake 100 ml Output 800 ml เท้า 2 ข้างบวมกดบวม<sup>1+</sup>

วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 : ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าอ่อนเพลีย เบาเหนื่อย เบาจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีน้ำตาคลอ สามีต้องการพาผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านตามความเชื่อของชาวม้ง สัญญาณชีพ T 36.4°C BP 147/97 mmHg, P 94/min R 22/min no retraction SpO<sub>2</sub> 96 % ขณะใส่ O<sub>2</sub> canular 3 LPM spo<sub>2</sub> 92 % RA Lung Crepitation เท้า 2 ข้างยุบบวมกดไม่บวม เตรียมเครื่องผลิตออกซิเจน เพื่อให้ผู้ป่วยยืมกลับบ้าน Intake 150 ml Output 800 ml

วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 : ผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่น ไม่มีเหนื่อยหอบ สามีและบุตรสาวอยู่ข้างเตียงตลอด มีความต้องการพาผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่บ้านตามความเชื่อชาวม้ง และบุตรสาวสามารถใช้เครื่องผลิตออกซิเจนได้ บุตรสาวแจ้งว่าผู้ป่วยบ่นร้อนแลยติดแอร์ที่ห้องให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้นกล่าวคำขอบคุณทุกครั้งที่ได้เข้าไปตรวจเยี่ยมอาการ พร้อมพาผู้ป่วยกลับบ้าน คะแนนความพึงพอใจบริการของครอบครัว ร้อยละ 92 สัญญาณชีพ T 36.5°C BP 133/82 mmHg P 88/min R22/min SpO<sub>2</sub> 92% RA SpO<sub>2</sub> 96 % ขณะใส่ O<sub>2</sub> canular 3 LPM PPS score 40% off Cath ปัสสาวะออกเอง 100 ml เท้า 2 ข้างยุบบวมกดไม่บวม Intake 50 ml Output 300 ml

## การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะหายใจเหนื่อยจากน้ำเกินในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่

### ข้อมูลสนับสนุน

1. หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที mild retraction SpO<sub>2</sub> 90% Room Air
2. Lung Crepitation BL เท้า 2 ข้างบวมกดบวม 2+ นอนราบไม่ได้
3. Creatinine 10.21 mg/dl BUN 125.4 mg/dl eGFR 3.31 stage 5
4. ผล CXR = Blunt costophrenic angle, pulmonary

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน

### เกณฑ์การประเมิน

1. นอนราบได้ เท้า 2 ข้าง no petting edema
2. ฟังปอด ไม่พบเสียง crepitation
3. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ RR 20 – 24 ครั้ง/นาที SpO<sub>2</sub> ≥ 95%
4. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงภาวะขาดออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว

### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยนอนหงายศีรษะสูงประมาณ 45 องศา ชั้นเข้าและงอสะโพกมือและเท้าปล่อยตามสบาย ทำนี้จะทำให้อวัยวะในช่องท้องและกระบังลมหย่อนตัวทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ซึ่งจะมีผลทำให้อากาศภายนอกเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น และการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถุงลมก็จะดีขึ้น

2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา คือ ให้ On mask c bag 10 LPM จำนวน 10 ลิตร/นาที
  - 2.1 ดูแลไม่ให้สายยางหัก พับงอ
  - 2.2 นำในกระบอกน้ำต้องอยู่ในระดับ ¾ ของกระบอก เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ ทางเดินหายใจ
  - 2.3 แนะนำผู้ป่วยและญาติคอยดูแลดูลูกกลอย (ปรอทในแทงก์แก้ว)ให้อยู่ในระดับเลข 10 เสมอ
  - 2.4 แนะนำผู้ป่วยและญาติถึงผลเสียของการให้ออกซิเจนจำนวนมากๆ อาจเกิดพิษของออกซิเจน ผู้ป่วยอาจหยุดหายใจและทำให้เสียชีวิตได้

3. ติดตามประเมินอาการด้วยสัญญาณชีพและซักถามทุก 15 - 30 นาที สังเกตอาการ hypoxia ก่อนเข้าสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้แก่มีหายใจเหนื่อย RR>26/min, Spo<sub>2</sub> ≤ 94 % หรือลดลง >3% ใช้ muscle retraction ให้รายงานแพทย์ทันที

4. ดูแลให้ยา Furosemide 160 mg iv drip in 30 mins q 8 hr เผื่อระวังผลข้างเคียงจากการได้ยาขับปัสสาวะ คือ มือสั่น ปากแห้ง หนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น ติดตามค่า electrolyte ติดตามค่าความดันโลหิตหลังจากได้รับยา ทุก 15-30 นาที ถ้าพบ SBP ต่ำกว่า 90 mm.Hg DBP ต่ำกว่า 60 mm.Hg ให้รายงานแพทย์ทันที

5. ให้ญาติควบคุมจำกัดน้ำ บันทึกปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง

6. ฟังปอดทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามเปรียบเทียบและประเมินเสียงในทางเดินหายใจ

7. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมอย่างช้าๆ บนเตียงและมีการหยุดพักระหว่างปฏิบัติกิจกรรมโดยมีญาติดูแลใกล้ชิด ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้สะอาด โดยการปฏิบัติ Complete bed bath ทุกวัน เช้า-เย็น

8. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายและการดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิ การฝึกหายใจ โดยให้ผู้ป่วยฝึกหายใจไปพร้อมกับพยาบาล และพูดบอกลบโยนให้ผู้ป่วยหายใจช้าลง และพูดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยว่าพยาบาลจะอยู่กับผู้ป่วยเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่มีเหงื่อออก ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ตัวเย็น ฟังปอดพบเสียง crepitation เท้า 2 ข้างบวมกดบวม 1+ BP 126/83 mmHg P96/min R24/min Spo<sub>2</sub> 90% RA SpO<sub>2</sub> 99 % ปรับใส่ O<sub>2</sub> canular 5 LPM Intake 100 ml Output 800 ml

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ ข้อมูลสนับสนุน

1. วันที่ 29 เมษายน 2566 ผล Electrolyte พบค่า Na 131.3 mmol/L, chloride 92.9 mmol/L, phosphorus 8 mEq/L, Magnesium 1.8 mEq/L, Calcium 5.6 mEq/L, tCO<sub>2</sub> 12.0 mmol/L, Creatinine 10.21 mg/dl, BUN 125.4 mg/dl eGFR 3.31 stage

2. รูปร่างผอม รับประทานอาหารได้น้อย 5-6 คำ อ่อนเพลียผิวหนังแห้ง mild skin turgor น้ำหนักตัว 35 กิโลกรัม BMI 15.56 kg/m<sup>2</sup>

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

### เกณฑ์ประเมิน

1. Serum Na 135-148 mmol/L, chloride 98 -107 mmol/L, tCO<sub>2</sub> 22-29 mmol/L, phosphorus 2.5-4.5 mEq/L, Magnesium 1.9-2.5 mEq/L, Calcium 8.8-10.6 mEq/L

2. ไม่เกิดอาการ และอาการแสดงของภาวะ Hyponatremia เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชีวมลง สับสน ชัก หมดสติ เป็นต้น Hypomagnesemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็งกระตุก สั่น ชักเกร็ง เป็นต้น, Metabolic acidosis เช่น หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก Hyperphosphatemia เช่น เป็นตะคริว ชารอบปาก มือจับเกร็ง เป็นต้น Hypochloremia เช่น มือสั่น หายใจหอบลึก เป็นต้น

3. รับประทานอาหารได้มากขึ้น จากเดิม 5-6 คำ/มื้อ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ และเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ และระดับความรุนแรงของภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ เช่น ริมฝีปากแห้ง อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง

2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyponatremia เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชีวมลง สับสน ชัก หมดสติ เป็นต้น, Hypomagnesemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็งกระตุก สั่น ชักเกร็ง เป็นต้น, Metabolic acidosis เช่น หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก เป็นต้น, Hyperphosphatemia เช่น เป็นตะคริว ชารอบปาก มือจับเกร็ง เป็นต้น, Hypochloremia เช่น มือสั่น หายใจหอบลึก พบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลให้รับประทานยา Calcium carbonate 1,250 mg. เม็ด 1x1 po pc เข้า หลังอาหารทันที

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เป็นอาหารอ่อน 3 มื้อ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเปิดโอกาสให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบทานมาให้ขณะนอนโรงพยาบาลรับประทานที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง

5. กระตุ้นความอยากอาหารโดยจัดให้มีลิ้น มีกลิ่นที่ผู้ป่วยชอบเน้นอาหารที่ให้พลังงานสูงในปริมาณที่น้อย (High energy density food) ปรับชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับโรคและผลไม้เช่นกล้วย อาโวคาโด กล้วยพีชเติมเมล็ด นมถั่วเหลือง เป็นต้น แบ่งอาหารเป็นมื้อเล็กๆ 5-6 มื้อต่อวัน

6. ประสานงานนักโภชนาการ ปรับเพิ่มคุณค่าสารอาหารเพื่อเสริมสร้างร่างกายและให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานจากสารอาหารที่เหมาะสมกับโรค

7. บันทึก Intake /Output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกายและติดตามผล LAB Electrolyte ถ้ามีการสังเกต

### ประเมินผล

ผู้ป่วยยังคงอ่อนเพลีย ผิวหนัง mild skin turgor ริมฝีปากชุ่มชื้นขึ้น วันที่รับประทานข้าวต้มได้เกือบหมด ¼ ของถาด จากเดิมได้ 5-6 คำ/มื้อ และรับประทานอาหารนมบั้งได้ 1 ช้อน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ petting edema 1+ วัดค่า O<sub>2</sub> sat 90 - 92% RA และ 96-97% ขณะให้ O<sub>2</sub> canular 5 LPM RR 22-24 /min P 90 -110 /min BP 140/90 mmHg ค่า Intake / output =150/800 ml น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเท่าเดิม 35 กิโลกรัม

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกจากความดันโลหิตสูง

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีนเวียนศีรษะ
2. Case ESRD with volume overload BP 167/110 mmHg P 100/min

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

#### เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว อาเจียน ซาไปหน้า มุมปากและหนังตาด้านใดด้านหนึ่งตก แขนขาอ่อนแรง ประเมินจาก Glasgow coma score, motor power
2. ระดับความดันโลหิต SBP 140-150 mmHg DBP 90-100 mmHg ตามแผนการรักษาของแพทย์

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติร่วมติดตามเฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงเรื่องภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว อาเจียน ซาไปหน้า มุมปากและหนังตาด้านใดด้านหนึ่งตก แขนขาอ่อนแรง ควรแจ้งพยาบาลทันที
2. อธิบายญาติเพื่อร่วมติดตามเฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงเรื่องภาวะเส้นเลือดในสมองแตก
3. แนะนำหรือสอนให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ด้วยการใช้ยาเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูง แจ้งชื่อยา สรรพคุณ การออกฤทธิ์ ขนาด วิธีการใช้ยา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
3. ดูแลให้ได้รับยาลดระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์ Hydralazine 50 mg 2x2 oral bid pc, Amlodipine 5 mg 1x2 oral bid pc
4. แนะนำเรื่องอาหารควรหลีกเลี่ยง ที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมปริมาณมาก คือปริมาณโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวันหรือเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชาหรือน้ำปลาได้ไม่เกินวันละ 3 ช้อนชา เช่น อาหารสำเร็จรูป อาหารแปรรูป อาหารปรุงแต่ง ผงชูรส อาหารกระป๋อง อาหารตากแห้ง ขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ เป็นต้น
5. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ ไม่มีสิ่งรบกวน แนะนำญาติดูแลใกล้ชิด

#### ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีปวดศีรษะมาก ไม่มีตาพร่ามัว ไม่อาเจียน ไม่ซาไปหน้า ไม่มีมุมปากและหนังตาด้านใดด้านหนึ่งตก ไม่พบอาการ /อาการแสดง ของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงเรื่องภาวะเส้นเลือดในสมองแตก motor power เกรด 5, Glasgow coma score E4V5M6 pupil 3 min React to light both eyes BP 137/84 mmHg P86/min

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดจุกแน่นท้อง

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก ปวดจุกแน่นท้องได้ลึนปี หลังทานข้าวญาติเอาน้ำพริกมาฝาก
2. Case ESRD with volume overload abdomen soft tenderness ได้ลึนปี เคาะโปร่ง pain score 5 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ไม่ปวดท้อง นอนพักได้ ไม่กระสับกระส่าย

เกณฑ์ประเมิน ผู้ป่วยทุเลापวด pain score  $\leq$  3 คะแนน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดจากการซักถามและการสังเกตสีหน้า โดยใช้ แบบประเมิน Pain scale
2. ทำ EKG 12 Lead และเจาะ Lab Trop I ติดตามผล ทำเพื่อแยกจากอาการและอาการแสดงของภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบ
3. ดูแลให้ยาแก้ปวด Simethicone 80 mg เม็ด 1x3 po pc เพื่อบรรเทา อาการปวดจุกแน่นท้อง
4. แนะนำการรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รสชาติจืด
5. แนะนำการจัดทำนั่งหลังการรับประทานอาหารประมาณ 1 ชั่วโมงเพื่อส่งเสริมการย่อยอาหาร

## ประเมินผล

ผู้ป่วยนอนพักได้ ทุเลาปวดจุกแน่นท้อง รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีหน้ามืดวิงเวียน Pain score 3 คะแนน EKG 12 Lead ผล normal, Trop I ผล negative

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินและพยากรณ์ของโรค

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยพูดภาษาแม่ ต้องให้คนในครอบครัวสื่อสาร มีหน้าตาคลอ สลับกับร้องไห้เป็นพักๆหลังจากคุยโทรศัพท์กับ บุตรชายและบุตรสาว ยังตอบไม่ได้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะปฏิบัติตัวอย่างไร
2. eGFR 3.31 [Stage 5] ซึ่งมีโอกาสเกิดอาการเจ็บปวล์และเสียชีวิตได้

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงการดำเนินของโรคเมื่อถึงระยะสุดท้ายและร่วมตัดสินใจวางแผนดูแลล่วงหน้า(advance care plan)
3. เพื่อร่วมกันตัดสินใจเลือกรูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล

### เกณฑ์การประเมินผล

1. มีความรู้ ความเข้าใจสามารถตอบได้ถึงการดำเนินและพยากรณ์โรค
2. แผนสุขภาพล่วงหน้าเมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Advance care planning)
3. คะแนนความพึงพอใจ มากกว่าร้อยละ 80

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทำ Family Meeting
2. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการยอมรับได้ต่อความเจ็บป่วย เช่นความวิตกกังวล ความเครียด ตามแบบ ประเมิน 2Q ของกรมสุขภาพจิต
3. ประเมินความต้องการดูแลแบบประคับประคอง palliative performance scale : PPS v2 แพทย์เป็นผู้นำการวินิจฉัยการดูแลแบบประคับประคองและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว
4. นัดครอบครัวเพื่อประชุม family meeting ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก พยาบาลนำเสนอข้อมูลที่ผู้ป่วยคุยกับผู้ป่วย เจาะประเด็นที่เป็นเป้าหมายและแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan: ACP) เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจและร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลในระยะท้ายที่เหมาะสม
5. ให้การพยาบาลด้วยท่าทีสุภาพและแสดงความเห็นใจขณะบอกเล่าอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและญาติให้ทราบ
6. บันทึกความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวลงในแบบบันทึกการปรึกษาครอบครัว เพื่อสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวผู้ร่วมตัดสินใจ (key person), (Care giver)และบันทึกผังครอบครัว (family tree) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม
7. ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วยเช่นอาการเบื่ออาหาร เพลีย เหนื่อย ภาวะบวม ปวดตามร่างกาย คั้น ภาวะซีด เป็นต้น
8. ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความเชื่อ ความหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

### ประเมินผล

บุตรสาวคนที่5 สื่อสารโดยภาษามือกับผู้ป่วยเข้าใจเข้าใจสามารถตอบได้ถึงการดำเนินและพยากรณ์โรค key person คือสามี Care giver คือ บุตรสาวคนที่ 5 กลับมาจากต่างจังหวัด จากการทำ family meeting ครอบครัวและผู้ป่วย ต้องการกลับไปใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่บ้านตามความเชื่อชาวม้ง คะแนนความพึงพอใจบริการของครอบครัว ร้อยละ 92 ประเมิน 2Q ของกรมสุขภาพจิต ผล negative PPS 40 % ระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน



## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ส่งเสริมทักษะความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวเมื่อออกไปอยู่ที่บ้านได้ ผู้ป่วยต้องใช้ออกซิเจนตลอด
2. ผู้ป่วยชาวม้ง ญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน ตามความเชื่อของชาวม้ง ประเมินคะแนน PPS 40%

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ออกซิเจนและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่ที่บ้าน
2. เพื่อตอบสนองความต้องการตามความเชื่อของผู้ป่วย

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นเข้าใจ และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการใช้ออกซิเจน และปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามความเสี่ยงของสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่บ้านและแนะนำลดปัจจัยเสี่ยงภายในบ้าน และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเช่นทำที่จับยึดในห้องน้ำและราวบันได รวมทั้งแนะนำสิ่งอำนวยความสะดวกบางประการที่เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาและสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสาเหตุการใช้ออกซิเจนที่บ้านและสอนวิธีการใช้เครื่องผลิตออกซิเจน เปิดโอกาสให้ญาติซักถามได้ตลอดการสาธิต
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม และตอบสนองตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว
4. ส่งเสริมให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านและช่วยเหลือให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง
5. ประสานส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

### ประเมินผล

บุตรสาวคนที่ 5 กลับมาจากต่างจังหวัดเพื่อดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย มีความต้องการพาผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่บ้านตามความเชื่อชาวม้ง และบุตรสาวสามารถใช้เครื่องผลิตออกซิเจนได้ บุตรสาวแจ้งว่าผู้ป่วยนอนหลับดีที่ห้องให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้นกล่าวขอบคุณทุกครั้งที่ได้เข้าไปตรวจเยี่ยมอาการ พร้อมพาผู้ป่วยกลับบ้าน คะแนนความพึงพอใจบริการของครอบครัว ร้อยละ 92

### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงนอนรักษาในโรงพยาบาล นาน 3 วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 2 พฤษภาคม 2566 มีภาวะเจ็บป่วย และวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 รับยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยและสามีปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ในวาระสุดท้ายผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบจากภาวะน้ำเกินในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเสริมและดื่มน้ำมาก จากการพยาบาลผู้ป่วยชาวม้งสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับ ประคอง ร่วมกับการประชุมครอบครัวเพื่อวางแผนสุขภาพ ในอนาคต ผู้ป่วยชาวม้งและครอบครัวมีความเชื่อในการใช้ชีวิตวาระสุดท้ายที่บ้านและได้รับการตอบสนองตามความต้องการ มีการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน วันที่ 10 พฤษภาคม 2566 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย สามีและบุตรสาวดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีสามารถจัดการกับอาการรบกวนเช่นอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาการคันได้ จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านได้เหมาะสม ผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ทานข้าวได้น้อย 5-6 คำ/มื้อ ใส่ออกซิเจน canular ช่วงกลางคืน แนะนำการรับประทานอาหารโดยเน้นอาหารรสจืด พุดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่มีสามีและบุตรสาวคนที่ 5 มีอาชีพเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้กลับมาดูแล และบุตรคนอื่น ๆ ก็กำลังจะกลับมาเยี่ยม T 36.3°C BP 140/80 mmHg P 98/min R 24 /min SpO<sub>2</sub> 95% RA PPS = 40% ระยะเวลาผ่าน วันที่ 16 พฤษภาคม 2566 ได้รับข้อมูลจากญาติผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน พร้อมได้ทำพิธีกรรมตามความเชื่อชาวม้งตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว



## วิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านควรได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม โดยการพบประชุมครอบครัว (family meeting) ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค อาการและอาการรบกวนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต<sup>3</sup> รวมไปถึงการเคารพในความแตกต่างของประเพณี วัฒนธรรม ซึ่งไม่ขัดแย้งความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

## ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวได้อย่างถูกต้อง และตอบสนองความต้องการ สอดคล้องกับสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ โดยให้ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง<sup>2</sup> ทบทวนบทบาท Palliative care nurse (PCN) ในการติดตามสนับสนุนให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่องที่บ้านและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม มีเครือข่ายทีมสุขภาพที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง และทำงานร่วมกันเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและญาติสามารถเผชิญกับการสูญเสียบุคคลในครอบครัว<sup>3</sup>

## เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14423&gid=1-015-005>
- สุวารีวรรณ จิระเสวกติลก. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
- บุษยามาส ชีวสกุลยง. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2558.
- ครูใบฎีกาทิพย์พนาภรณ์ ชยาภินันโท. ความเชื่อทางศาสนาของชาวม้ง. วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566];13(1):247-64. เข้าถึงได้จาก: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JBS/article/view/257227/172714>
- วณิชชา พึ่งชมพู. สถานการณ์การดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุไทยโรคไตวายเรื้อรัง. พยาบาลสาร. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2566];41(4):166-77. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/32651/27816>
- วัลลภา ทองศรี. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2566];7(3):160-168. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/893>
- วิภา ดวงสุวรรณกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ เบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2566];8(1):247-264. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1292/778>
- คณะกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565(ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKDguideline-2565-revised-edition.pdf>



## Nursing care of bladder cancer in Outpatient Department : A Case study

Chutima Subesri, B.N.S.\*

### Abstract

**Background :** Bladder cancer It is a silent disease if not treated. There may be severe symptoms. In critical condition due to blood loss caused by bladder cancer Therefore, patients should be screened for symptoms. Diagnosis and immediate and timely medical care It will help reduce complications that occur. The role of the outpatient nurse in screening patients Assisting doctors with examinations and helping with procedures Pre-surgery counseling, continuous follow-up will keep the patient safe.

**Objective :** To provide effective nursing care for patients with bladder cancer

**Case study :** A 67-years-old Thai female patient previously examined at Kamphaeng Phet Hospital presented with pallor, abdominal pain, and radiating backpain. Ultrasound revealed a mass in the bladder. The patient did not follow up after the initial appointment. Subsequently, the patient returned to Kamphaeng Phet Hospital after 2 weeks with mild abdominal pain, hematuria, anemic symptoms, and decrease urine output. Treatment involved the insertion of a Foley catheter, sizes 16 and 18 Fr, with no urine output. Blood clots were found in the catheter. A urological surgical procedure involved a 2,000 cc bladder irrigation using aTiemann catheter, resulting in 300 cc of blood clot output. A 3-way 22 Fr Foley catheter was inserted, resulting in hematuria output. Then Continuous bladder irrigation was initiated, preparing for a blood transfusion and transfer of the patient to the surgical ward. Histopathological examination confirmed bladder cancer, leading to a TUR-BT (Tranurethral Resection of Bladdertumor) surgery Nursing problems in the outpatient department are:  
1. There are patients who are anxious. about the medical condition and treatment procedures received. 2. The patient had anemia from hematuria and bladder cancer pathology. 3. Patients are at risk for urinary tract infections. 4. Patients lack knowledge about bladder cancer and Preparation before laparoscopic surgery on the bladder and urinary tract. 5. Patients are concerned about taking care of themselves with bladder cancer. Important nursing care is Patient screening, assessment. The patient's symptoms change according to the pathology of the disease, monitoring for dangerous complications from blood loss. Providing knowledge before endoscopic surgery Providing knowledge in Physical rehabilitation and self-care when returning home. The results from the treatment are Patient is safe No complication Able to take care of yourself at home.

**Conclusion :** Patient are safe from the crisis of bladder cancer. Nurse must therefore have the skills, knowledge and ability to care for patients with bladder cancer who have lost blood in the urinary system. The study can be used as a guideline for nursing in caring for patients with bladder cancer in the outpatient department.

**Keyword :** Bladder cancer, bladder irrigation , outpatient department

---

\*Registered nurse, Professional Level, Out-patient Department, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ : กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก

ชุตินา สืบศรี, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นภัยเงียบถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจมีอาการที่รุนแรง อยู่ในภาวะวิกฤตจากการสูญเสียเลือดที่เกิดจากมะเร็งกระเพาะปัสสาวะดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการคัดกรองอาการ การตรวจวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาพยาบาลทันทีทันเวลา จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบทบาทพยาบาลผู้ป่วยนอก ในการคัดกรองผู้ป่วย การช่วยแพทย์ตรวจ และช่วยทำหัตถการ การให้คำปรึกษาแนะนำก่อนผ่าตัด การติดตามอาการต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี เคยมาตรวจโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า ชีต ปวดท้อง ปวดหลังร้าวลงขา ทำอัลตราซาวด์พบก้อนในกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดต่อเนื่องหลังจากนั้นผู้ป่วยกลับมารักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรอีกครั้ง 2 สัปดาห์ด้วยอาการปวดท้องน้อยปัสสาวะเป็นเลือด ชีต ปัสสาวะออกน้อยให้การรักษาใส่สายสวนปัสสาวะเบอร์ 16, 18 Fr แล้วปัสสาวะไม่ออกมีลิ่มเลือดในสาย แพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะทำหัตถการด้วยการล้างกระเพาะปัสสาวะ 2,000 ซีซี ด้วย Tiemann Catheter ได้ลิ่มเลือด 300 ซีซี ใส่สายสวนปัสสาวะแบบ 3 ทาง เบอร์ 22 Fr ได้ปัสสาวะสีแดงแล้วสวนกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องเตรียมเปิดเส้นเลือดเพื่อเตรียมให้เลือด จองเลือด และนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมผลตรวจชิ้นเนื้อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และรับการผ่าตัด TUR-BT ปัญหาการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก คือ 1. มีผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยและขั้นตอนการรักษาที่ได้รับ 2. ผู้ป่วยมีภาวะซีดเนื่องจากปัสสาวะเป็นเลือดและพยาธิสภาพของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ 3. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 4. ผู้ป่วยขาดความรู้โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดส่องกล้องในกระเพาะปัสสาวะ 5. ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะการพยาบาลที่สำคัญ คือ การคัดกรองผู้ป่วยการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามพยาธิสภาพของโรค การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจากการสูญเสียเลือด การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดส่องกล้อง การให้ความรู้ในการฟื้นฟูร่างกายและการดูแลโรคตนเองเมื่อกลับบ้าน ผลลัพธ์จากการรักษา คือ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พยาบาลจึงต้องมีทักษะความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในแผนกผู้ป่วยนอกต่อไป

**คำสำคัญ :** มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ การพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder cancer) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในกระเพาะปัสสาวะที่มีการเจริญเติบโตแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วมากผิดปกติจนก้อนเนื้องอกสามารถเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ จากนั้นจะลุกลามไปยังอวัยวะและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงและแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดไปยังอวัยวะอื่น<sup>1</sup> พบบ่อยอันดับ 2 ของมะเร็งระบบปัสสาวะ<sup>2</sup> แต่อัตราการเสียชีวิตสูงถึงเกือบร้อยละ 20<sup>2</sup> ส่วนใหญ่เป็นชนิดที่เกิดในเยื่อผนังกระเพาะปัสสาวะเป็นชนิดมะเร็งที่พบมากที่สุด โดยระยะที่ยังไม่มีการลุกลามไปยังชั้นกล้ามเนื้อ มีอัตราการรอดชีวิตสูงมากข้อมูลพบผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 2,497 คน เฉลี่ยวันละ 7 คน<sup>2</sup> พบบ่อยในเพศชาย อายุมากช่วงอายุประมาณ 50-70 ปีขึ้นไป<sup>1</sup> ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดมีหลายปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิด เช่น สูบบุหรี่หรือควันบุหรี่ การได้รับสารเคมี สีย้อมผ้า ยาเคมีบำบัด การติดเชื้อกระเพาะปัสสาวะเรื้อรัง แต่พบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก<sup>3</sup> ในระยะแรกมักไม่แสดงอาการแต่เมื่อเซลล์มะเร็งเจริญเติบโตขึ้นผู้ป่วยอาการแสดงส่วนใหญ่ คือ ปัสสาวะปนเลือดโดยไม่มีอาการเจ็บปวด<sup>4</sup> หรือบางครั้งจะมีอาการคล้ายกระเพาะปัสสาวะอักเสบ คือ ปวดขณะปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย แสบหรือขัดเนื่องจากเลือดที่ออกจับตัวเป็นลิ่ม มีปัสสาวะมีเลือดปนเป็นครั้งเป็นคราวอยู่เป็นระยะเวลาสั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง อาจคลำได้ก้อนที่บริเวณหัวหน่าว มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะซีด อาการปวดหลังหรือเกิดโรคไตเรื้อรัง หรือภาวะไตวายจากการลุกลามของมะเร็งไปอุดตันท่อไต<sup>4</sup> บางรายสาเหตุของโรคไตพบมาจากมะเร็งได้<sup>5</sup> ในผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงมานานย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตด้วย โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยเป็นระยะแรกอยู่ในชั้นเยื่อผนังด้านในกระเพาะปัสสาวะ ตรวจพบชนิดยังไม่ลุกลาม รักษาโดยการผ่าตัดมีโอกาสหายกลับมากปกติได้

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2563 – 2566 ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 70, 66, 76, 94 รายตามลำดับ พบเสียชีวิตปี 2566 จำนวน 2 ราย จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และมะเร็งชนิดที่ลุกลาม มีแนวโน้มอุบัติการณ์ของผู้ป่วยรายใหม่จะเพิ่มขึ้นทุกปี การรักษาในปัจจุบันวิธีการรักษามะเร็งระยะเริ่มต้นโดยถ้ามะเร็งยังอยู่ในชั้นเยื่อผนังกระเพาะปัสสาวะ ยังไม่ลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ การรักษา คือ การผ่าตัดผ่านทางกล้องส่องกระเพาะปัสสาวะ เพื่อผ่าตัดก้อนของมะเร็งจากเยื่อผนังกระเพาะปัสสาวะ TUR BT (Transurethral Resection of Bladder Tumor) ทำให้ไม่มีผลหลังผ่าตัดการพักรักษาที่โรงพยาบาลค่อนข้างสั้น หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังสามารถปัสสาวะทางท่อปัสสาวะปกติได้<sup>2,7</sup> การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะของคลินิกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะแผนกผู้ป่วยนอกให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน ผู้ป่วยได้รับการนัดตรวจคัดกรองปัญหาตามความเร่งด่วนของผู้ป่วย ได้จัดบริการและทำหัตถการต่างๆ การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีโรคประจำตัวเป็นไตวายเรื้อรัง จึงมีความซับซ้อนทั้งพยาบาลรวมทั้ง สหวิชาชีพอื่น ๆ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิตโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคมะเร็ง และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ต้องให้ความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับผู้ป่วยและญาติ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจึงเป็นโรคที่น่าสนใจในการนำมาศึกษา เพื่อวางแผนการพยาบาลต่างๆ ให้ครอบคลุมเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงานปฏิบัติงาน กรณีศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

### อาการสำคัญ

2 วันปัสสาวะเป็นเลือด สับสนก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะเป็นเลือด รักษาคลินิกไต่ถามารับประทานยาอาการไม่ดีขึ้น จึงไปนอนโรงพยาบาลชุมชน 9 วัน แพทย์ให้กลับบ้าน อาการไม่ทุเลามีปัสสาวะเป็นเลือด มีอาการแพ้ สับสน จึงส่งมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงมา 3 ปี และโรคไตวายเรื้อรังมา 4 ปี ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลไทรงาม

### ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 33 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : รู้สึกตัว สับสน เคลื่อนไหวแขนขา ได้ปกติ

ผิวหนัง : ผิวคล้ำ ซีด ไม่มี skin turgor ไม่มีจ้ำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้างมองเห็นปกติ เปลือกตาซีด ทั้ง 2 ข้าง ไขว้ จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดอาจโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีแข็งตึง

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างกระดูกสันหลังโค้งคด

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ทางเดินปัสสาวะป่องตึง ใส่สายสวนปัสสาวะได้เลือดเก่า

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ มีลิ้มเลือดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวลไม่สุขสบาย กังวลเรื่องโรค

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 8 สิงหาคม 2566 ผลตรวจเลือด Het = 22.2 % (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ)

วันที่ 9 สิงหาคม 2566 ผลตรวจ cystoscopic biopsy

- Low-grade papillary urothelial carcinoma, non-invasive
- No muscularis propria tissue seen

วันที่ 4 กันยายน 2566 ผลตรวจปัสสาวะ RBC = 50 -100 cell/HPF (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ) Blood = 3<sup>+</sup> (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ) WBC = 3-5 cell/HPF (ปกติ)

### สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการดูแล ที่แผนกผู้ป่วยนอก

วันที่ 8 สิงหาคม 2566 แกร็บผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปวดท้องน้อย ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะออกน้อย เปลือกตาซีด มาด้วยรถนอน วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที Sat O<sub>2</sub> = 98% แพทย์ศัลยกรรมตรวจร่างกายให้การรักษาสายสวนปัสสาวะเบอร์ 16, 18 Fr ปัสสาวะไม่ออก ได้ลิ้มเลือดคาสาย รายงานแพทย์ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ทำหัตถการBladder Irrigation 2,000 ซีซี ด้วย Tiemann catheter ได้ลิ้มเลือด 300 ซีซี จึงใส่สายสวนปัสสาวะ 3 ทาง เบอร์ 22 Fr ได้ปัสสาวะสีแดง แล้วสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ออกซิเจนเปิดเส้นเลือด on heparin lock ของเลือด วัดสัญญาณชีพหลังทำหัตถการ ความดันโลหิต 108/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที Sat O<sub>2</sub> = 99% ประสานงานส่งอาการผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม และนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงผู้ป่วยได้กลับไปพักที่บ้านในวันที่ 13 สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลาเข้ารับรักษาตัว 5 วัน แพทย์นัดมาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาในวันที่ 1 กันยายน 2566 พร้อมทั้งมาฟังผลตรวจเนื้อ

วันที่ 1 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตามแพทย์นัดดูอาการและฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ อาการปัสสาวะได้เองแต่ยังมีเลือดปน ไม่แสบขัด ปวดท้องน้อยบางครั้ง ไม่มีไข้ แพทย์แจ้งผลตรวจชิ้นเนื้อวินิจฉัยว่า cystoscopic biopsy = Low-grade papillary urothelial carcinoma, non-invasive No muscularis propria tissue วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระยะแรก ผู้ป่วยยอมรับการป่วยเป็นโรคมะเร็งของตนเอง แพทย์ได้แจ้งแผนการรักษาเรื่องการผ่าตัดส่องกล้องในกระเพาะปัสสาวะโดยผู้ป่วย และญาติขอกลับไปปรึกษากันก่อน วัดอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 146/87 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

วันที่ 4 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจก่อนนัดด้วยอาการปวดท้องน้อย มีก้อนในท้อง ท้องแข็ง มีอาการแสบ ปัสสาวะ และปัสสาวะออกน้อย มีเลือดปนบางครั้ง บางวันมีไข้ นอนไม่ค่อยหลับ รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ แพทย์ให้การรักษาเพิ่มขนาดยานอนหลับ และสวนปัสสาวะวัดปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะได้ 30 ซีซี ผลตรวจพบ RBC 50 – 100 cells/HPF Blood 3+ Aerobic c/s No growth ผู้ป่วยไม่พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ยังสามารถขับ ปัสสาวะออกได้ ปัสสาวะไม่ค้างมากกว่า 150 ซีซี ยังอยู่ในเกณฑ์แพทย์วางแผนการผ่าตัด TUR BT วันที่ 5 ตุลาคม 2566 วัดอุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที วันที่ 4 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมาทำเรื่องนอนโรงพยาบาลตามนัด เข้ารับการผ่าตัด TUR BT ในวันที่ 5 ตุลาคม 2566 ได้รับการจำหน่ายในวันที่ 6 ตุลาคม 2566 มีนัดติดตามอาการวันที่ 20 ตุลาคม 2566

วันที่ 20 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยแพทย์นัดมาตรวจดูอาการหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่ปวดท้องน้อย ปัสสาวะ ได้เอง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีเลือดปนไม่มีไข้ ช่วยเหลือตัวเองได้ วัดอุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 93 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/91 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที โดยให้คำแนะนำมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอมีนัด ติดตามอาการต่อเนื่อง วันที่ 15 มกราคม 2567

#### การวางแผนพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

1. มีผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยและขั้นตอนการรักษาที่ได้รับ
2. ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากปัสสาวะเป็นเลือดและพยาธิสภาพของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
3. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
4. ผู้ป่วยขาดความรู้โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดส่องกล้องในกระเพาะปัสสาวะ
5. ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** มีผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยและขั้นตอนการรักษาที่ได้รับ

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล ดูอ่อนเพลีย
2. ผู้ป่วยบอก “ปวดท้องน้อยมาก ปัสสาวะเป็นเลือด จะอันตรายไหม”
3. ญาติสอบถาม “ จะรอดรจนานไหม คนไข้ดูอ่อนเพลีย ”

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเข้าใจขั้นตอนการรักษา

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเข้าใจขั้นตอนการรักษาอย่างถูกต้อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดใจ คลายความกังวลเกิดความไว้วางใจ พร้อมให้ความร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ชักประวัติ โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ช่วยในการประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ จากการซักประวัติประเมินอาการผู้ป่วย มีอาการอ่อนเพลีย ปวดท้องน้อย ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะออกน้อย เปลือกตาซีด มาด้วยรถนอน จึงให้เข้ารับการตรวจแผนกศัลยกรรมในช่องทางด่วน
3. ขณะรอช่วยแพทย์การตรวจร่างกายโดยจัดทำผู้ป่วยและขณะทำหัตถการ พุดให้กำลังใจผู้ป่วย อยู่เคียงข้างผู้ป่วยตลอด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในแผนการการรักษาของแพทย์
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ถึงแผนการรักษาของแพทย์ ที่มีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เตรียมเอกสารการนอนโรงพยาบาล การเซ็นยินยอมการรักษา ประสานงานส่งอาการผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม และนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง



## การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเข้าใจขั้นตอนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะซีดเนื่องจากปัสสาวะเป็นเลือด และพยาธิสภาพโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน

1. ตรวจร่างกาย เปลือกตาซีดมีลิ้มเลือดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
2. ผู้ป่วยบอก “ปัสสาวะเป็นเลือด” ผลตรวจปัสสาวะ RBC = 50 – 100 cell/HPF<sup>+</sup> (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ)

Blood = 3<sup>+</sup> (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ)

3. ผลตรวจเลือด Het = 22.2 % (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ)

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีดและปัสสาวะเป็นเลือด

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่พบลิ้มเลือดอุดตันและเลือดออกจากปัสสาวะเป็นเลือดในระบบทางเดินปัสสาวะ
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากปัสสาวะเป็นเลือดระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

## กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายแผนการรักษา การทำหัตถการสวนล้างปัสสาวะเพื่อหยุดเลือดไม่ให้ลิ้มเลือดอุดตันการไหลของปัสสาวะ ให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบเป็นการอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ประเมินผู้ป่วยถึงความพร้อมโดยวัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยก่อนทำหัตถการที่แผนกผู้ป่วยนอก
3. ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องได้แก่

3.1 ปรับความสูงของระดับเบ้าที่แขวน 90-120 เซนติเมตร °ทำให้เกิดแรงดันที่เพียงพอต่อการป้องกันการแข็งตัวของเลือดการไหลของน้ำยาเร็วคล่องตัวและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะป้องกันการอุดตันของลิ้มเลือดในสายสวนปัสสาวะ ไม่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำ

3.2 ให้การพยาบาลดูแลสายสวนปัสสาวะ ไม่ให้หักพับงอ ระวังการดึงรั้ง เลื่อนหลุด เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก ไม่เกิดการอุดตัน

3.3 ดูแลให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยให้ Nasal cannular 3 ลิตร/นาที่ประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด โดยปรับอัตราการไหลให้เหมาะสมป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนและเพิ่มออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วย

3.4 เปิดเส้นเลือด on heparin lockเตรียมความพร้อมใช้สำหรับการให้เลือด สารน้ำและจงเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ ชดเชยการสูญเสียเลือดจากระบบทางเดินปัสสาวะ

4. ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะซีด โดยสังเกตจากเปลือกตาด้านล่าง อาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ เพื่อประเมินภาวะการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว ถ้าพบอาการรายงานแพทย์

5. ดูแลผู้ป่วยคลุมผ้าหรือห่มผ้าให้เพียงพอให้รู้สึกสบายเพราะผู้ป่วยซีดบริเวณเท้าจะเย็นจากการไหลเวียนของเลือดไม่ดี

6. จัดทำนอนศรีษะต่ำ เพราะช่วยให้เลือดไหลเวียนกลับสู่สมอง หัวใจได้สะดวกขึ้น

7. เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการวัดสัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลง พร้อมดูแลนำส่งหอผู้ป่วย

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีลิ้มเลือดมาอุดตันการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยยังมีภาวะซีด รู้สึกตัวดีไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่ใจสั่นหรือเหงื่อออก ไม่มีตัวเย็นหรือหน้ามืด

3. วัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังทำหัตถการ ความดันโลหิต 105/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที Sat O<sub>2</sub> = 99% นำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกศัลยกรรมกรรมหุยิงอย่างปลอดภัย

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก “มีอาการปวดท้องน้อย มีอาการคล้ายมีไข้ ปัสสาวะออกน้อย”
2. ผลการสวนวัดปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะได้ 30 ซีซี

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่พบภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
2. ผลการตรวจปัสสาวะค่าปกติ WBC =0-5cell/HPF

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยให้เข้าใจในการสวนปัสสาวะปล่อยหรือเป็นครั้งคราว (intermittent catheterization) และเพื่อการประเมินตรวจวัดปริมาณของปัสสาวะที่เหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะ โดยการสวนปัสสาวะหลังจากผู้ป่วยเพิ่งปัสสาวะเสร็จทันที แล้ววัดปริมาณปัสสาวะที่ได้ไม่เกิน 150 มิลลิลิตร

- 1.1 การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการเตรียมอุปกรณ์สวนปัสสาวะ
- 1.2 ทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อนทำการสวนปัสสาวะด้วยน้ำสบู่ ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำกลั่น
- 1.3 มือข้างที่จับอวัยวะเพศ จะไม่นำมาจับสายสวนปัสสาวะ
- 1.4 เน้นการหล่อลื่นส่วนปลายสายสวนปัสสาวะ สอดสาย3-4นิ้วจนมีน้ำปัสสาวะไหล
- 1.5 ถอดสายสวนปัสสาวะ จัดตวงปริมาณน้ำปัสสาวะ

2. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการ เฝ้ารอสังเกตตามอาการที่เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับลักษณะสีของปัสสาวะ ชุนเป็นตะกอนหรือมีเลือดปน และตรวจเช็คปริมาณปัสสาวะที่ออกน้อยลงในแต่ละวัน

3. แนะนำให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยสังเกตอาการผิดปกติของตนเองได้ เช่น มีไข้ อาการปวดท้องน้อยปวดบั้นเอว ปัสสาวะออกน้อยปัสสาวะขุ่นขาว ปัสสาวะกระปริดกระปรอย ให้กลับมาพบแพทย์ตรวจก่อนแพทย์นัด

4. ควรดื่มน้ำสะอาดมาก ๆ วันละ 1-2 ลิตร (6-8แก้ว) เพื่อล้างตะกอนเศษลิ่มเลือดในปัสสาวะและช่วยขับจุลินทรีย์ออกจากทางเดินปัสสาวะได้มากขึ้น

5. แนะนำผู้ป่วยไม่กลั้นปัสสาวะเพราะจะทำให้เกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ติดเชื้อในระบบปัสสาวะได้ง่ายขึ้น

6. แนะนำการล้างมือก่อนรับประทานอาหารป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ระมัดระวังการใกล้ชิดผู้อื่นที่มีการติดเชื้อ

7. แนะนำการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่อ่อนๆ วันละ 2 ครั้ง ทุกครั้งหลังการการขั้บถ่ายปัสสาวะ เช็ดให้แห้ง โดยเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา และไม่ควรรอยแบ้ง

8. แนะนำให้รับประทานยาปฏิชีวนะ Ciprofloxacin 250 mg1 เม็ด หลังอาหารเช้า และเย็น ทานจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

9. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการเพาะเชื้อปัสสาวะปกติ

วันที่ 4 กันยายน 2566 WBC = 3-5 cell/HPF (ปกติ)

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยขาดความรู้โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดส่องกล้องในกระเพาะปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจชิ้นเนื้อ วันที่ 9 สิงหาคม 2566 ผลตรวจ Low-grade papillary urothelial carcinoma, non-invasive  
No muscularis propria tissue seen

2. แพทย์วางแผนผ่าตัด Transurethral Resection of Bladder Tumor (TUR BT) วันที่ 5 ตุลาคม 2566
3. ผู้ป่วยสอบถาม “ต้องเตรียมอะไรบ้างก่อนผ่าตัด” “ผ่าตัดอันตรายไหม”
4. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การดำเนินของโรคขั้นตอนการรักษาของโรค เพื่อช่วยในการตัดสินใจวางแผนการรักษา การผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วยวิธีส่องกล้องทางระบบทางเดินปัสสาวะ และใช้เครื่องมือตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกมาพร้อมทั้งส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจ เป็นการผ่าตัดที่ไม่มีบาดแผลเปิดทางร่างกาย

2. แนะนำอาการผิดปกติหลังการผ่าตัดส่องกล้องที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ปัสสาวะไม่ออก เป็นลิ่มเลือด มีไข้สูง

3. แนะนำดูแลให้รับประทานยารักษาโรคประจำตัวเช่นโรคความดันโลหิตสูง โดยทานยาตามแผนการรักษา Hydralazine (Ampessoline) 25 mg 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอนเพื่อควบคุมความดันโลหิต ก่อนการผ่าตัดในโรคไตเรื้อรัง ทานยา Calcium Carbonate 1250 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น และ Sodamint (NaHCO<sub>3</sub>) 300 mg 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น เพื่อควบคุมระดับโพแทสเซียม และความเป็นกรดในโรคไตเรื้อรัง

4. แนะนำการรับประทานที่มีประโยชน์ เพื่อสร้างความแข็งแรงของร่างกายก่อนผ่าตัด และเป็นอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ การรับประทานข้าวได้ 1-2 ทัพพี หมูบั่นก่อน 4-5 ก้อน ผลไม้เพียง 4-5 ชิ้น คำ ซอสปรุงรส 3 ช้อนชาต่อวัน แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารหมักดอง อาหารที่มีส่วนผสมของโซเดียมมาก เช่น ไข่กรอบ กุนเชียง หมูยอ หมูตุ๋น มะม่วงดอง ฯลฯ จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นสูง มีผลต่อไตทั้งทางตรงและทางอ้อม

5. อธิบายพยาธิสภาพของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและโรคไต ที่มีผลต่อภาวะซีด ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กเช่น เครื่องในสัตว์ ตับ ไข่แดง ผักโขม ตำลึง คื่นช่าย ฯลฯ และการรับประทานยาที่ช่วยส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง Folic 5 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้าสามวันตามแผนการรักษา

6. อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนผ่าตัด เช่น การทำความสะอาด ผม เล็บ การพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8-10 ชั่วโมง และการบำรุงร่างกายให้แข็งแรง

### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีเข้าใจโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มีความพร้อมในการรับการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วยวิธีส่องกล้องในกระเพาะปัสสาวะ สามารถรับการผ่าตัดได้ตามกำหนด

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับดูแลตนเองที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถาม “จะดูแลตัวเองอย่างไร” “มะเร็งจะหายขาดไหม”
2. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และสามารถจัดการดูแลโรคตนเองได้อย่างเหมาะสม

## เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล และมีความมั่นใจในการดูแลโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตนเองที่บ้าน
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว ขณะดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพร่างกายบ้าน การให้กำลังใจและสนับสนุน ส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูงเช่นเนื้อสัตว์ ไข่ขาว หลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ไหม้เกรียม อาหารไขมันสูง พยายามรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก ๆ เช่น ผัก และผลไม้สดให้มาก หลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ดจัด และย่อยยาก
3. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาบางชนิดที่มาจากพวกสารเคมีเช่นสีย้อมผ้า น้ำยาย้อมผม ชันทสกรหรือกลุ่มเคมีบำบัด ในอาหารเสริมหรือพวทยาสมุนไพร ยาลูกกลอนบางชนิดอาจมีสารก่อมะเร็งได้
4. ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และระมัดระวังเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัด อากาศไม่ระบายถ่ายเท โดยเฉพาะ การสูดควันบุหรี่ เพราะอาจมีการคั่งของสารก่อมะเร็ง อยู่ในกระเพาะปัสสาวะเป็นเวลานาน
5. หลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
6. ส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ30นาทีเช่นใช้การเดินนับก้าว การเดินเร็ว
7. แนะนำติดตามการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมะเร็งลุกลามไประยะร้ายแรง

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายกังวล มีความมั่นใจในการดูแลโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และสามารถตอบคำถามในการดูแลโรคตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้
2. ญาติมีความพร้อมในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลตัวเองที่บ้าน

## สรุปการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี มีประวัติปัสสาวะเป็นเลือดมา 2 สัปดาห์ ได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน มีอาการปัสสาวะเป็นเลือด เพื่อ สืบสน บทบาทพยาบาลต้องคัดกรองปัญหาตามความเร่งด่วนซักประวัติผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะเลือดออกทางเดินปัสสาวะ ให้การพยาบาลใส่สายสวนปัสสาวะ หรือสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง เพื่อหยุดเลือดผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและตอบสนองผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยและขั้นตอนการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยมีภาวะซีดเนื่องจากปัสสาวะเป็นเลือดและพยาธิสภาพของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะผู้ป่วยขาดความรู้โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดส่องกล้องในกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำ Cystoscope ส่งชิ้นเนื้อตรวจแพทย์วินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้รับการผ่าตัด TUR BT แพทย์นัดติดตามอาการในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยได้มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่ปวดท้องน้อย ปัสสาวะได้เอง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีเลือดปน ไม่มีไข้ ช่วยเหลือตัวเองได้สิ่งสำคัญพยาบาลได้ให้ความรู้คำแนะนำปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลตนเองและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งอาจนำไปสู่ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยมาตามนัดได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวมระยะเวลาในการดูแลและให้การพยาบาล 8 วัน

## วิจารณ์

จากกรณีศึกษา มะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นโรคที่ไม่มีสาเหตุแน่ชัดจึงไม่มีวิธีการป้องกันที่ได้ผลชัดเจนอย่างไรก็ตามการดูแลเอาใจใส่สุขภาพอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคนี้ได้หมั่นตรวจสุขภาพประจำปีเพราะการตรวจปัสสาวะสามารถคัดกรองความเสี่ยงทำให้ตรวจพบโรคได้เร็วขึ้นเป็นการป้องกันจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ รวมถึงโรคมะเร็งไข้เจ็บอื่นๆได้

ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ดังนั้นการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อป้องกันไม่ให้มะเร็งลุกลามไประยะร้ายแรงจนเป็นอันตรายต่อชีวิต

## ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาการคัดกรองด้านหน้าในแผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะผู้ป่วยนอกโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีภาวะเร่งด่วนจากอาการ (ปัสสาวะเป็น เลือดแล้วปัสสาวะไม่ออก) โดยใช้ช่องทางด่วนพิเศษระบบผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย
2. พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล การสวนล้างกระเพาะแบบต่อเนื่อง โดยพยาบาลต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะการทำหัตถการความพร้อมใช้อุปกรณ์พยาบาลควรมีการทบทวนองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ
3. มีเอกสารคำแนะนำความรู้ เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะให้อ่านทำความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเอง

## เอกสารอ้างอิง

1. หน่วยสารสนเทศมะเร็ง. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2552.
2. วีรุณี อิมสำราญ. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบเร็วหายขาดได้. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thecoverage.info/news/content/4894>
3. American Cancer Society. Bladder Cancer Overview. [Internet]. [cite 2022, 10 may]. Available from : <http://www.cancer.org/Cancer/BladderCancer/OverviewGuide/bladder-cancer-overview-key-statistics>
4. ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์. ปัสสาวะเป็นเลือด. ใน วรพจน์ ชุนทดกลัย อภิรักษ์ สันติงามกุล, บรรณาธิการ. Common Urologic Problems for Medical Student. กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558. หน้า 11-3.
5. โรงพยาบาลบางปะกอก 3. โรคไตเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.bangpakok3.co>
6. ศิริอร สินธุ. การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรัง เบาหวาน ปอดอุดกั้น และไตวายเรื้อรัง. สภากาชาด. 2565:117-23.
7. ศิววัฒน์ ภูริยะพันธ์. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-92>
8. บุญมี สันโดษ. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสวนล้างกระเพาะแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;13(1):72-87



## Nursing care of Acute gastroenteritis with Septic shock in Pediatric : A case study

Kasama Kulthongkam, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction** : Acute gastroenteritis is a common illness in children, often in children because their immunity and growth are not fully developed. Disease caused is by eating contaminated food and water. This condition can be life-threatening, especially when severe dehydration occurs or when the infection spreads into the bloodstream, leading to shock. This can result in the failure of various organ systems in the body, such as kidneys, lungs, heart, brain, and sudden respiratory failure. Nurses play a crucial role, both in the crisis phase by providing accurate and swift care, which can help the patient survive, and in the ongoing care until discharge. This ensures that the patient recovers from the illness and can resume normal life.

**Objectives** : Nursing care for Acute gastroenteritis with Septic shock in Pediatric

**Case study** : A 13-year-old Thai male patient with symptoms of high fever, chills, watery diarrhea 2 times and vomiting 2 times. Vital signs T 38.4°C, P 90/min, BP 95/39 mmHg, RR 20/min. The patient was intubated for respiratory support. Provided septic shock care protocol before transferred for further treatment. He was admitted in PICU. The patient was conscious but very weak Coma score E4VTM6 on ET-tube with size 7 mark 21, connected to a ventilator. Diagnosis: Acute gastroenteritis with septic shock. Pediatrician ordered antibiotics, intravenous fluid resuscitation, and inotropic drugs. The patient retained foley's cath and was urinating well. On the second day of admission he was extubation. Blood lactate levels were 1.0 at time of admission, 2.3 at the following day, and 1.0 next 8 hours. Nursing diagnoses included 1) Septic shock 2) risk of hypoxia due to respiratory acidic 3) Gastrointestinal infection 4) Hypokalemia 5) Parental anxiety related to child's illness And 6) Parental lacks knowledge in taking care of a sick child at home. The patient got nursing care until the problem has been resolved. After completing 5 days of treatment Hemo culture and stool culture are normal. The patient is able to eat without diarrhea or vomiting. The doctor has discharged the patient, and the total hospital stay was 6 days.

**Conclusion** : The patient is safe from septic shock and acute gastroenteritis with no complications. They can resume normal daily activities due to appropriate, prompt, and standardized nursing care. This case study can serve as a guideline for nursing care to pediatric patients with acute gastroenteritis and septic shock.

**Key word** : Nursing care for pediatric patients with acute gastroenteritis, Septic shock,

---

\*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital



## การพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อระบบทางเดินอาหารที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

กษมา กุลทองคำ, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร เป็นโรคที่พบบ่อยในเด็ก เนื่องจากภูมิคุ้มกันและการเจริญเติบโตยังไม่เต็มที่ สาเหตุของโรคเกิดจากการรับประทานอาหารและน้ำที่ไม่สะอาด โรคนี้เป็นอันตรายถึงชีวิต หากขาดน้ำระดับรุนแรง หรือมีการลุกลามจนติดเชื้อในกระแสเลือดและเกิดภาวะช็อก ส่งผลให้เกิดการล้มเหลวของระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่นไต ปอด หัวใจ สมอ และการทำงานของลำเลวเฉียบพลัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในระยะวิกฤต ในการให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ตลอดจนการดูแลระยะต่อเนื่อง จนถึงจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อระบบทางเดินอาหารที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 13 ปี ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ ไข้สูง หนาวสั่น ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ 2 ครั้ง อาเจียน 2 ครั้ง T 38.4 C P 90 /min BP 95/39 mmHg RR = 20 /min ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การรักษาตามแนวทางการดูแล septic shock แล้วส่งมารักษาต่อ แกร็บในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Coma score E4VTM6 อ่อนเพลียมาก สัญญาณชีพแรกรับ T38.4 C P90 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 101/57 mmHg O2 sat 99% on ET-tube no.7 mark 21 ต่อกับ ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี Dx. Acute gastroenteritis with septic shock กุมารแพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ Intravenous fluid resuscitation และ on Inotropic drug คาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะออกดี วันที่ 2 หลัง Admit สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผล Blood Lactate 1.0 ในวันแรกรับ 2.3 ในวันถัดมา และ 1.0 ถัดมา 8 ชั่วโมงจากครั้งที่สอง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะเลือดเป็นกรด 3. มีการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร 4. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ 5. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร 6. มารดาขาดความรู้ในการดูแลอาการเจ็บป่วยของเด็กที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจนปัญหาได้รับแก้ไข หลังได้รับการรักษาครบ 5 วัน ผลตรวจเลือดและผลตรวจอุจจาระปกติ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีถ่ายเหลว อาเจียน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 6 วัน

**สรุปกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร และไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ จากการให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีมาตรฐาน กรณีศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อระบบทางเดินอาหารที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal infection) หมายถึง การติดเชื้อของอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก โดยการติดเชื้ออาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส โปรโตซัว หรือปรสิต<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินอาหารจำนวน 2,000,000 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 2,200,000 ราย ในปี พ.ศ. 2564 และเพิ่มขึ้นเป็น 2,500,000 รายในปี พ.ศ. 2565<sup>2</sup> กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ หรือ Acute gastroenteritis เป็นโรคหนึ่งของการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร คือเกิดจากความผิดปกติระบบกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบเกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคลำไส้ที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โดยไวรัสที่พบบ่อยที่สุดคือ ไวรัสโรต้าการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับจำนวนเชื้อ ความรุนแรงของเชื้อ และภูมิคุ้มกันของเด็กที่รับเชื้อเข้าไป ซึ่งโดยปกติเชื้อโรคจะถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะอาหารหากเชื้อถูกทำลายหมดก็จะไม่เกิดโรค แต่ถ้าเชื้อสามารถเข้าสู่ลำไส้เล็กที่มีภาวะเป็นด่าง เชื้อจะทำให้เกิดโรคโดยผลิตพิษไปกระตุ้นเยื่อลำไส้ให้หลั่งน้ำและเกลือแร่จากลำไส้สู่ร่างกายมากกว่าปกติ อาการที่พบ ได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องอย่างรุนแรง อาจพบไข้สูง ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลียและหนาวสั่นได้ หากพิษจากเชื้อโรคที่ผลิตออกมาเข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ซึ่งอาการอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ เช่น รักษาภาวะขาดน้ำ ให้ยาลดไข้ในกรณีที่ไข้ โดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านจุลชีพ ยกเว้นในเด็กที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ทารกแรกเกิด หรือเด็กที่มีภาวะ septicemia<sup>3</sup>

การรักษาพยาบาลในรายผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยนั้นเป็นการพยาบาลที่ซับซ้อนเนื่องจากภาวะวิกฤติและอาการแทรกซ้อนต่างๆที่ต้องรักษาให้ทันที่ หลักการคือ พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ septic shock การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การรักษาภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร และรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามมา

สถิติหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี 2563, 2564, 2565 มีผู้ป่วยเด็ก Acute gastroenteritis จำนวน 468, 457 และ 562 ราย เกิดอาการรุนแรงนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จำนวน 15, 15 และ 21 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก ภาวะ sepsis 2, 3 และ 7 ราย ตามลำดับ<sup>4</sup> ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กรณีศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินอาหารที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

เด็กชายไทย อายุ 13 ปี ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย ไข้สูง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง อาเจียน 2 ครั้ง อ่อนเพลียมาก 5 ชั่วโมง ก่อนนมา มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก

## อาการสำคัญ

ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

## ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมา เด็กไข้ ปวดศีรษะ มารดาให้ยาลดไข้รับประทาน อาการไม่ทุเลา

5 ชั่วโมงก่อนมา ไข้สูง หนาวสั่น ถ่ายอุจจาระเหลว 2 ครั้ง อาเจียน 2 ครั้ง อ่อนเพลียมาก มารดาพาไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การรักษาตามแนวทางการดูแล septic shock ปรีกษากุมารแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้ส่งมารักษาต่อ

## ประวัติเจ็บในอดีต

ปฏิกิริยาโรคประจำตัว ปฏิกิริยาการแพ้ยาและสารเคมี



**การวินิจฉัยโรค** Septic shock and Acute gastroenteritis

**การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ**

**รูปร่างทั่วไป :** รูปร่างสูง ส่วนสูง 170 เซนติเมตร น้ำหนัก 55 กิโลกรัม

**สัญญาณชีพ :** T=38.4 C P=90 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP= 101/57 mmHg O2sat 94-99%

**ระบบประสาท :** รู้สึกตัวดี Coma score E4VTM6

**ผิวหนัง :** ชุ่มชื้นไม่แห้ง

**ศีรษะและใบหน้า :** ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนต่อมน้ำเหลืองโต ตา 2 ข้างสมมาตร มองเห็นปกติ  
หูได้ยินปกติ จมูกสมมาตรดี ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก

**ทรวงอกและทางเดินหายใจ :** ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7 mark 21 ต่อเครื่องช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี  
เสียงลมในปอดโล่งดี เท่ากัน 2 ข้าง

**หัวใจและหลอดเลือด :** การเต้นของหัวใจปกติ 90/min แรงดี on Dopamine 2:1 iv drip 8 ml/hr

**ช่องท้องและทางเดินอาหาร :** ท้องนุ่มดี ท้องไม่อืด Bowel sound 4-5/min

**กล้ามเนื้อและกระดูก :** ปกติ แรงเท่ากันสองข้าง ไม่มีบาดแผล

**ระบบทางเดินปัสสาวะ :** ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลือง

**ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ :** ปกติ

**สภาพจิตใจ :** หวาดกลัวเล็กน้อย

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ**

CXR: no infiltration ET-TUBE proper position

สิ่งส่งตรวจ	วันเดือนปี/ผลการตรวจ	วันเดือนปี/ผลการตรวจ	วันเดือนปี/ผลการตรวจ
	05/11/2564	06/11/2564	10/11/2564
CBC	WBC 9000 NE%88.4 ↑ Plt. 150,000	NA	NA
Blood lactate	1.0	2.3 , 1.0	NA
VBG	pH.7.32 ↓ pCO2 49 ↑ pO2 88 ↓ Hct 35% HCO3 24 BE 2.5	pH 7.40 pCO2 34 mmHg pO2 96 mmHg HCO3 22 BE SO2c 98% BE 1.8 mmol/L ↔	NA
Potassium (K)	3.2 ↓	3.7 ↔	NA
Stool exam	WBC 10-20 cells ↑	NA	NA
Stool Culter	ส่งตรวจ Day1	NA	No growth in 5 days
Hemo Culter	ส่งตรวจ Day1	NA	No growth in 5 days

**สรุปการดำเนินโรคขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล**

**วันที่ 1** รับใหม่ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Coma score E4VTM6 อ่อนเพลียมาก สัญญาณชีพแรกรับ T=38.4 C P=90 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP= 101/57 mmHg O2 sat 99% ใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี on 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr on Dopamine 2:1 iv drip 8 ml/hr แพทย์ตรวจอาการ เปลี่ยนเป็น Norepinephrine 4:100 iv drip 3 ml/hr. และปรับขึ้นเป็น 6 ml/hr ให้ Ceftriaxone 2 gm iv drip OD , Metronidazole 500 mg iv drip q 8 hrs. ผล Blood Lactate 1.0 → 2.3 งดน้ำและอาหาร เว้นยา คาสายสวนปัสสาวะไว้ ผู้ป่วยพักได้

**วันที่ 2** ผู้ป่วยเด็กภูฏาน E4VTM6 ตื่นดี แพทย์ถอดท่อช่วยหายใจ ให้ on O2 mask c bag 10 LPM ยังมีไข้ T 38.1 ยังมีถ่ายเหลว 1 ครั้ง ไม่อาเจียน ผล Blood lactate 1.0 on 0.9%NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr ลด rate Norepinephrine 4:100 iv drip 6 ml/hr. K = 3.2 ให้ KCL. Elixir 30 ml oral 1 dose หลังให้ยา ตรวจ K = 3.7 ให้จิบน้ำได้ ไม่มีถ่ายเหลว อาเจียน

**วันที่ 3** ผู้ป่วยเด็กภูฏาน E4MV5 on O2 cannular 3 LPM ไม่มีไข้ T 37.2 C P 74/min RR 20/min BP 111/49 mmHg แพทย์ปรับลด และหยุดให้ยา Norepinephrine On 0.9%NSS 1,000 ml iv drip 40 ml/hr ถอดสายสวนปัสสาวะ ให้รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีถ่ายเหลว อาเจียน

**วันที่ 4** ผู้ป่วยเด็กภูฏาน สดชื่นขึ้น E4M6V5 หายใจ Room air O2sat 100% on nss lock ไว้ รับประทานอาหารได้ ไม่มีถ่ายเหลว อาเจียน

**วันที่ 5** ผู้ป่วยเด็กสดชื่นขึ้น E4M6V5 on nss lock T 36.5 C P 60/min RR 20/min BP 118/65 mmHg ผล Stool culture no growth in 5 days ผล Hemo culture no growth in 5 days ยังอยู่ให้ยา Ceftriaxone 2 gm iv drip OD Metronidazole 500 mg iv drip q 8 hrs. จนครบ 5 วัน รับประทานอาหารได้ ไม่มีถ่ายเหลว อาเจียน

**วันที่ 6** ผู้ป่วยเด็กภูฏาน อาการทั่วไปปกติ ไม่มีถ่ายเหลวอาเจียน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ ให้รับประทานยา ปฏิชีวนะจนครบ 14 วัน (รวมนับจำนวนวันที่ฉีดยา) แพทย์นัดตรวจ 2 สัปดาห์

#### การวางแผนการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะ septic shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน 1. BP 76/46 mmHg ↓ T 38.4 C ↑

2. CBC : WBC 8,800 uL Neutrophil 88% ↑

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล 1. สัญญาณชีพปกติ T 36.0-37.4 C P 60-80/min RR 16-24/ min BP 90/60 – 120/80 mmHg

2. Blood Lactate 0.5 -2.2 (mmol/L)<sup>5</sup>

3. ผล Hemo culture ไม่พบเชื้อ

4. urine output  $\geq$  0.5 ml/kg/hr

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย  
2. หักถ่วงการเจาะเลือดส่ง Blood Lactate, Hemo culture และส่ง Stool culture  
3. ดูแลให้ Inotropic drug และสารน้ำทางหลอดเลือดตามแผนการรักษา คือ 0.9% NSS iv drip 80 ml / hr และ Norepinephrine (Levophed) 4:100 iv drip 3 ml/hr. ในกรณีศึกษาให้ยาทาง peripheral line โดยใช้ infusion pump เพื่อให้สามารถควบคุมการไหลของยาได้ดีและปรับเพิ่มตามความจำเป็นตามคำสั่งแพทย์ โดยต้องติดตามการตอบสนองของผู้ป่วย เช่น BP, ค่า MAP

4. รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาหยุดยาหรือปรับลดขนาดยาเมื่อผู้ป่วยเด็ก BP>120/80 mmHg หรือ HR>180 ครั้ง/นาที

5. สังเกต Signs ของ extravasation และ vasoconstriction (บริเวณที่ให้ยาจะมีลักษณะซีด, ขาวและเย็น)<sup>7</sup> ผลข้างเคียงความดันโลหิตสูงซึ่งขึ้นกับขนาดยา เช่น อาการปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้า หรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน และ ปัสสาวะคั่ง หากมีอาการเปลี่ยนแปลงรีบรายงานแพทย์

6. ดูแลให้ antibiotics drug ตามแผนการรักษา คือ ยา Ceftriaxone 2 gm iv drip OD, Metronidazole 500 mg iv drip q 8 hrs.

7. หลังใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกตและ บันทึกจำนวน ลักษณะปัสสาวะที่ออกต้องมากกว่า 0.5 ml/kg/hr

8. สังเกตปริมาณ ลักษณะ และ จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระเหลว อาเจียน และจดบันทึก

9. รายงานแพทย์หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจาก septic shock สัญญาณชีพปกติ T 36.5 C P 60/min RR 20/min BP 118/65 mmHg สามารถหยุดยา Norepinephrine (Levophed) ได้ในวันที่ 3 ของการนอนรักษา
2. ผล Blood Lactate 1.0 --> 2.3 และ 1.0 ที่เวลาแรกรับ 21.00 น., 15.00 น.(วันถัดมา) และ 18.00 น. ตามลำดับ
3. ผล Hemo culture no growth in 5 days
4. วันที่ 1 urine ออก 1.13 ml/kg/hr วันที่ 2 1.13 ml/kg/hr ตามเกณฑ์ปกติ และสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะเลือดเป็นกรด

ข้อมูลสนับสนุน 1. RR = 20-24/min O2 sat 94%

2. VBG : pH. 7.32 ↓ pCO2 49 pO2 88 ↓ Hct 35% HCO3 24 BE 2.5

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน 1. no cyanosis O2 sat  $\geq$ 95%

2. สัญญาณชีพปกติ คือ P 60-80/min RR 16-24/min BP 90/60 – 120/80 mmHg

3. ผล VBG ปกติ คือ pH 7.35-7.45 pCO2 35-45 mmHg pO2 80-100 mmHg HCO3 18-23 mmol/L

SO2c 95-98% BE -2.0-2.0 mmol/L

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ O2 sat ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบ ปีกจมูกบาน ไซ้กล้ามเนื้อหน้าอกช่วยหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวหรือซีด เหงื่อออก
2. ดูแลให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพตามคำสั่งแพทย์ คือ ventilator Mode CMV TV 400 RR 20 peep 5 FiO2 0.6 และดูแลให้เป็นระบบปิด
3. ประเมินความโล่งของทางเดินหายใจ และเสียงปอด ประเมินทุก 2 ชั่วโมง และดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะ ใช้เวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 15 วินาที ใช้หลัก aseptic technique เพื่อป้องกันการเกิด VAP
4. จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ช่วยให้ระบบการหายใจดี และป้องกันการสูดสำลัก<sup>o</sup>
5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานให้แพทย์ทราบ

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเด็กหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี no cyanosis O2 sat 99-100% สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันถัดไป
2. สัญญาณชีพ BP 110/64 mmHg P 88/min RR 20/min
3. VBG pH 7.40 pCO2 34 mmHg pO2 96 mmHg HCO3 22 BE SO2c 98% BE 1.8 mmol/L

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1. ถ่ายเหลว 2 ครั้ง อาเจียน 2 ครั้ง

2. ไข้ T = 38.4 C ↑

3. CBC WBC 9,000/uL Neutrophil 88% ↑, Stool exam: WBC 10-20 cells

### เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีถ่ายเหลว ถ่ายปกติ ไม่มีอาเจียน
2. ไม่มีไข้ T= 36.0-37.4 C
3. Stool culture ไม่พบเชื้อ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ เพื่อประเมินการติดเชื้อ

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ถ่ายเหลว อาเจียน ปวดท้องมาก ไข้ หนาวสั่น
3. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา คือ 0.9% NSS 1,000ml iv drip 80 ml/hr และพิจารณาให้ metronidazole 500 mg iv q 8 hrs ร่วมด้วยกรณีมีภาวะการติดเชื้อในช่องท้อง และ Ceftriaxone 2 gm iv drip OD
4. ดูแลเก็บสิ่งส่งตรวจ stool culture เพื่อตรวจสอบการติดเชื้อตามแผนการรักษา
5. สังเกตลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งอุจจาระที่ผู้ป่วยขับถ่าย และจดบันทึก
6. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติ และรายงานให้แพทย์ทราบ

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเด็กยังมีถ่ายเหลว 1 ครั้ง ในวันถัดมา และไม่มีถ่ายเหลว อาเจียน จนถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน
2. ผู้ป่วยเด็กยังมีไข้อีกครั้งหลังรับไว้ คือ T = 38.7 C และไม่มีไข้จนถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน
3. Stool culture no growth in 5 days

#### วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 Hypokalemia

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. serum K 3.2
2. ถ่ายเหลว 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับโปแตสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

##### เกณฑ์การประเมิน

1. serum K 3.5-5.3 mmol/L
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก Hypokalemia เช่น Arrhythmia ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง
3. EKG sinus rhythm

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจ หรือชีพจร ดูการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จากการ on Monitor EKG ว่ามี Arrhythmia หรือไม่
2. อาการและอาการแสดงของภาวะ Hypokalemia เช่น ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง
3. ดูแลให้ได้รับยา KCL Elixir 30 ml oral \*1 dose พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ สับสน การทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ EKG ผิดปกติ มีโปแตสเซียมในเลือดสูง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง
4. ส่งตรวจ serum K ซ้ำในวันถัดมาเวลา 06.00น. ติดตามผลการตรวจและรายงานให้แพทย์ทราบ

##### การประเมินผล

1. serum K 3.7 mmol/L
2. ผู้ป่วยเด็กไม่มี Arrhythmia monitor EKG: sinus rhythm HR 72-88/min
3. ท้องไม่อืด ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง motor power =5

#### วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บภาวะวิกฤตของบุตร

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาสีหน้ากังวล
2. มารดาผู้ป่วยคอยสอบถามอาการผู้ป่วยและความก้าวหน้าของการรักษาบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความกังวลของมารดาผู้ป่วย และเข้าใจร่วมมือกับแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาล

##### เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาสีหน้าคลายกังวล ยิ้มแย้มเมื่อทักทาย
2. ตอบคำถามได้ถูกต้อง และร่วมมือกับแผนการรักษาของแพทย์



## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยกับญาติผู้ป่วยด้วย ท่าทางอ่อนโยน ให้กำลังใจ ตั้งใจรับฟังปัญหาและช่วยเหลือ ประคับประคองด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. ช่วยประสานให้พบแพทย์เพื่อรับฟังการดำเนินของโรค อธิบายให้ญาติทราบ เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติซักถามอาการหรือปัญหาข้อข้องใจต่างๆ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ระยะของการเจ็บป่วย อธิบายให้ญาติทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

### การประเมินผล

หลังจากมารดาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาของแพทย์ และอาการของผู้ป่วยแล้ว สีหน้าคลายความวิตกกังวล ยิ้มแย้มเมื่อทักทาย ยอมรับกับการเจ็บป่วยภาวะวิกฤติของบุตร และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างดี

## วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 มารดาขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน

### ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาซักถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน
2. สีหน้ากังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้แก่มารดาให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน มารดาสามารถตอบคำถามหลังจากให้ความรู้ได้ถูกต้อง สีหน้าคลายกังวล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่มารดาให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน โดยใช้หลัก D-METHOD
2. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำและทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังกลับบ้าน เช่น การรับประทานยา การตรวจตามนัด และการสังเกตสิ่งผิดปกติที่ต้องกลับมาตรวจซ้ำ เช่น ไข้สูง ปวดท้องมาก ถ่ายเหลว อาเจียน เป็นต้น
3. ซักถามย้อนกลับเพื่อประเมินความรู้หลังจากให้คำแนะนำ

### การประเมินผล

มารดาเข้าใจดี ตอบคำถามได้ถูกต้อง สีหน้ายิ้มแย้ม

## สรุปกรณีศึกษา

เด็กชายไทย อายุ 13 ปี ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด รับไว้ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Coma score E4VTM6 อ่อนเพลียมาก ความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพแรกเริ่ม T=38.4 C P=90 ครั้ง/นาที R= 20 ครั้ง/นาที BP = 101/57 mmHg O2 sat 99% ใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ on 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr on Norepinephrine (Levophed) 4:100 iv drip 3 ml/hr. ได้ Ceftriaxone 2 gm iv drip OD, Metronidazole 500 mg iv drip q 8 hrs. หลังรับการรักษา ค่า Blood Lactate 1.0 --> 2.3 และ 1.0 ที่เวลาแรกเริ่ม 21.00 น., 15.00 น.(วันถัดมา) และ 18.00 น. ตามลำดับ อาการผู้ป่วยดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ใช้ระยะเวลาการรักษา 6 วัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยสามารถประเมินและติดตามการดำเนินโรคได้มาก กรณีศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค ปัญหา สุขภาพ การรักษาพยาบาล และผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อในกระแสเลือด อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

## วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อระบบทางเดินอาหารที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและซับซ้อน การพยาบาลที่สำคัญคือการพยาบาลในระยะวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วย septic shock ที่ต้องมีการบริหารยาความเสี่ยงสูง การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ควรมีทีมพยาบาลที่ให้การพยาบาลได้ถูกต้อง รวดเร็ว สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ตลอดจนการดูแลระยะต่อเนื่อง จนถึงจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วย sepsis อย่างต่อเนื่อง เช่น สมรรถนะด้านการประเมิน SIRS การคัดกรองผู้ป่วย sepsis ก่อนเข้าสู่ระยะ septic shock
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงาน เข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตเพิ่มเติม
3. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล หรือ CNPG เพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรพยาบาล ตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหน่วยงานเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

## สรุป

การติดเชื้อระบบทางเดินอาหารเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็ก Acute gastroenteritis เป็นโรคหนึ่งที่พบบ่อย และมีผลกระทบรุนแรงที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากกรณีศึกษา พบว่าผู้ป่วยมี ภาวะ septic shock ซึ่งได้รับการรักษาภาวะ septic shock จากโรงพยาบาลชุมชนมาก่อนแล้ว จะเห็นได้ว่าหากไม่ได้รับการรักษาทันที่ที่ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ พยาบาลที่ศึกษาจึงมีบทบาทการดูแลผู้ป่วย septic shock อย่างต่อเนื่องจนปลอดภัย และให้การพยาบาลลดการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารจนปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และกลับบ้านใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารไทย. รายงานประจำปี สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารไทย ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารไทย; 2566.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในประเทศไทย ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. มัณฑนาวัตี เมธาพัฒนา. การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร. เอกสารประกอบการสอนบท GI ปรับปรุง 28 พ.ย. 2564. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2564.
4. กุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลกำแพงเพชร. แบบประเมินตนเอง. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
5. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ภาควิชาพยาธิวิทยา ศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล; 2566.
7. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs: HAD) โรงพยาบาลศิริราช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เมษายน; 2560.
8. ภัทรธีรนนท์ ศุทธิชนวัชรการพยาบาล. คู่มือสำหรับนักศึกษาพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานด้านพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทาลัยมหิดล; 2559.

## Nursing care postpartum hemorrhage due to retained placenta with birth asphyxia : A Case study

Mongkol Thawatwong, B.N.S\*

### Abstract

**Introduction :** Postpartum hemorrhage and birth asphyxia is still a major death problem for in Thailand. The role of nurse delivery room was important in keeping the delivery safety must have the knowledge and ability to take care at all stages of delivery. Keep your mother and newborn safety, no complication.

**Objectives :** To provide effective nursing care for postpartum hemorrhage due to retained placenta with birth asphyxia

**Case Study :** Thai woman pregnancy, 18 years old, gestational age 40 weeks and no underlying disease, was admitted to Pangsilathong Hospital with a labor pain and bloody mucus before 3 hours and 30 minutes. In 1<sup>st</sup>- 2<sup>nd</sup> phase of labor stage provide nursing care for reduce anxiety, relieve pain, increase comfort, monitoring of perinatal asphyxia and nursing care according to a guideline of postpartum hemorrhage prevent. Normal delivery outcome is live male baby, weigh 2,140 grams, APGAR SCORE at 1, 5 and 10 minute is 2, 8 and 8. Found that the newborn have an asphyxia and apnea. He was resuscitate, endotracheal tube incubation and safely transferred to Kamphaengphet Hospital. During placenta delivery, we founded that placenta was retained and manual of remove placenta was done. In the 3<sup>rd</sup> phase of delivery used time about 1 hour and 2 minutes that nursing care is intravenous fluid, oxygenation therapy, give a medicine to induce contraction of the uterus. Estimate blood loss is about 500 cc. The uterus is good contracts. While repairing the wound had a little bleeding is about 100 cc. Total estimate blood loss is about 600 cc. No shock. In postpartum nursing care unit monitoring found that no bleeding within 24 hours but Hematocrit decreased from 39% to 27.5%. Discharge status is normal and no other complications.

**Conclusion :** This case study shows that the performance of nurse in delivery room can surveillances for postpartum hemorrhage and consult a doctor in the time is very essential for patient's safety in the delivery and no complications of violent both mother and baby. Due to an obstetric emergency in Pangsilathong Hospital is rare. So that knowledge and performance of obstetric emergency of nurses in Pangsilathong Hospital should be activated regularly.

**Keywords :** Nursing care with postpartum hemorrhage, Birth asphyxia

---

\*Registered Nurse, professional level, Pangsilathong Hospital, Kamphaeng Phet Province

## การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้าง ร่วมกับทารกมีภาวะขาดออกซิเจน : กรณีศึกษา

มงคล รัชชวงษ์, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด และทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน ยังเป็นเป็นปัญหาการตายที่สำคัญในประเทศไทย พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัย จึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอด เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้างร่วมกับทารกมีภาวะขาดออกซิเจน อย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** หญิงไทย อายุ 18 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปางศิลาทองด้วยอาการเจ็บครรภ์ และมีมูกเลือด ก่อนมา 3 ชั่วโมง 30 นาที ปฏิเสธโรคประจำตัว ระยะที่ 1-2 ของการคลอด ให้การพยาบาลลดความวิตกกังวล บรรเทาอาการปวด เพิ่มความสุขสบาย เฝ้าระวังภาวะทารกขาดออกซิเจน ให้การดูแลตามแนวทางเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,140 กรัม APGAR SCORE ที่ 1, 5, 10=2, 8, 8 คะแนน มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ได้รับการแก้ไขช่วยกู้ชีพ มีหายใจเหนื่อย ได้รับการช่วยเหลือใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างปลอดภัย ระหว่างทำคลอดรก พยาบาลผู้ทำคลอดประเมินได้ว่าทารกติดแน่น แพทย์เวรมีการทำสูติศาสตร์หัตถการล้วงรก ระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนาน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 2 นาที ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยการเพิ่มสารน้ำ ให้ออกซิเจน ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแนวทาง หลังรกคลอดเลือดออก 500 cc. มดลูกหดตัวดี ขณะทำการซ่อมแซมขนาดแผล มีเลือดออกมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หลังเย็บแผลเสร็จเลือดออกทางช่องคลอด รวมทั้งสิ้น 600 cc. ไม่มีภาวะช็อก ย้ายมารดาดูแลต่อหลังคลอด ให้การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมง พบมีความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 39% เป็น 27.5% ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆและจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามปกติ

**สรุป :** จากกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่าพยาบาลที่ดูแลผู้คลอดสามารถประเมิน และเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รวดเร็ว และปรึกษาแพทย์ได้ทันเวลา ทำให้ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือโดยการล้วงรก และทารกได้รับการกู้ชีพได้ทันเวลาที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งมารดาและทารก เนื่องจากภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลปางศิลาทองเกิดขึ้นน้อย ดังนั้นการทบทวนความรู้ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์อย่างสม่ำเสมอในหน่วยงาน เป็นสิ่งสำคัญ และมีประโยชน์สำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลปางศิลาทอง เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมิน เฝ้าระวัง และทำการช่วยเหลือได้ทันที่

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

## บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุดถึงร้อยละ 27.1 โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมา คือ มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด และมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งการเหลื่อมค้างของรกหรือเศษรกค้างภายในโพรงมดลูก ซึ่งจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มีเลือดออกมาก เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอด ต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในจัดการระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ<sup>1,2,3</sup> ซึ่งเป็นช่วงเวลาสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ทำให้มีคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ออกซิเจนในเลือดต่ำ เกิดภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือจากการไม่มีการระบายอากาศที่ปอด และการกำซาบที่ปอดน้อยลงหรือไม่เพียงพอ หลังจากคลอดแล้วหลายกรณีที่ส่งผลให้อวัยวะต่างๆภายในร่างกายมีเลือดและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ มีผลต่อระบบร่างกายทารกโดยเฉพาะสมองและทางเดินหายใจ พยาบาลที่ดูแลต้องมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงของมารดาและทารกในครรภ์ทุกระยะของการคลอด การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ และทีมบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพ<sup>5</sup> ทำให้ลดหรือป้องกันภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนและการตายในทารกแรกเกิดได้

สถิติการคลอดในโรงพยาบาลปางศิลาทอง ปี 2564, 2565, 2566 มีจำนวนผู้คลอด 85, 85, 72 ราย มีมารดาตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2, 1, 1 ราย คิดเป็น 2.35, 1.18 และ 1.39 ตามลำดับ<sup>6</sup> ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด และเป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการดูแลผู้มารับบริการคลอดของหน่วยงานห้องคลอด จากการทบทวนสาเหตุมารดาตกเลือดหลังคลอดพบเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี และรกค้าง ถึงแม้สถิติค่อนข้างน้อย แต่เมื่อทบทวนเวชระเบียนผู้คลอดพบว่ามีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤติอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องพักรักษาตัวนานขึ้น และส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามภาวะตกเลือดหลังคลอดสามารถป้องกันได้ และรักษาได้ เพื่อลดอัตราการตาย ลดความรุนแรง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญต่อสภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้คลอดตั้งแต่ระยะระคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ ทักษะในการคัดกรอง ประเมินปัจจัยเสี่ยง และการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้มารดาคลอดทุกคนปลอดภัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้างร่วมกับทารกมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างมีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป :** หญิงตั้งครรภ์อายุ 18 ปี สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาพุทธ

**อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล :** เจ็บครรภ์และมีมูกเลือด ก่อนมา 3 ชั่วโมง 30 นาที

**ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน**

หญิงตั้งครรภ์ G1POPOAOL0 ผ่าครรภ์ รพ.หัวหิน และรพ.ปางศิลาทอง 4 ครั้ง อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ นับตามอัลตราซาวด์ 3 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็ง มีมูกเลือด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

**ประวัติเจ็บป่วยในอดีต :** ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรงใดๆมาก่อน ปฏิเสธโรคประจำตัว

**การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ**

**การตรวจร่างกายทั่วไป :** ลักษณะทั่วไป หญิงไทยวัยรุ่น ผิวขาวเหลือง รูปร่างค่อนข้างผอม แขน ขา และเท้าไม่บวม สัญญาณชีพ BP 149/96 mmHg, T 37°C, RR 20 ครั้ง/นาที, PR 60 ครั้ง/นาที (15 นาทีวัดซ้ำ BP 115/71 mmHg) น้ำหนัก 49 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร

**การตรวจครรภ์ :** ยอดมดลูกอยู่ในระดับ 3/4 เหนือระดับสะดือ วัดได้ 26 ซม. FHS 138 ครั้ง/นาที ทำ ROA, Uterine contraction I= 2 นาที D= 30 วินาที ระดับความแรง 2+

**ตรวจภายใน :** Cervix dilate 1 cm. Effacement 25 %, station O, Membrane intact, Presentation Vertex, Pelvis= IP diameter > 10 cm. Ischial spines =Blunt, Assessment = Adequate

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้คลอดเข้ารับบริการช่วงนอกเวลาทำการ ห้องตรวจปฏิบัติการชันสูตรปดจึงไม่ได้ตรวจเลือดอย่างอื่นได้ เจาะ Hct. ปลายนิ้วได้ 39%, Urine Albumin/Sugar ปกติ

ผล CBC วันที่ 4 กันยายน 2566 : WBC 18,250 cell/cumm, Hb.12.8 g/dl, Hct.37.5%

ผล CBC วันที่ 5 กันยายน 2566: WBC 13,170 cell/cumm, Hb.9.4 g/dl, Hct.27.5%

การวินิจฉัยของแพทย์ : Spontaneous vertex delivery with postpartum hemorrhage due to retain Placenta

## การดำเนินของโรคระหว่างให้การดูแล

วันที่ 4 กันยายน 2566 ผู้คลอดมีท้องแข็งถี่ขึ้น I=2 นาที D=40 วินาที Severity 3+ มีอาเจียนเป็นน้ำปนเศษอาหาร 1 ครั้ง FHS 138/min Cervix dilate 4 cm., effacement 75%, Station 0, MR ลักษณะเป็น moderate meconium, On Mask c bag 10 LPM, Monitor EFM, On 0.9%NSS 1000 ml. IV drip 60 cc/hr. รายงานแพทย์ จัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือมารดาและทารก คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,140 กรัม APGAR SCORE ที่ 1, 5, 10=2, 8, 8 คะแนน ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ได้รับการช่วยกู้ชีพตามแนวทาง ยังมีหายใจเหนื่อย ได้รับการช่วยเหลือใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างปลอดภัย มารดาหลังคลอดได้รับยา Oxytocin 10 unit IM, Oxytocin 20 unit add in 0.9%NSS 1000 cc IV drip rate 150 cc/hr. ระยะที่ 3 ของการคลอด ทำคลอดตรกด้วยวิธี Controlled cord traction เกิดรกติดแน่น รายงานแพทย์ ให้ยา Pethidine 25 mg IV, Diazepam 10 mg IV แพทย์ทำการล้างรกครบ รกลักษณะเป็น Calcification ช่วยคลึงมดลูกที่หน้าท้องให้แข็งเป็นก้อนกลม หลังรกคลอดเลือดออก 500 cc. ให้ RLS 1000 cc IV load 500 cc. มดลูกหดรัดตัวดี ขณะทำการซ่อมแซมบาดแผล มีเลือดออกมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หลังเย็บแผลเสร็จเลือดออกทางช่องคลอด รวมทั้งสิ้น 600 cc. ไม่มีภาวะช็อก ย้ายมารดาดูแลต่อหลังคลอด เพาะระวังภาวะตกเลือด หลังคลอดภายใน 24 ชม.

วันที่ 5 กันยายน 2566 มารดาหลังคลอดแข็งแรงดี อาการทั่วไปปกติ นานนมไหลบีบซึมมากขึ้น มดลูกแข็งกลมหดรัดตัวดี ปวดแผลและปวดมดลูกเป็นพักๆ น้ำคาวปลาออกน้อยลง ติดตามความเข้มข้นของเลือด จากเดิม 39% เหลือ 27.5% ลดลง 11.5% เพิ่มยาบำรุงเลือด และติดตามความเข้มข้นของเลือด 2 สัปดาห์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

การวางแผนการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### ระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. หมอคะ นานไหมกว่าจะคลอด
2. ผู้คลอดสีหน้าวิตกกังวล คอยสอบถามข้อมูลเรื่องการคลอดตลอด ถามซ้ำไปซ้ำมา

### วัตถุประสงค์

เพื่อเตรียมผู้คลอดให้มีความพร้อม และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดเข้าใจแผนการรักษา และกระบวนการคลอด ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่น พูดคุยกับสามีและญาติได้ นอนหลับพักผ่อนได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แรกรับผู้คลอดไว้ในห้องรอคลอด แนะนำให้ทราบเกี่ยวกับสถานที่ เครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็น ระเบียบ การปฏิบัติตัวขณะนอนรอคลอด เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
2. ส่งเสริมความไว้วางใจ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้คลอดกล้าซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจต่างๆ



- อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและความปลอดภัยในการคลอด
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
- จัดทำนอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าที่สบายและเหมาะสม เพื่อให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อมากที่สุด
- ก่อนทำกิจกรรมการพยาบาลให้แจ้งผู้คลอดรับทราบก่อนทุกครั้ง
- ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อุณหภูมิพอเหมาะ และมีการถ่ายเทอากาศที่ดี

#### การประเมินผล

ผู้คลอดเข้าใจแผนการรักษา และกระบวนการคลอด ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบาย เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

##### ข้อมูลสนับสนุน

- หนูปวดท้อง อีคนานใหม่คะกว่าหนูจะคลอด
- ผู้คลอดแสดงสีหน้าเจ็บปวด ร้อง และมีอาการเกร็งแขนและขา ขณะที่มดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที, Duration 40-45 วินาที Severity 3<sup>+</sup>, Membrane rupture
- Pain score = 8

##### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

##### เกณฑ์การประเมินผล

- ขณะมดลูกหดรัดตัวผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวด ไม่ร้อง และดิ้นไปมา
- Pain score < 8

##### กิจกรรมการพยาบาล

- อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและความปลอดภัยในการคลอด
- การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยให้ผู้คลอดเพ่งจุดสนใจที่ใดที่หนึ่ง เช่น ขณะมดลูกหดรัดตัวให้เพ่งความสนใจไปที่ลูกของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลงได้เช่นกัน
- จัดทำนอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าที่สบายและเหมาะสม เพื่อให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อมากที่สุด
- ประคบประครองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่
- ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อุณหภูมิพอเหมาะ และมีการถ่ายเทอากาศที่ดี
- ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจ ดูแลให้ทำอย่าง ถูกวิธี ทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว เพราะการผ่อนคลายเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ผลดี
- กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือ บริเวณกลางกระดูกสันหลัง ต้นขาและหน้าท้อง ซึ่งการกระตุ้นผิวหนังเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย โดยให้สามีหรือญาติช่วยทำให้

##### การประเมินผล

ผู้คลอดทำตามคำแนะนำได้ แต่เวลามีท้องแข็งยังมีร้องครางเป็นพักๆ ดิ้นไปมาน้อยลง Pain score = 7

### ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. G<sub>1</sub>P<sub>0</sub> GA 40 wks. by U/S, HF 26 cm. ภาวะเสี่ยงขาดสารอาหารระดับ 2
2. Cervix dilate 4 cm. Effacement 75%, Station 0, Membrane rupture น้ำคร่ำเป็น Moderate meconium

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันอันตรายจากการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. คะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิด (APGAR SCORE) ไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน ในเวลา 1 นาที หลังคลอด
2. ทารกมีอัตราการหายใจสม่ำเสมอประมาณ 40-60 ครั้ง/นาที
3. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้ง/นาที

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอด้วยการติด Monitor FHS ให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที และรายงานแพทย์
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยชีวิตทารกให้พร้อมตลอดเวลา
3. เตรียมความพร้อมของทีม ให้ข้อมูลและแบ่งหน้าที่เพื่อให้การช่วยเหลือทารกเมื่อแรกคลอดกรณีเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด
4. เมื่อศีรษะทารกโผล่พ้นช่องคลอด ดูดสารคัดหลั่งด้วยลูกสูบยางแดงทางปากและจมูกตามลำดับ
5. ดูแลเช็ดตัวให้แห้ง กระตุ้นเบาๆ และประเมินสภาพทารกเมื่อครบ 1 นาที หลังจากตัดสายสะดือ นำทารกวางบนเครื่อง Radiant Warmer โดยจัดท่าศีรษะเอียงต่ำลง ใช้ผ้าห่มอุ่นไว้ที่คอ เพื่อให้คางเงยขึ้นเล็กน้อย ทำให้เปิดทางเดินหายใจเหยียดตรง
6. ให้การช่วยเหลือทารกตามขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพทารก ตามสภาพทารกแรกเกิดที่ประเมินได้

#### การประเมินผล

ทารกแรกคลอดมีภาวะขาดออกซิเจน มีอาการเขียวและซีดทั้งตัว ไม่หายใจ กล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนปวกเปียกไม่ขยับ ไม่มีเสียงร้อง ฟังเสียงหัวใจ 90 ครั้ง/นาที ประเมิน APGAR SCORE นาทีที่ 1 ได้ 2 คะแนน ดูแลช่วยหายใจ PPV room air 1 cycle, PPV ต่อออกซิเจน 5 ลิตร/นาที 2 cycle ทารกเริ่มตอบสนองต่อการกระตุ้น เริ่มหายใจได้เอง มีเสียงร้อง ปากแดงดี ยังมีปลายมือปลายเท้าซีด ฟังปอด โล่งดี ทารกหลังได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ สรุป APGAR SCORE ได้ 2, 8 และ 8 คะแนน ในนาทีที่ 1, 5 และ 10 ตามลำดับ หลังช่วยฟื้นคืนชีพ ทารกหายใจได้เอง RR 50 ครั้ง/นาที (Retraction) HR 130 ครั้ง/นาที ปากเขียว แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อรพ.กำแพงเพชร

### ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากรกค้าง

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาหลังคลอด 20 นาที รกยังไม่คลอดได้รับการช่วยล้วงรก
2. ใ้รับยา Pethidine และ Diazepam
3. มีแผล Episiotomy Rt. ML

#### วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิดภาวะช็อก

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. รกคลอดครบ ปริมาณเลือดที่ออกตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงรกคลอดไม่เกิน 500 cc. และมดลูกแข็งกลม หดรัตตัวดี

2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60-130/90 mmHg., ชีพจร 60-120 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะช็อก เช่น หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น เหงื่อออกมาก
3. หลังเย็บแผล Perineum เสร็จ มารดาหลังคลอดไม่บ่นปวดแผล แผลไม่มี Hematoma

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการล้างรก
2. ดูแลให้ยา Pethidine 25 mg IV และ Diazepam 10 mg IV ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา
3. หลังรกคลอด ตรวจสอบสภาพรก พร้อมลงบันทึก
4. ดูแลวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด, วัดทุก 30 นาที 2 ครั้งในชั่วโมงที่ 2, ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้งในชั่วโมงที่ 3 และ 4 จนกว่าสัญญาณชีพจะอยู่ในภาวะปกติ
5. แนะนำและกระตุ้นคลั่งมดลูกให้แข็งเป็นก้อนกลมทุก 15 นาที
6. ดูแลให้ Oxytocin 20 unit IV drip 150 cc/hr. และ Oxytocin 10 unit IM ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. กระตุ้นให้ปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม
8. ใส่ผ้าอนามัยเพื่อดูปริมาณเลือดที่ออก ลักษณะ จำนวนผืนที่เปลี่ยนในแต่ละเวร
9. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์
10. กระตุ้น Breast feeding ทุก 2-3 ชั่วโมง

#### การประเมินผล

รกคลอด ปริมาณเลือดที่ออกตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงรกคลอด 500 cc. หลังเย็บแผลเสร็จเลือดออกทางช่องคลอด รวมทั้งสิ้น 600 cc. ไม่มีภาวะช็อก V/S BP 115/75-140/85 mmHg., PR 86-120 ครั้ง/นาที, T 36.5-37.4 °C มดลูกแข็งกลม หดรัทตัวดี บ่นปวดแผลเล็กน้อย แผลฝีเย็บบวมเล็กน้อย ไม่มี Hematoma

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกถ่ายขี้เทา น้ำคร่ำออกมาเป็น Thick meconium APGAR SCORE นาทีที่ 1=2 คะแนน
2. RR 50 ครั้ง/นาที มี Retraction O2 sat 90%

**วัตถุประสงค์** ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวกายแดงดี ร้องเสียงดังดี ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน เช่น ปาก ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. ค่า O2 sat >95%

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อทารกหยุดหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที ติดตามสัญญาณชีพ
2. ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ On ET tube พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทุก 5-15 นาที
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่าทารกให้ลำคอเหยียดตรง และดูแลทารกให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอพร้อมทั้งสังเกต บันทึกการหายใจและติดตามค่าออกซิเจนในเลือด
4. สังเกตอาการแสดงของการรับออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น ริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียว O2 sat <95% ให้รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น
5. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ และให้การพยาบาลภายใต้ Radiant warmer
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
7. ประสานงานการส่งต่อ และเตรียมความพร้อมในการส่งต่ออย่างเหมาะสมตามแนวทาง
8. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และการพยาบาล ลงในเวชระเบียน

## การประเมินผล

ทารกแรกเกิด APGAR score นาทีที่ 5 นาที=8 คะแนน(หักสีผิว1 และการหายใจ1) , 10 นาที=8 คะแนน (หักสีผิว1 และการหายใจ1) หลัง PPV ทารกร้องเสียงดังดี ผิวกายแดงดี ยังมีเขียวปลายมือปลายเท้าเขียว ทารกมีหายใจเหนื่อย RR 50 ครั้ง/นาที (Retraction) on ET tube no.3.5 mark 8, เจาะ Hct, DTX, on 10% D/W 100 ml.IV drip 8.5 cc/hr. หลังใส่ ET tube ปาก ผิวกาย ปลายมือปลายเท้าแดงดี O<sub>2</sub>sat=98-100/min, HR 150-160/min T 37 °C, DTX=58 mg%, Hct.=70% ดูแล keep warm by Transport Incubator ส่งต่อ รพ.กำแพงเพชร โดยรถพยาบาล พร้อมพยาบาล 2 คน มารดาได้รับทราบข้อมูลและอาการทารก

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก

### ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาสอบถามอาการทารกว่า “ลูกหนูเป็นอะไรหมอ จะเป็นอันตรายถึงชีวิตไหมคะ
2. มารดาหลังคลอดอายุ 18 ปี, ท้องแรก, สีหน้าวิตกกังวล
3. ทารกหลังคลอดมีภาวะ Sever Birth Asphyxia ปาก+ปลายมือปลายเท้าเขียว RR 50 ครั้ง/นาที หายใจเหนื่อยมี Retraction ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อรพ.กำแพงเพชร

### วัตถุประสงค์

มารดาคลายความวิตกกังวล

### เกณฑ์การประเมิน

มารดามีสีหน้าสดชื่น และสบายใจขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของทารก อาการแทรกซ้อน และความจำเป็นในการรักษา เรื่องการให้ยา การใส่ท่อช่วยหายใจ หัตถการต่างๆ และการส่งต่อไปรพ.กำแพงเพชร เพื่อให้ผู้คลอดและญาติรับรู้และทราบถึงสาเหตุได้ถูกต้อง
2. เปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึก ได้ซักถามข้อสงสัย พุดคุยให้กำลังใจ
3. ส่งเสริมให้มารดาได้ทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด พักผ่อนและพุดคุยกับคนในครอบครัว คนรอบข้าง
4. ดูแลให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล

## การประเมินผล

มารดาได้รับทราบข้อมูล และสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าวแก่ทารก มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น พุดคุยรับฟังคำแนะนำ และปฏิบัติตามคำแนะนำได้

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดมดลูก และแผลฝีเย็บ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาบอกรว่า “ปวดแผลมากเป็นตุงๆ ที่กัน, ปวดก่อนที่ท้อง ปวดมากเป็นพักๆ เหมือนปวดประจำเดือน”
2. มารดาได้รับการช่วยล้วงรก และมีแผล Episiotomy Rt. ML

### วัตถุประสงค์

1. มารดามีความสุขสบายขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ปวดมดลูกและแผลลดลง
2. แผลฝีเย็บไม่มีการติดเชื้อ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาบ่นปวดมดลูกและแผลฝีเย็บลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. แผลฝีเย็บไม่บวมแดง ไม่มี discharge ซึม

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดโดยสอบถามเกี่ยวกับอาการปวดมดลูก และสังเกตลักษณะของแผลฝีเย็บว่าบวมแดงหรือไม่
2. อธิบายให้มารดาเข้าใจว่า อาการปวดของหญิงหลังคลอดทุกรายเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการหดตัวของมดลูกตามธรรมชาติ เพื่อให้มดลูกเข้าสู่ช่องเชิงกราน
3. แนะนำการดูแลและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
4. พุดคุย เบี่ยงเบนความสนใจ จะทำให้ลดอาการเจ็บปวดได้
5. ให้ยาบรรเทาปวด Paracetamol 500 mg และ Brufen 400 mg รับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดความสบาย และลดอาการเจ็บปวดได้
6. ให้ยาปฏิชีวนะ Amoxicillin 500 mg รับประทานตามแผนการรักษา

## การประเมินผล

มารดาหลังคลอดสีหน้าสดชื่น ทุเลาปวดมดลูก และปวดแผล แผลฝีเย็บติดดี ไม่บวม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** มารดาขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการปฏิบัติตัวหลังคลอด

## ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาถามว่า “หนูต้องเตรียมอะไรบ้างให้ลูกคะ”
2. มารดาท้องแรก อายุ 18 ปี ทารกไม่ได้ดูดนม

## วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้มารดาเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบีบเก็บน้ำนม และการปฏิบัติตัวหลังคลอด

## เกณฑ์การประเมินผล

มารดาสามารถตอบคำถามหลังให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบีบเก็บน้ำนม และการปฏิบัติตัวหลังคลอดได้

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูล ความรู้ ความสำคัญ เรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประโยชน์นมแม่ ทำอุ้มให้นมที่ถูกวิธี และมีประสิทธิภาพ วิธีกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็ว ไหลดี การบีบเก็บน้ำนม และการปฏิบัติตัวหลังคลอด
2. สอนการนวด ประคบเต้านมก่อนและหลังให้นมบุตร เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนม
3. แนะนำอาหารที่ส่งเสริมการไหลของน้ำนม
4. แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 2,500-3,000 ซีซี/วัน

## การประเมินผล

มารดาหลังคลอดสนใจ และตั้งใจรับฟังข้อมูล ความรู้ต่างๆ สามารถตอบคำถามได้ แสดงท่าบีบเก็บน้ำนมโดยใช้มือบีบได้ถูกต้อง

## สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 18 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปางศิลาทองด้วยอาการเจ็บครรภ์ และมีมูกเลือด ก่อนมา 3 ชั่วโมง 30 นาที รับไว้ในห้องคลอดวันที่ 4 กันยายน 2566 เวลา 01.30 น. เวลา 04.45 น. ผู้คลอดมีท้องแข็งถึงขั้น I=2 นาที D=40 วินาที Severity 3<sup>+</sup> มีอาเจียนเป็นน้ำปนเศษอาหาร 1 ครั้ง ลูกดิ้นดี เด็กท่า ROA FHS 138 ครั้ง/นาที, Cervix dilate 4 cm., effacement 75%, Station 0, MR ลักษณะเป็น Moderate meconium on Mask c bag 10 ลิตร/นาที, Monitor EFM, รายงานแพทย์ทราบ, On 0.9%NSS 1000 ml. IV drip 60 cc/hr. และจัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือมารดาและทารก ปากมดลูกเปิดหมดเวลา 05.10 น. คลอดปกติเวลา 05.23 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,140 กรัม รูปร่างทั่วไป ผิวดูแห้ง มีลอกเป็นบางแห่ง APGAR SCORE ที่ 1, 5, 10=2, 8, 8 คะแนน ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ได้รับการกู้ชีพตามแนวทาง มีหายใจเหนื่อย ได้รับการช่วยเหลือใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างปลอดภัย มารดาหลังคลอดได้รับยา Oxytocin 10 unit IM, Oxytocin 20 unit add in 0.9%NSS 1000 cc IV drip rate 150 cc/hr. ระยะที่ 3 ของการคลอด ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction เกิดรกติดแน่น รายงานแพทย์ ให้ยา Pethidine 25 mg IV, Diazepam 10 mg IV แพทย์ทำการล้างรกครบ เวลา 06.25 น.

รกลักษณะเป็น Calcification ช่วยคลึงมดลูกที่หน้าท้องให้แข็งเป็นก้อนกลม หลังรกลคลอดเลือดออก 500 cc. ให้ RLS 1000 cc IV load 500 cc. มดลูกหดตัวดี ขณะทำการซ่อมแซมบาดแผล มีเลือดออกมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หลังเย็บแผลเสร็จเลือดออกทางช่องคลอด รวมทั้งสิ้น 600 cc. ไม่มีภาวะช็อก ย้ายมารดาดูแลต่อหลังคลอด ติดตามความเข้มข้นของเลือด จากเดิม 39% เหลือ 27.5% ลดลง 11.5% เพิ่มยาบำรุงเลือด และติดตามความเข้มข้นของเลือด 2 สัปดาห์ จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 5 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 1 วัน 10 ชั่วโมง

## วิจารณ์

จากกรณีศึกษาผู้มารับบริการคลอด ที่มีภาวะตกเลือดในโรงพยาบาลปางศิลาทอง มีการประเมินปัจจัยแรกรับตามหลัก 4Ts ไม่พบปัจจัยเสี่ยงแรกรับ ผู้คลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง มีการคลอดระยะที่ 3 ยาวนาน 1 ชั่วโมง 2 นาที เนื่องจากการทำสูติศาสตร์หัตถการล้างรกโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่เคยมีประสบการณ์ ในการทำสูติศาสตร์หัตถการล้างรกมาก่อน ประกอบกับภาวะรกค้างในโรงพยาบาลปางศิลาทองเกิดขึ้นน้อย เคยเกิดขึ้นล่าสุดเมื่อปี 2563 ทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำสูติศาสตร์หัตถการล้างรก และผู้คลอดรายนี้มาในช่วงเวรตึก มีข้อจำกัดของบุคลากรและการเรียกเสริม เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ต้องทำการช่วยเหลือทารกเร่งด่วนร่วมด้วย มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแลทั้งมารดาและทารก จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์อย่างสูง อย่างไรก็ตามการเกิดภาวะรกค้างเป็นปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับรกผิดปกติที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้มารับบริการคลอดทุกราย ดังนั้นการป้องกัน และการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับพยาบาลห้องคลอด พยาบาลที่ดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถ และต้องมีการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้ ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

## ข้อเสนอแนะ

1. ในภาวะฉุกเฉินของทุก ๆ การคลอดนั้น สิ่งสำคัญเป็นอย่างมากคือความพร้อมของทีม อุปกรณ์ และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน การมีแนวทางที่ชัดเจนทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว ส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย
2. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ควรมีแนวทางการประเมินซ้ำ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาในการติดตามที่ชัดเจน และสื่อสารกับผู้ปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน
3. การดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ควรมีการพัฒนาความรู้ ฝึกทักษะ มีการปรับแนวทางให้ชัดเจน เข้าใจง่าย และสื่อสารแนวปฏิบัติ อย่างสม่ำเสมอ
4. การดูแลผู้คลอดเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ และให้การพยาบาลด้วยความรวดเร็ว และมีคุณภาพ

## สรุป

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง และเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว และมีคุณภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของมารดาหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้คลอดจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด นอกจากนี้ในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังคลอดที่สำคัญ ควรให้มารดาหลังคลอด และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้น และสอนให้ทราบถึงอาการตกเลือดในระยะหลังคลอด (Late postpartum hemorrhage) ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในฐานะหัวหน้าการพยาบาลผู้คลอด ได้นำกรณีศึกษาการตกเลือดหลังคลอด มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ในแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลปางศิลาทอง โดยที่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา จนได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบท มีกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุม มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน สามารถที่จะใช้ได้จริง ประเมินพบอาการนำก่อนการตกเลือดหลังคลอดได้รวดเร็ว และสามารถให้การพยาบาลได้ทันที่ทั้งที่ ทั้งการป้องกัน และการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในบริบทของแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลปางศิลาทอง



## เอกสารอ้างอิง

1. ศิลธรรม เทียงแท้. การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง :กรณีศึกษาโรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(1):52-64.
2. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2560;6(2):146-54.
3. พิกุล บัณฑิตพานิชชา และคณะ. การพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2560;32(2):131-44.
4. สุนิดา พรธนะ. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลหนองคาย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563; 35(3): 278-86
5. พันใย หลักคำ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;1(1):161-72.
6. โรงพยาบาลปางศิลาทอง. รายงานข้อมูลสถิติผู้มารับบริการคลอด ระหว่าง พ.ศ. 2564-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลปางศิลาทอง; 2566.
7. วีระ ทองสงค์. สูติศาสตร์. เชียงใหม่ : หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
8. ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิน อินยาศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุตรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2560;33(2):121-32.
9. พูลสวัสดิ์ โพธิ์ทอง และคณะ. ผลการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นารีเวช โรงพยาบาลเลย. ชัยภูมิเวชสาร. 2562:14-23.
10. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด 2562-2564. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtcog.or.th/home/wp-Content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-Of Postpartum-Hemorrhage.pdf>.
11. เรณู วัฒนเหลืออรุณ และคณะ. ประสิทธิภาพของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารเจริญกรุงประชารักษ์. 2560: 28-42.
12. วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์. การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2561; 19(36): 101-11.
13. ศิริโสภา คาเครือ, ทศนีย์ ศรีสุวรรณ และรุณรารวรรณ แก้วบุญเรือง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2566; 8(1): 46-57
14. สุหารัตน์ ชูรส. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล. วารสารวิชาการแพทย์เขต11. 2562:181-92.



## Nursing care for Severe Head Injury Patients : A case study

Chatchadapon Kanchat, B.N.S\*

### Abstract

**Introduction :** Severe head injury is the critical life-threatening, time-limited emergency condition in accident patient, which is complicated in diagnosis and treatment. Therefore, appropriate prompted evaluation and assessment, including treatment; of nursing care will surely reduce complications and mortality in these patients.

**Objective :** To guide the provision of nursing care in patients with severe head injury.

**Case study :** A 47-year-old Thai woman with self-falling motorcycle accident was transferred to the hospital by her relatives. She was unconscious on arrival. The level of consciousness according to GCS is E1V2M1. Thus she was sorted into critical ill patients case (level 1). Immediate assessment in the emergency room was E1V2M1. The diameter of left and right pupils were 3 and 4 mm respectively and slowly response to light both eyes. Her vital signs showed 36.0 degrees Celsius of body temperature, 66 beats/min of pulse rate, 10 beats/min intermittent breathing, 179/84 mmHg of blood pressure and 99% of blood oxygen concentration. She received intravenous fluid and intubation, then refer to Kamphaeng Phet hospital for further evaluation and treatment. Nursing diagnoses include: 1. The patient is at risk of death due to a serious accident. 2. Risk of high intracranial pressure due to severe head injury 3. Risk of collapse while moving 4. Distress and anxiety of patient relatives. The patient was transferred to Kamphaeng Phet Hospital safely without complications.

**Conclusion :** The patient is safe from severe head injury conditions and can be smoothly referred to Kamphaeng Phet Hospital for surgical treatment. The overall process was quickly enough for her to survive and carry out daily activities without any disability. Have a conventionally good quality of life. Emergency room nurses must have the knowledge and skills to care for patients with severe head injuries and be able to provide prompt and timely nursing care, reducing accidental deaths.

**Keywords :** Severe Head Injury, Urgent Emergency Nursing Care.

---

\* Professional nurse Nursing work for emergency accident patients and forensic medicine Pangsilathong Hospital, Kamphaeng Phet.

## การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง : กรณีศึกษา

ชัชฎาภรณ์ กันชาติ, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มีความซับซ้อนในการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล ดังนั้นการประเมิน และการช่วยเหลือแก้ไขภาวะเร่งด่วนที่คุกคามต่อชีวิต ตั้งแต่แรกรับที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง

**กรณีศึกษา :** หญิงไทย อายุ 47 ปี เกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้มเอง ไม่รู้สึกตัว มาโรงพยาบาลด้วยญาตินำส่ง แกร็บผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัว E1V2M1 ได้รับการคัดแยกเป็นผู้ป่วยระดับวิกฤต (ระดับ1) เคลื่อนย้ายเข้ารับการักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลปางศิลาทอง แกร็บรับในห้องฉุกเฉิน E1V2M1 รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร รูม่านตาข้างขวาขนาด 4 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงซ้ำทั้งสองข้าง สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที หายใจไม่สม่ำเสมอ 10 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 179/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99% แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุรุนแรง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจาก มีการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง 3. เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย 4. ญาติผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต และส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้ปลอดภัย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จนรอดชีวิต และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ พยาบาลห้องฉุกเฉิน จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและสามารถให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วทันเวลา ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้

**คำสำคัญ :** การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง การพยาบาลระยะฉุกเฉินเร่งด่วน

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

## บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความพิการ และเป็นภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่ ปัจจุบันนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกเนื่องจากผลกระทบของปัญหาก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อชีวิต ทรัพย์สิน รายได้ทางเศรษฐกิจของประเทศ จากรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุโลกขององค์การอนามัยโลกมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุโดยเป็นอุบัติเหตุบนท้องถนน ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อยู่ที่ 32.7 คน ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 22,491 รายต่อปี เฉลี่ย 60 รายต่อวัน<sup>1</sup> จากข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ThaiRSC พบว่ามีอุบัติเหตุการบาดเจ็บต่อแสนประชากรของจังหวัดกำแพงเพชร ปี 2563, 2564, 2565 เท่ากับ 7,695, 6,800, 7,037 และมีผู้เสียชีวิต 124, 109, 149 ตามลำดับ<sup>2</sup>

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน มีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 23.8 และหากมีการรอดชีวิตก็มักจะมีอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาด้วยระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ร้อยละ 75 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง ร้อยละ 15 และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ร้อยละ 10<sup>3</sup> ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ มักพบในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร<sup>1</sup> ซึ่งมีการบาดเจ็บรุนแรงค่อนข้างมาก มีอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเร่งด่วน เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ<sup>4</sup> การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีประสิทธิภาพ มีองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ บุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และศาสตร์ความรู้ในการทำหัตถการ การสังเกต เฝ้าระวัง การดูแลต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้ถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลถือเป็นบุคลากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีทักษะ เกี่ยวกับการประเมินอาการ และการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเป็นอย่างดีจึงจะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>5</sup>

โรงพยาบาลปางศิลาทองเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่ไม่มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาท ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่ตรวจ CT และทำการผ่าตัด จากสถิติโรงพยาบาลปางศิลาทอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ปี 2563, 2564, 2565 เท่ากับ 281, 247, 395 ตามลำดับ<sup>6</sup> มีผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง เท่ากับ 6, 14, 16 และมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเสียชีวิตเท่ากับ 4, 4, 7 ตามลำดับ<sup>6</sup> การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญโดยเฉพาะการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะฉุกเฉินที่ต้องมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ต้องการจากการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน คือ มีระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากพยาธิสภาพ<sup>7</sup> และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่อาการทรุดลง และผลลัพธ์หลังให้การรักษายาบาลดี<sup>5</sup> กรณีศึกษาที่นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอันจะเป็นประโยชน์ในการสร้างคุณภาพของการพยาบาล ส่งผลถึงการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

### อาการสำคัญ

เกิดอุบัติเหตุขี่รถจักรยานยนต์ล้ม ไม่รู้สึกตัว 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

30 นาทีก่อนมาผู้ป่วยขี่รถจักรยานยนต์ล้มเอง ไม่รู้สึกตัว บวมโนที่ขมับข้างขวา มีเลือดออกจากหูทั้งสองข้าง มีตลอกที่ผากข้างขวา หน้าอกข้างขวา และแขนข้างขวา ญาตินำส่งโรงพยาบาล

โรคประจำตัว : ปฏิเสธโรคประจำตัว

ปัจจัยเสี่ยง : ใต้แก็ค สุ่มสุรานาน ๆ ครั้ง ปฏิเสธสูบบุหรี่

ประวัติอาหารแพ้ยา/แพ้สารเคมีและอื่น ๆ : ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และสารเคมี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บุคคลในครอบครัวสุขภาพดีปฏิเสธโรคประจำตัว

ประเมินผู้ป่วยกรณีศึกษา โดยใช้หลัก ABCDE<sup>7</sup> ดังนี้

**Airway and C-Spine protection :** ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หายใจเสียงครืดคราด

**Breathing :** หายใจได้เอง แต่หายใจไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 10 ครั้ง/นาที การเคลื่อนไหวหน้าอกเท่ากันทั้งสองข้าง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99%

**Circulation with bleeding control :** สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส ผิวหนังอุ่น ไม่ซีด การเต้นของหัวใจปกติ สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 66 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 179/84 มิลลิเมตรปรอท capillary filling time 2 วินาที มีเลือดจากหูทั้งสองข้าง Hct 41.3% DTX 139 mg%

**Disability, Neurologic status :** ไม่รู้สึกตัว Glasgow coma scale E1V2M1 เท่ากับ 4 คะแนน รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร รูม่านตาข้างขวาขนาด 4 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงเข้าทั้งสองข้าง

**Exposures and environment control :** ผิวหนังอุ่น ไม่มีบาดแผลที่หลัง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

**รูปร่างทั่วไป :** หญิงไทยรูปร่างสมส่วน เรียกไม่รู้สึกตัว น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร

**สัญญาณชีพ :** อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 67 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจไม่สม่ำเสมอ 10 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 179/84 มิลลิเมตรปรอท

**ระบบประสาท :** ไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อเสียงและการกระตุ้นด้วยความเจ็บ ไม่ลืมตา ร้องเสียงครางและไม่มี การเคลื่อนไหว Glasgow coma scale E1V2M1

**ศีรษะและใบหน้า :** บริเวณขมับข้างขวามุม เส้นผ่าศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร หน้าผากข้างขวามีบาดแผลถลอกขนาด 2\*0.3 เซนติเมตร มีเลือดออกจากหูทั้ง 2 ข้าง รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร รูม่านตาข้างขวาขนาด 4 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงเข้าทั้งสองข้าง

**ทรวงอก :** จังหวะการหายใจไม่สม่ำเสมอ (Cheyne stokes) รูปร่างทรวงอกขยายตัวเท่ากันทั้งสองข้างบริเวณหน้าอกข้างขวามีบาดแผลถลอก 2 แผล ขนาด 3\*0.3 เซนติเมตร และ ขนาด 2\*0.2 เซนติเมตร คลำไม่พบภาวะที่มีลมแทรกอยู่ใต้ผิวหนัง ฟังปอดได้ยินเสียงครืดคราด

**ช่องท้อง :** หน้าท้องไม่โป่งนูน ไม่มีบาดแผลฟกช้ำบริเวณท้อง คลำผนังหน้าท้องนุ่ม ไม่ต้านการกด

**หลังและเชิงกราน :** ไม่มีผิวดรูป ไม่มีบาดแผล

**รยางค์ :** ไม่มีผิวดรูป บริเวณแขนข้างขวามีบาดแผลถลอก 3 แผล ขนาด 5\*0.3 เซนติเมตร 5\*0.2 เซนติเมตร และ 3\*0.2 เซนติเมตร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

WBC 15,450 cells/mm<sup>3</sup> Hb 14.0 g/dl, Hct. 41.3 % PLT count 358,000 cells/mm<sup>3</sup>, Neutrophil 40.8%, Lymphocyte 53.6 %, RBC 4.91 million /mm<sup>3</sup>, BUN 10.8 mg/dl, Creatinine 0.76 mg/dl, sodium 136.2 mmol/l, Potassium 3.14 mmol/l, Chloride 99.7 mmol/l, CO<sub>2</sub> 30.3 mmol/l PT 11.9 sec. INR 0.91 PTT 32.2 sec.

ผลการตรวจเอกซเรย์ : ศีรษะและทรวงอก : ไม่พบกระดูกหัก

การวินิจฉัย : Severe Head injury

สรุปการดำเนินโรคที่สำคัญขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 22 มิถุนายน 2566

เวลา 09.15 น. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว E1V2M1 รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร รูม่านตาข้างขวาขนาด 4 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงเข้าทั้งสองข้าง สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที หายใจไม่สม่ำเสมอ 10 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 179/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99 % ค่าน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว 139 mg% capillary filling time 2 วินาที มีเลือดจากหูทั้งสองข้าง มีแผลบวมโนที่ขมับข้าง รายงานแพทย์ด่วน แพทย์ให้เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ On Ambu bag เปิด Oxygen 15 LPM, On 0.9%NSS 1000 ml. IV 100 ml/hr. ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติ

เวลา 09.30 น. แพทย์ใส่ ET tube no.7.5 mark 21 cms. with Ambu bag ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS เท่ากับ E3VTM5 รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร รูม่านตาข้างขวาขนาด 4 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงซ้ำทั้งสองข้าง อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 12 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 179/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100%

เวลา 09.35 น. ตรวจ FAST ใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจทางรังสีโดย Portable ตำแหน่ง Skull AP-Lat CXR AP

เวลา 09.50 น. แพทย์โทรประสานงานโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร เตรียมความพร้อมในการส่งผู้ป่วย และประเมินก่อนส่งต่อประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS เท่ากับ E3VTM5 รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร รูม่านตาข้างขวาขนาด 4 มิลลิเมตร ปฏิกริยาการตอบสนองต่อแสงซ้ำทั้งสองข้าง อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 58 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/78 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99%

เวลา 10.05 น. ส่งผู้ป่วยรักษาโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ติดตามผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร กลับมาดูแลที่โรงพยาบาลปางศิลาทองต่อ และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เกือบเป็นปกติ

## การวางแผนการพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุรุนแรง

### ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นอุบัติเหตุที่รุนแรงเนื่องจากซักรถจักรยานยนต์ล้ม ไม่สวมหมวกนิรภัย
2. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว Glasgow coma scale เท่ากับ E1V2M1 รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร รูม่านตาข้างขวาขนาด 4 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงซ้ำทั้งสองข้าง
3. จังหวะการหายใจไม่สม่ำเสมอ (Cheyne stroke) อัตราการหายใจ 10 ครั้ง/นาที หายใจเสียงครืดคราด

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรฐาน
2. Glasgow coma scale มากกว่า 4 คะแนน
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที ความคุมอัตราการหายใจให้อยู่ในช่วง 10-14 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตตัวบน (Systolic) 90-140 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) 60-90 มิลลิเมตรปรอท
4. ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต

### กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ และบันทึก ทุก 15 นาที
2. ประเมินทางเดินหายใจร่วมกับการป้องกันการเคลื่อนไหวของกระดูกต้นคอ โดยทำ Manual in line ประคองศีรษะและคอให้อยู่แนวตรง (Neutral position) และใส่ Hard collar
3. ดูแลดูดเสมหะ ดูดนาน 30-60 วินาทีใช้แรงดูด 80-120 mmHg และดูดไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อรอบ
4. ประเมินการหายใจ และดูแลให้ On Ambu bag เปิด Oxygen 15 LPM
5. เตรียมผู้ป่วยก่อนแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจโดยถอด Hard Collar ช่วยทำ Manual axial inline traction และใส่ Hard collar หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจเรียบร้อยแล้ว
6. ช่วยแพทย์ใส่ท่อหายใจ On ET tube no.7.5 mark 21 cms. Hole Ambu bag เปิด Oxygen 10 LPM
7. ประเมินการหายใจหลังใส่ท่อหายใจ และช่วยหายใจ สังเกตการหายใจต่อเนื่อง ทุก 15 นาที
8. วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด เพื่อประเมินออกซิเจนในเลือด



9. ประเมินการไหลเวียนโลหิต การช่วยให้มีการไหลเวียนโลหิต และการห้ามเลือด โดยหยุดเลือดที่ออกจากหูทั้งสองข้าง
10. ดูแลความสะอาดแผล และผิวหนังรอบๆ แผลทุกจุด สังเกตอาการเลือดออกมากผิดปกติอย่างใกล้ชิด
11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 ml. IV 100 ml/hr.
12. ใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกต และบันทึกจำนวน ลักษณะปัสสาวะที่ออก
13. การประเมินระบบประสาท ประเมิน Glasgow coma scale ตรวจดูรูม่านตา ทุก 15 นาที
14. ปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวล และระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง

#### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรฐาน
2. Glasgow coma scale E1VTM5 เท่ากับ 6 คะแนน
3. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ความดันโลหิต 148/78 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 99%
4. ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง  
**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว Glasgow coma scale เท่ากับ E1V2M1 รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร รูม่านตาข้างขวาขนาด 4 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงข้างทั้งสองข้าง
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที หายใจไม่สม่ำเสมอ 10 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 179/84 มิลลิเมตรปรอท Pulse Pressure 95 มิลลิเมตรปรอท

#### วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. Glasgow coma scale มากกว่า 4 คะแนน
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที ความถี่อัตราการหายใจสม่ำเสมออยู่ในช่วง 10-14 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตตัวบน (Systolic) 90-140 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) 60-90 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure อยู่ในช่วง 40-60 มิลลิเมตรปรอท

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ และบันทึก พร้อมทั้งประเมินระบบประสาททุก 15 นาที
2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยจัดศีรษะให้อยู่ในแนวตรงไม่เอียง หรือพับงอไปด้านใดด้านหนึ่ง ไม่ให้สะโพกงอมากกว่า 90 องศา หลีกเลี่ยงท่านอนศีรษะต่ำ
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง พร้อมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Oxygen โดย Hole Ambu bag เปิด Oxygen 10 LPM
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml. IV 100 ml/hr.
5. ติดตามบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออก
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน หลีกเลี่ยงการรบกวน

#### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. Glasgow coma scale E1VTM5 เท่ากับ 6 คะแนน
3. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/73 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure 53 มิลลิเมตรปรอท

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอยู่ในระดับวิกฤต Glasgow coma scale เท่ากับ E1VTM5
2. ผู้ป่วยส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้ายไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะทรุดลง หรืออุบัติการณ์ระหว่างเคลื่อนย้าย
2. Glasgow coma scale มากกว่า 4 คะแนน
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คืออุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 10-14 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตตัวบน (Systolic) 90-140 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) 60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วมากกว่า 95 %

#### กิจกรรมการพยาบาล

##### ระยะก่อนเคลื่อนย้าย

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย รายงานแพทย์เพื่อให้ตัดสินใจเคลื่อนย้าย
2. เตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ ในรพพยาบาลให้พร้อมในการส่งต่อ
3. ประสานงานและรายงานประวัติการเจ็บป่วยให้เจ้าหน้าที่แม่ข่ายทราบ และเตรียมความพร้อมไว้รองรับผู้ป่วย
4. เตรียมทีมเคลื่อนย้าย จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พนักงานเปล พนักงานขับรถและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเคลื่อนย้าย ได้แก่ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ Ambu bag Infusion pump ถังออกซิเจน วางอุปกรณ์การเฝ้าระวังในตำแหน่งที่ผู้เคลื่อนย้ายมองเห็นสะดวก
5. ดูแลความเรียบร้อยของท่อหลอดช่วยหายใจ สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายปัสสาวะ วางในตำแหน่งที่เหมาะสม และยึดตรึง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดขณะเคลื่อนย้าย
6. ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายอีกครั้ง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว จำนวนหยดสารน้ำที่ให้ไว้ ประเมินบาดแผล และบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
7. ประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรทราบ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยใช้เทคนิค ISBAR คือ แจ้งชื่อ หน่วยงานผู้ส่ง ชื่อสกุล เพศ อายุ โรค อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติโรคประจำตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจทางรังสีวิทยา การรักษา และกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ก่อนการเคลื่อนย้าย อาการปัจจุบัน สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท รวมถึงปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง อุปกรณ์ที่ต้องเตรียมเพื่อรับผู้ป่วย

##### ระยะระหว่างการเคลื่อนย้าย

1. เฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างเคลื่อนย้ายอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว ทุก 15 นาที
2. ระวังการหลุดของสายข้อต่อต่างๆ เช่น ท่อช่วยหายใจ สายต่อออกซิเจน สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายปัสสาวะ
3. ดูแลให้พนักงานเข็นเปลหรือพนักงานขับรถ ด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ไม่เร็วหรือช้าเกินไป

##### ระยะหลังการเคลื่อนย้าย

1. ถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร ส่งต่อข้อมูลถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย และประเมินอาการผู้ป่วย สัญญาณชีพขณะส่งต่อกับแพทย์ หรือพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลกำแพงเพชรทราบ ณ เวลานั้นร่วมกัน
2. บันทึกอาการ อาการแสดง อาการเปลี่ยนแปลง การแก้ไข ผลการแก้ไข ของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย และปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องในแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและนำกลับโรงพยาบาล

## ประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะทรุดลง หรืออุบัติการณ์ระหว่างเคลื่อนย้าย
2. Glasgow coma scale E1VTM5 เท่ากับ 6 คะแนน
3. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/73 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 99 %

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4** ญาติผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

## ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว กระสับกระส่ายตื่นไปมา
2. ญาติเมื่อเห็นสภาพผู้ป่วย มีอาการร้องไห้

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วย
2. เพื่อให้ญาติสามารถปรับตัวกับสภาพการบาดเจ็บของผู้ป่วยและเข้าใจแผนการรักษา
3. เพื่อให้ญาติร่วมมือปฏิบัติตามแนวทางการรักษา

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติเข้าใจสภาพการบาดเจ็บ และคลายสีหน้าวิตกกังวล
2. ญาติสามารถ ปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลง
3. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยด้วยวาจาที่ สุภาพ อ่อนโยน ทำทางที่เป็นมิตร จริงใจ เอาใจใส่ โดยการแนะนำตนเองกับญาติ เพื่อให้ความช่วยเหลือ
2. ประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุ และความวิตกกังวลของญาติ
3. รับฟังปัญหา และความวิตกกังวลของญาติด้วยท่าทางสงบ และเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามอาการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
4. อธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร
5. ประสานงานกับแพทย์เมื่อญาติต้องการพบได้ตลอดเวลา เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามอาการ แนวทางการรักษา และตัดสินใจการรักษาพร้อมกับแพทย์
6. ให้ข้อมูลการรักษาแก่ญาติเป็นระยะ และบอกความก้าวหน้าในการรักษาของแพทย์ทุกครั้ง
7. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ทำทางสงบในขณะที่ให้การพยาบาล อยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว
8. ประเมินความรู้อิ่มตัวและวิตกกังวล โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และจากการซักถามของผู้ป่วย

## ประเมินผล

ญาติผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ และให้ความร่วมมือ แต่ยังคงมีความวิตกกังวล

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 47 ปี นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลปางศิลาทองด้วยซีร็อกจันยานยนต์ล้มเอง ศีรษะกระแทกพื้น ไม่สวมหมวกกันน็อก ไม่รู้สึกตัว แกร็บ E1V2M1 รูม่านตาข้างซ้ายขนาด 3 มิลลิเมตร รูม่านตาข้างขวาขนาด 4 มิลลิเมตร ปฏิกริยาการตอบสนองต่อแสงซ้าทั้งสองข้าง อัตราการหายใจผิดปกติ หายใจไม่สม่ำเสมอ ช่วยเหลือเบื้องต้นช่วยแพทย์ On ET tube with Ambu bag, On 0.9 % NSS 1000 ml iv 100 ml/hr. ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง

การตรวจร่างกายพบมีเลือดออกจากหูทั้งสองข้าง หูดเลือดที่หูทั้งสองข้าง บาดแผลบริเวณขมับข้างขวาวามโน แผลถลอกที่หน้าผากข้างขวา แผลถลอกที่หน้าอกข้างขวา แผลถลอกที่แขนข้างขวา ความสะอาดผิวหนังรอบๆ แผลทุกจุด และสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติอย่างต่อเนื่อง สังเกตอาการต่อเนื่องตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยเป็นระยะๆ ส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลกำแพงเพชร ดูแลระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ สัญญาณประสาท และระดับความรู้สึกตัว และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ได้รับการคัดแยกอย่างเร่งด่วน การซักประวัติจากญาติรู้แน่ชัดถึงเวลาของการบาดเจ็บ กลไกการบาดเจ็บ การซักประวัติโรคประจำตัวต่างๆ การตรวจร่างกาย ประเมินอาการทางระบบประสาท สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ค้นหาปัญหา ประเมิน วินิจฉัยปัญหาปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บ Primary และ Secondary survey ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะการจัดการภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา ดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงที่อยู่ในภาวะวิกฤต จัดลำดับความสำคัญก่อน-หลังได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และประเมินทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. ควรมีการประเมินทบทวนระบบการส่งต่อผู้ป่วย เช่น การติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน
3. การประชาสัมพันธ์เมื่อเกิดการบาดเจ็บฉุกเฉินประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เสียชีวิตได้

### สรุป

การให้การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ในระยะแรกของการบาดเจ็บ สิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องเอาใจใส่ คือ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะแรงดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงจนทำให้มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองลดลง ทำให้เซลล์สมองขาดเลือด ขาดออกซิเจน มีผลทำให้เกิดภาวะสมองบวม และมีการเพิ่มขึ้นของแรงดันในโพรงกะโหลกศีรษะอย่างต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จนเสียกลไกการปรับตัวแรงดันในโพรงกะโหลกศีรษะจะเพิ่มขึ้น และมีภาวะสมองเคลื่อน อันจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียหายที่ของระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ยังผลให้เกิดความพิการทุพพลภาพ และการเสียชีวิตได้ พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง และสามารถให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วทันเวลา ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้และหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. [Internet]. 2018. [cited 2023 Oct 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>.
2. Thai RSC. [Internet]. 2023. [cited 2023 Oct 30]. Available from: <https://www.thairsc.com/data-compare>.
3. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. [Internet]. 2018. [cited 2023 Oct 30]. Available from: <https://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29701556>.
4. ไสว นรสาร, พีรญา ไส้ไหม. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ไอเดีย อินสแตนท พรินท์; 2564.
5. ศิริอร สินธุ. ช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน Fast Track emergency care. กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์; 2565.

6. ชาญเวช ศรัทธาพุทธ, เรวัต ชุณหสวรรณกุล. ตำราศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 18. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2557.
7. โรงพยาบาลปางศิลาทอง. รายงานสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่าง พ.ศ. 2563-2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลปางศิลาทอง; 2566.
8. นครชัย เผื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury). กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2562.
9. วิทยา ซาติบัญญัติชาชัย, ธวัชชัย อิมพูล, ธิติ ธิติตักดิ์สกุล, วันจักร พงษ์สมัครไทย, รัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี, วีรศักดิ์ พงษ์พุทธา, และคนอื่นๆ. เอกสารประกอบการอบรม การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูงรุ่นที่ 13 (Advanced trauma emergency care for nurse : ATEN). กรุงเทพฯ: เพ็ญพรินตัง; 2564.
10. วารี มุสิกะวัน. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะช็อกในระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร. 2560; 32(2): 75 - 82.
11. ศิริอร สินธุ. การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตระหว่างสถานพยาบาล Interfacility transfer for critical and emergency patient. กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์; 2565.
12. ไสว นรสาร, พีรญา ไส้ไหม. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ Trauma Nursing เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ไอเดียอินสแตนท พรินท์ติ้ง; 2564.

## Palliative nursing care for elderly patients with pneumonia : A case study

Boontarat Saengsrichan, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Pneumonia tends to be more severe in the elderly due to physiological changes in their bodies and organs, leading to deterioration. Sometimes it cannot be completely cured and tends to deteriorate or die from the disease in the future. To improve the quality of life, allowing patients to experience a peaceful death, preserving human dignity, and providing support to the patient's relatives, the nursing team plays a crucial role in offering end-of-life care for the Palliative patient, ensuring holistic care that cover the physical, mental, social, and spiritual dimensions.

**Objective :** To provide nursing care to Palliative patients and effective care for elderly people with pneumonia.

**Case studies :** A 91-year-old Thai male patient came to the hospital. While his relative helped him get-up to eat, he choked on his saliva and had difficulty breathing for 20 minutes. The patient had a medical history including high blood pressure, elevated blood fat levels, and stage 4 chronic kidney failure, continuously receive treatment and medicine at LAN KRABUE Hospital. The disease progression did not improve. There are more symptoms of shortness of breath. The patient underwent various treatments, including bronchodilators, mucus suction, oral medications, and injected antibiotics. However, the symptoms did not subside and could not be completely cured, there was a high likelihood of death. The doctor had planned a treatment by inserting a breathing tube and transferring the patient to a host hospital for further care, but the patient and his relatives refused this treatment plan. They desired for a peaceful death. Therefore, the patient had entered the palliative care process, which include using strong opioid drugs to ensure a peaceful and dignified passing at the hospital. Nursing challenges during the care process included: 1. There is a chance of hypoxemia due to pneumonia from infection. 2. Discomfort caused by fever. 3. Patient and relatives are concerned about the illness and the palliative treatment process due to a lack of knowledge and understanding of the treatment process. 4. Patients enter treatment according to the palliative care process. 5. Discharge process of deceased patients. The total duration of hospital treatment was 5 days.

**Conclusions :** Nursing for Palliative Patients: Care for Elderly People with Pneumonia. The study shows that the nursing care team has very important roles. The knowledge and skills in the care process will provide holistic care that improving the quality of life of both patients and their families, which will allow the patient to die peacefully, without suffering and with human dignity.

**Keywords :** Pneumonia, the elderly, palliative care nursing

---

\*Registered Nurse, Department of nursing, LAN KRABUE Hospital.



## การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ : กรณีศึกษา

บุญทาร์ตน์ แสงศรีจันทร์, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** โรคปอดอักเสบจะมีความรุนแรงของโรคมมากในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอวัยวะต่างๆไปทางที่เสื่อมโทรมมากขึ้น รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย ทีมทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมมิติกายใจ สังคม และจิตวิญญาณ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา:** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 91 ปี มาโรงพยาบาลด้วย ขณะญาติประคองลุกขึ้นมารับประทานอาหาร สำลักน้ำลายหายใจเหนื่อย 20 นาที มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 รักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลลานกระบือ การดำเนินของโรคไม่ดีขึ้น มีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ได้รับการรักษาด้วยยาพ่นขยายหลอดลม การระบายเสมหะด้วยการดูดเสมหะ ยารับประทาน ยาปฏิชีวนะแบบฉีด อาการไม่ทุเลา และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีแนวโน้มเสียชีวิตสูง แพทย์วางแผนการรักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธแผนการรักษา ขอเสียชีวิตอย่างสงบ จึงตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการ Palliative Care ด้วยการใช้ยากลุ่ม Strong Opioid และเสียชีวิตอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่โรงพยาบาล ปัญหาทางการพยาบาลระหว่างที่รับไว้ดูแล ได้แก่ 1. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดอักเสบจากการติดเชื้อ 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ Palliative Care เนื่องจากขาดความรู้ และความเข้าใจในกระบวนการรักษา 4. ผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาตามกระบวนการ Palliative Care 5. จำหน่ายผู้ป่วยถึงแก่กรรม รวมระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 5 วัน

**สรุป:** การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ จากกรณีศึกษาบทบาทของทีมทางการพยาบาลที่ดูแลจึงมีความสำคัญมาก หากมีความรู้และทักษะในกระบวนการดูแล จะทำให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมที่เป็นปัจจัยในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

**คำสำคัญ:** โรคปอดอักเสบ ผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลานกระบือ

## บทนำ

ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ (Pneumonia) เป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งหมายถึงการติดเชื้อที่ปอดสามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย อาการแสดงและความรุนแรงของโรคมักมีลักษณะแตกต่างกัน ความรุนแรงของโรคจะพบมากในผู้สูงอายุ และรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีโรคประจำตัว เนื่องจากมีความเสื่อมโทรมของร่างกาย และปอดเสื่อมตามอายุ ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่ำทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย จากข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 ทั่วประเทศมีรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 215,915 ราย เสียชีวิต 486 ราย กลุ่มอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป<sup>1</sup> ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี และมีภูมิคุ้มกันต่ำมักจะมีอาการติดเชื้อที่รุนแรงทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง<sup>2</sup> และจากรายงานในสถานดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) ของสหรัฐอเมริกา พบว่า ปอดอักเสบเป็นสาเหตุอันดับ 3 ที่ทำให้ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และมีโอกาสเสียชีวิตสูง<sup>3</sup> กลุ่มเสี่ยงอาการรุนแรงพบในผู้สูงอายุ<sup>4</sup> ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้กระบวนการรักษาซับซ้อน และไม่สามารถรักษาให้หายขาดเป็นปกติได้ ทำให้ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)<sup>5</sup> องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความ หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยในระยะท้ายของชีวิต เน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล<sup>6</sup> โดยอยู่บนเป้าหมายหลัก คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัว และญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (Bereavement Care)<sup>7</sup> ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีความสำคัญยิ่งในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการสูญเสียบุคคลในครอบครัว

โรงพยาบาลลานกระบือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง พบสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบมีอัตราที่สูงขึ้น ปี 2565 พบเสียชีวิตเป็นโรคอันดับ 2 ปี 2566 พบเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 และพบในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป<sup>8</sup> และมีความรุนแรงของโรคเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ส่งผลให้ระบบการหายใจล้มเหลว นำไปสู่การเสียชีวิตที่ทุกข์ทรมานจากการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เพราะปอดอักเสบจากการติดเชื้อ การรักษาจึงเข้าสู่กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยปี 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาด้วยโรคปอดอักเสบจำนวน 161 คน 172 ครั้ง มีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวน 35 คน เป็นโรคปอดอักเสบ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.57 และเข้าสู่กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 100<sup>9</sup> การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ชายไทย อายุ 91 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ขณะญาติประคองผู้ป่วยลุกขึ้นมารับประทานอาหาร สำลักน้ำลาย หายใจเหนื่อย 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะญาติประคองผู้ป่วยลุกขึ้นมารับประทานอาหาร ผู้ป่วยสำลักน้ำลาย แล้วมีอาการหายใจเหนื่อย ไม่มีไอ ไม่มีไข้ มีเสมหะสีขาว ไม่ได้รักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล

แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลืมตาเมื่อเรียก ไม่พูด มีเสียงร้องอ้ออาในคอ ทำตามคำสั่งได้ หายใจเหนื่อยเร็วตื่น อัตราการหายใจ 48 ครั้ง/นาที SpO<sub>2</sub> 85% room air. Lung rhonchi both lungs. ฟันยาขยายหลอดลม Beradual solution 1:3 Nebulizer stat x2 does. On O<sub>2</sub> mask with bag 10 LPM. อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที SpO<sub>2</sub> 98% ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส DTX 123 mg%. CXR : no new infiltration.

การวินิจฉัย : Pneumonia

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 เป็นมา 12 ปี รักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลลานกระบือ ไม่ขาดยา ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ผอม สูง น้ำหนัก 45 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร BMI 15.57 kg/m<sup>2</sup>

สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต 126/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที

อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส

ผิวหนัง : สีผิวตามแดง ผิวแห้งแตกเป็นขุย เทียบวัน ไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีบวม

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้าสมมาตร ไม่มีบาดแผล ผมนสั้นหงอก หนังศีรษะไม่มีบาดแผล ไม่มีรังแค ลิ้นคอแดง ตาทั้ง 2 ข้าง มองภาพพร่ามัว ไบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ หูได้ยินไม่ชัดเจน

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกทั้ง 2 ข้างรูปร่างปกติ ไม่มีรอยโรค ไม่มีอกบวม หายใจเหนื่อยเร็วตื่น อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที Lung rhonchi both lung. มีเสมหะในลำคอ เสมหะสีขาวไม่ข้น

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่ง อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที จังหวะและความแรงสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว คลำชีพจรส่วนปลายได้ปกติ จังหวะและความแรงสม่ำเสมอ

ช่องท้องและระบบทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปปกติ ผิวหนังหน้าท้องปกติ เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ปกติ กดนุ่ม ไม่มีกตเจ็บ คลำตับไม่โต

กล้ามเนื้อและกระดูก : การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ motor power grade 5 ไม่มีรอยโรคการหักเคลื่อนไหว หรือผิดรูปของกระดูก การทรงตัวไม่ดี มีเขวเขวเวียนหรือเดิน เดินเองไม่ค่อยไหว ล้มง่าย ต้องมีญาติคอยพยุงเดิน

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อย่างดี ทำตามคำสั่งได้ Glasgow coma score = 15 mark.

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองไม่ข้น กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยอยู่ มีปัสสาวะเล็ดเวลาไอ

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ ไม่มีต่อมลูกหมากโต ไม่มีไส้เลื่อน

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ และต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการให้ยาแบบรับประทาน และยาปฏิชีวนะแบบฉีดจนกว่าจะหายดี จึงจะได้อกลับบ้าน สีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แต่ไม่มีอาการหงุดหงิด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี ขณะอยู่โรงพยาบาลมีญาติเป็นบุตรเฝ้าตลอดเวลา

### ผลการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Sputum gram stain : Gram stain = gram negative bacilli in single and short chain = many, PMN = Moderate, budding yeast cell = Few

Sputum culture : Klebsiella pneumoniae, Candida albicans.

Creatinine 1.92 mg/dL., eGFR 30cc/min/1.7m

Electrolyte : HCO<sub>3</sub> 18mmol/L

CBC : WBC 10,320cell/mm<sup>3</sup>, RBC 3.1x10<sup>6</sup>cell/mm<sup>3</sup>, RDW 14.9%, Hct 28%, Hb 8.8gm/dl,

Segmented Neutrophil 33%, Lymphocyte 60%

### สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ.2565 แรกวันที่แผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย On O<sub>2</sub> mask with bag 10 LPM, SpO<sub>2</sub> 99%, Lung rhonchi both lungs. มีเสมหะสีขาว BP=126/72mmHg, PR= 90/min, RR=28/min, BT=37.0°C ได้รับการรักษาด้วยยา Ceftriaxone 2 gm. IV OD, Clindamycin 600 mg. IV q 8 hr. Beradual solution 1:3 Nebulizer q 6hr with prn for dyspnea.

วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 Try On O<sub>2</sub> Canular 3 LPM. สำเร็จ หายใจสม่ำเสมอ Try off O<sub>2</sub> canular. 2 ครั้งไม่สำเร็จ SpO<sub>2</sub> room air ≤95%. On O<sub>2</sub> Canular 3 LPM ให้ใหม่ วัด SpO<sub>2</sub> 95%. เวลา 22.00 น. มีไข้ BT=38.4 °C ดูแลเช็ดตัวลดไข้ร่วมกับให้ยา ไซ้ลดลง

วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อย On O<sub>2</sub> Canular 3 LPM. SpO<sub>2</sub> = 95-98%. มีไข้ BT = 37.8 - 38.0 °C ดูแลเช็ดตัวลดไข้ร่วมกับให้ยา ไซ้ลดลง

วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเร็วตื่น ฟันผายหายหลอดลม และ On O<sub>2</sub> mask with bag 10 LPM. อาการไม่ดีขึ้น แพทย์เยี่ยมอาการ สั่ง CXR : Infiltration both lungs. Plan On Endotracheal tube with refer โรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้ป่วยปฏิเสธ และยินยอมเซ็นใบ DNAR เพื่อเข้าสู่กระบวนการ Palliative care แพทย์จึงสั่งให้ยา Morphine 3 mg. IV pm. q 4 hr. for dyspnea with Morphine (1:10) IV drip start 10 cc./hr. ปรับเพิ่มได้ทีละ 5 cc./hr. q 4 hr. ถ้ามีอาการกระสับกระส่าย เวลา 16.30 น. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ใช้กลัมน้ำหนักในห้องในการหายใจ ฉีดยา Morphine 3 mg. IV stat. เวลา 17.00 น. อาการเหนื่อยหอบไม่ทุเลา มีกระสับกระส่าย ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ยา Morphine (1:10) IV drip start 10 cc./hr. เวลา 18.00 น. มีไข้ BT=38.5°C ผู้ป่วยซึมลง (E3V3M5) ดูแลเช็ดตัวลดไข้ร่วมกับให้ยา ไซ้ลดลง Plan on NG tube for feeding. ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ เวลา 22.00 น. มีไข้ BT=38.0°C ผู้ป่วยซึมลง (E3V2M4) ดูแลเช็ดตัวลดไข้ วัดไข้ซ้ำไข้ไม่ลง ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นใช้กลัมน้ำหนักในห้องหายใจมี Air Hunger RR= 24/min On O<sub>2</sub> mask with bag 10 LPM. SpO<sub>2</sub> 99% Suction clear airway. เสมหะสีขาวขุ่น ฟันผายหายหลอดลมอาการไม่ทุเลา อธิบายอาการให้ญาติรับทราบ ปรับยา Morphine (1:10) IV drip 15 cc./hr. เวลา 24.00 น. ผู้ป่วยซึมลง (E2V2M4) หายใจเหนื่อยหอบ มี Air Hunger อัตราการหายใจช้าลง RR=16/min, SpO<sub>2</sub> 97%

วันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เวลา 01.00 น. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว (E1V1M1) หายใจเหนื่อยหอบช้าลง RR=14/min มี Air Hunger. SpO<sub>2</sub> 94% ปลายมือปลายเท้าเย็น เวลา 01.20 น. Monitor EKG show Asystole. ผู้ป่วยหยุดหายใจ คลำชีพจรไม่ได้ ฟังการเต้นของหัวใจไม่ได้ยิน อธิบายญาติผู้ป่วยเสียชีวิต รายงานแพทย์มาตรวจลงความเห็นผู้ป่วยถึงแก่กรรม จำหน่ายถึงแก่กรรม เวลา 01.40 น.

#### การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดอักเสบจากการติดเชื้อ

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า หายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจเหนื่อย

O : 1. CXR: infiltration both lungs.

2. Sputum culture: Klebsiella pneumoniae, Candida albicans.

3. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเร็วตื่น อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที Lung rhonchi both lung.

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดอักเสบจากการติดเชื้อ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเร็วตื่น มีเหนื่อยหอบ ใช้กลัมน้ำหนักในห้องในการหายใจ มี Air Hunger ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียวคล้ำ

2. SpO<sub>2</sub> ≥95%

3. CXR: No infiltration.

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนทุก 4 ชั่วโมง เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ สีผิวที่ริมฝีปาก และปลายมือปลายเท้า ติดตามระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดร่วมกับสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง หากมีอาการและอาการแสดงผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที

2. สังเกตภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ SpO<sub>2</sub> < 95% รายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ด้วยการ On O2 Mask with bag 10LPM keep SpO<sub>2</sub> ≥95% ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ดูแลจัดท่านอนท่าศีรษะสูง 15-30 องศา เพื่อช่วยให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้เต็มที่รับออกซิเจนได้มากขึ้น
5. ดูแลดูดเสมหะเมื่อไม่สามารถไอขับออกได้เอง เพื่อลดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนได้มากขึ้น
6. ดูแลพ่นยาขยายหลอดลม Beradual solution 1 cc.+ NSS 3 cc. Nebulizer q 8 hr. with prn for dyspnea ตามเวลา เพื่อให้กล้ามเนื้อภายในปอดคลายตัว ช่วยให้ทางเดินหายใจขยายออกและหายใจสะดวกขึ้น
7. ดูแลได้รับยาละลายเสมหะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Acetylcysteine 1 ซอง ผสมน้ำดื่มหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น เพื่อให้เสมหะอ่อนตัว สามารถระบายออกได้ง่ายด้วยการไอ หรือจากการดูดเสมหะ
8. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่น หรือจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัว สามารถไอขับออกเองได้ง่ายขึ้น ช่วยลดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ
9. แนะนำให้ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารมัน ทอด รสจัด มีกลิ่นฉุน เพราะเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการไอ จาม และงดรับประทานอาหารที่แข็ง เหนียว เพราะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการเคี้ยวมากขึ้น ซึ่งทั้ง 2 อย่างจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยง่าย ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
10. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ลดการออกแรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลให้อาบน้ำ และขับถ่ายบนเตียงแทนการเดินเข้าห้องน้ำ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยง่ายจากการเดิน

#### ประเมินผล

1. หลังให้การพยาบาลในวันที่ 1-5 ผู้ป่วยมีอาการพร่องออกซิเจน เพราะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไซ้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ มี Air Hunger ร่วมด้วย ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียวคล้ำ
2. SpO<sub>2</sub> 94%
3. Day 4 (วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2522) Repeat CXR: Infiltration both lungs.

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไซ้

##### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกรู้สึกเหนื่อยหอบ ร้อนๆหนาวๆ รู้สึกไม่สบายตัวคล้ายจะเป็นไซ้

O : วัดอุณหภูมิกาย เท่ากับ 37.8 - 38.5 องศาเซลเซียส ผิวหน้าแดง ตาแดง ริมฝีปากปากแห้ง ตัวร้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีไซ้

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิกาย 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. มอบหมายให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้เช็ดตัวลดไซ้ (Tepid Sponge) ให้ผู้ป่วยภายใต้การดูแลของพยาบาล โดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นแล้วบิดหมาดๆ นำมาเช็ดตามตัวให้ผิวหนังออกแดงๆในทิศทางเดียวกัน แล้ววางไว้ที่หน้าผาก ซอกคอ ซอกรักแร้ หน้าอก และเช็ดเป็นเวลานาน 15 นาที จะช่วยให้เหงื่อออก ถือเป็นกรช่วยเหลือให้ร่างกายระบายความร้อนจากพิษไซ้ ออกมา ลดอุณหภูมิของร่างกายลงอย่างได้ผล และไม่ควรเปิดพัดลมขณะเช็ดตัวลดไซ้ เพราะจะทำให้มีอาการหนาวสั่น
2. ดูแลให้ยาลดไซ้ชนิดรับประทานกับผู้ป่วย Paracetamol (500) 1 tab oral PRN. q 4 hrs. ตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อมีไซ้ มากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส
3. ประเมินอุณหภูมิกายซ้ำหลังเช็ดตัวลดไซ้และรับประทานยาลดไซ้ภายใน 30 นาที หากไซ้ไม่ลงให้เช็ดตัวลดไซ้ซ้ำด้วยน้ำอุ่น ตามข้อที่ 1 จนกว่าอุณหภูมิกายลดลงอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
4. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่น หรือน้ำอุณหภูมิห้องบ่อยๆ เพราะจะช่วยลดเซกการสูญเสียน้ำทางเหงื่อ ป้องกันร่างกายขาดน้ำ และน้ำยังเป็นตัวช่วยให้ร่างกายเย็นลง ลดอัตราการเผาผลาญอาหารจึงช่วยลดการสร้างความร้อนในร่างกายได้



5. แนะนำไม่ให้ทาโลชั่น หรือแป้งเมื่อมีไข้ หรือเมื่อเช็ดตัวลดไข้เสร็จ เพราะเป็นการอุดรูขุมขนในการระบายความร้อน ออกจากร่างกาย ทำให้ไข้ไม่ลดลง

6. แนะนำห้ามอาบน้ำเมื่อมีไข้ และเมื่อมีอาการหนาวสั่น เพราะจะทำให้รูขุมขนที่ระบายความร้อนปิด ส่งผลให้ร่างกาย ระบายความร้อนไม่ได้ จะทำให้ไข้สูงขึ้น ควรใช้วิธีการเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นเท่านั้น

7. แนะนำการรับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยส่งเสริมในการลดไข้ เช่น พักเขี้ยวมีคุณสมบัติเย็น สามารถลดไข้ได้อย่าง รวดเร็ว นิยมทำเป็นเมนูแกงจืด เพราะมีส่วนผสมของน้ำผู้่วยสามารถรับประทานได้คล่องคอ และแตงกวาเป็นผักที่มีฤทธิ์เย็น จึงใช้ เป็นอาหารช่วยลดไข้ได้

8. แนะนำรับประทานผลไม้ เช่น แตงโม เนื่องจากแตงโมมีน้ำเป็นส่วนประกอบปริมาณมาก ราคาถูก หาง่าย มีทุกฤดูกาล เมื่อมีไข้ร่างกายจะสูญเสียน้ำทางเหงื่อ ทำให้ร่างกายขาดน้ำ ดังนั้นการรับประทานแตงโมจึงเหมือนการเติมน้ำให้ร่างกายทำให้สดชื่น และลดไข้ได้

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยยังคงมีไข้ อุณหภูมิกาย 37.8-38.5 องศาเซลเซียส

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ Palliative Care เนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจในกระบวนการรักษา

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : บุตรผู้ป่วยตามแพทย์ว่า พ่ออาการเป็นอย่างไร รักษาหายหรือไม่ การรักษาต้องใช้วิธีไหน การรักษาที่ทำให้ หลับตายเป็นอย่างไร มัธยมมานานมากไหม ไม่เคยรักษา ไม่รู้จัก ที่นี้รักษาได้ไหม หรือต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

O : สีนหน้าผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล, บุตรเดินมาถามอาการของโรคและการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่เคาเตอร์พยาบาล ผู้ป่วยพูดคุยกับบุตรว่า “ตายช่างมัน แก่แล้ว แต่ไม่ใส่ท่อ” จากประวัติการรักษาผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการใส่ท่อทางเดินหายใจ

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาตามกระบวนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วยและญาติเห็นยินยอมเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ Palliative Care

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ ด้วยการเข้าไปพูดคุยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาของแพทย์ และสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการเปิดใจพูดคุยกันมากขึ้น

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อในผู้สูงอายุ การดำเนินของโรค ระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นให้แก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ และอธิบายแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสมกับผู้ป่วยขณะรับการรักษาภายในโรงพยาบาล ด้วยการรักษา ตามกระบวนการ Palliative Care เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น ลดความวิตกกังวลลง

3. อธิบายการรักษาตามกระบวนการ Palliative Care ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และเปิดโอกาสให้ซักถามในแต่ละ ขั้นตอนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแต่ละกิจกรรมการรักษา เพื่อให้เปิดใจยอมรับผลของการรักษาในขั้นตอนสุดท้าย คือ ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบด้วยการใช้ยามอร์ฟีนช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการดำเนินของโรค และยินยอมเซ็นใบยินยอมเข้าสู่ การรักษาตามกระบวนการ Palliative Care ด้วยความเข้าใจในระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และด้วยความเต็มใจของผู้ป่วยและญาติ

4. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการเตรียมภารกิจต่างๆให้พร้อมหลังผู้ป่วยหมดลมหายใจ เช่น พิณัยกรรม หรือมรดก เพื่อลดความขัดแย้งภายในครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิตลง

5. แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบว่า ทีมทางการแพทย์จะมีการอธิบายเหตุผลของการให้กิจกรรมการพยาบาล การทำ หัตถการ การฉีดยา การให้ยารับประทานแก่ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์ เพิ่ม ความเข้าใจในกระบวนการรักษามากขึ้น



6. ติดตามแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่เตียงร่วมกัน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามแนวทางการรักษาของแพทย์ที่ยังไม่เข้าใจ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อลดความสงสัยคลายความวิตกกังวล และเพิ่มความเข้าใจมากขึ้น

7. แนะนำและสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ญาติสามารถทำได้ขณะอยู่โรงพยาบาล เพื่อให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น เช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี การพุดลอบโยน การสังเกตลักษณะผิดปกติของผู้ป่วยที่ควรแจ้งให้พยาบาลรับทราบทันที เช่น หายใจเหนื่อยมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และเกิดความเข้าใจในเหตุผลของการรักษามากขึ้น

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาตามกระบวนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วยและญาติเห็นยินยอมเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบPalliative Care

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาตามกระบวนการPalliative Care

##### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลว่า ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ป้อนหัวใจ ขอดายแบบไม่ทรมาน

O : ผู้ป่วยเซ็นใบDNARแจ้งความประสงค์ปฏิเสธการใส่ท่อทางเดินหายใจ ปฏิเสธการใส่สายให้อาหาร เมื่อไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ปฏิเสธการใช้ยากระตุ้นหัวใจ และงดการฟิ้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น โดยมีบุตรชายเซ็นเป็นพยาน ผู้ป่วยและญาติเห็นยินยอมเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบPalliative Care แพทย์วินิจฉัย Z515

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาMorphine Injection
2. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบที่โรงพยาบาล
3. ญาติเกิดความพึงพอใจในกระบวนการรักษาแบบPalliative Care ไม่เกิดข้อขัดแย้งกับทีมทางการแพทย์พยาบาล เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. เริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยมีการวางแผนสิ่งที่คุณป่วยต้องการระหว่างญาติ บุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Advance Care Plan) ร่วมกัน
2. จัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวน เสียงไม่ดัง อากาศถ่ายเทได้สะดวก และมีม่านกันมิดชิด เพื่อความเป็นส่วนตัวระหว่างผู้ป่วยและญาติ เมื่อผู้ป่วยใกล้หมดลมหายใจ
3. ให้ความเคารพสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องแนวทางและเป้าหมายการดูแลตามค่านิยม ความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัวเคารพนับถือ
4. จัดการอาการรบกวน และความทุกข์ทรมานจากการดำเนินโรคของผู้ป่วยด้วยการให้ยา Morphine 3 mg. IV pm. q 4 hr. for dyspnea x 1 does ประเมินซ้ำอาการเหนื่อยไม่ทุเลา มีกระสับกระส่าย ปรับแผนการให้ยาเป็น Morphine (1:10) IV drip start 10 cc/hr.ปรับเพิ่มได้ทีละ 5 cc/hr. q 4 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. On monitor EKG เพื่อติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยหลังได้รับยา Morphine (1:10) IV drip เนื่องจากการออกฤทธิ์ของยาทำให้ความดันโลหิตต่ำ กตการหายใจ ทำให้หายใจช้าลงจนหยุดการหายใจ หัวใจเต้นช้าลง หรือหัวใจหยุดเต้น
6. แนะนำญาติให้อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการสัมผัสกาย สัมผัสมือ ลูบแขนผู้ป่วยเบาๆอย่างอ่อนโยน เพื่อเป็นการสื่อสารความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ช่วยให้อารมณ์ที่เครียดเกร็งได้คลายตัว
7. อธิบายอาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น บางครั้งผู้ป่วยอาจร้องไห้ มีอาการร้องคราง ละเมอ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ญาติควรพุดคุยปลอบโยน มีการพุดกระซิบข้างหูผู้ป่วยเบาๆ เพื่อให้คลายความทุกข์กังวล

8. ดูแลความสุขสบายทั่วไปด้านร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดภายในช่องปากด้วยการใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาด การทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ สระผมบนเตียง การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งการเปลี่ยนเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ให้สะอาดอยู่เสมอเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายตัว

9. แนะนำญาติให้เปิดพระเมรุวางไว้ข้างหูผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย หรือหาพระเครื่องพระพุทธรูปองค์เล็กมาวางไว้ข้างหมอนหนุนบนศีรษะผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นเครื่องน้อมนำจิตใจ ช่วยนำทางให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากทุกข์ทรมาน ไปสู่ภพภูมิที่ดี ตามความเชื่อทางศาสนา

10. เมื่อผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง นัยน์ตาจะเริ่มแห้ง ดูแลดวงตาผู้ป่วยโดยใช้ผ้าก๊อชปิดตาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันแ้วตาแห้ง

11. แจ้งญาติทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิม เพื่อให้ญาติเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ และยอมรับผลของการรักษาตามกระบวนการ Palliative Care และสามารถเข้าใจได้เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

12. แนะนำญาติให้จัดสิ่งลบบ่อผู้ป่วย ปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ ห่วงกังวลออกจากจิตใจผู้ป่วยให้มากที่สุด ด้วยการกระซิบบอกเบาๆ ข้างหูผู้ป่วยว่าไม่ต้องห่วง ไม่ต้องกังวลให้จากไปด้วยดี ให้ปล่อยวาง ขอโศกกรรม ขอสู่สุคติ

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการบริหารยา Morphine Injection 3 mg. IVx 1 does อาการเหนื่อยหอบไม่ทุเลา มีกระสับ กระส่าย จึงปรับเป็น Morphine (1:10) IV drip titrate until 15 cc/hr.

2. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบที่โรงพยาบาล วันที่ 3 ธันวาคม 2565 เวลา 01.20 น.

3. ญาติเกิดความพึงพอใจในกระบวนการรักษาแบบ Palliative Care ไม่เกิดข้อขัดแย้งกับทีมทางการแพทย์มา เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

#### ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 5 จำหน่ายผู้ป่วยถึงแก่กรรม

##### ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่า พ่อไม่หายใจแล้ว หน้าจ่อขึ้นหัวใจเป็นเลขศูนย์แล้ว

O : Monitor EKG show Asystole, สังเกตทรวงอกผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหว คลำชีพจรไม่ได้ ฟังการเต้นของหัวใจไม่ได้ยิน แพทย์ลงความเห็นผู้ป่วยถึงแก่กรรม

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อจำหน่ายผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2. เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องตามขนบธรรมเนียม และความเชื่อทางศาสนา

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. ศพได้รับการทำความสะอาดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ญาติและครอบครัวผู้ป่วยถึงแก่กรรมมีความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ โดยไม่เกิดข้อร้องเรียน

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานแพทย์มาตรวจเพื่อลงความเห็นยืนยันว่า ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว และทำการแจ้งข่าวร้ายแก่ญาติพร้อม กล่าวแสดงความเสียใจ ปลอบโยน และอนุญาตให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยถึงแก่กรรมเท่าที่ต้องการ จนกว่าจะย้ายศพออกจากเตียงผู้ป่วยใน

2. อธิบายขั้นตอนการจัดการศพในโรงพยาบาลหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรมให้ญาติรับทราบ และแจ้งเวลาในการรับศพ เพื่อนำไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

3. เตรียมอุปกรณ์และของใช้ในการทำความสะอาดและแต่งศพ เช่น สำลีแห้ง พลาสเตอร์ ผ้าก๊อชแบบแผ่นวาสลีน เสื้อผ้าชุดใหม่ หวี ป้ายข้อมือ ถูขยະ ผ้าห่ม

4. ปิดม่าน เพื่อทำความสะอาดพร้อมกันญาติด้วยความเคารพ โดยให้ศพนอนหงายราบหนุนหมอน แขนวางข้างลำตัวฝ่ามือคว่ำ ขาอยู่ท่าตรง ทำทุกสิ่งอย่างเบามือ ปลดสายน้ำเกลือออก ทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำบนเตียง เช็ดรอยพลาสติก ใช้วาสลีนทาเปลือกตาและปิดตาทั้ง 2 ข้างด้วยผ้าก๊อสม้วนแบน ใส่ฟันปลอมปิดปากให้สนิท ใช้สำลีอุดรูจมูก 2 ข้าง หู 2 ข้าง ทวารหนัก เพื่อป้องกันน้ำคั่งหลังไหลออกมา

5. หวีผม สวมเสื้อผ้าชุดใหม่ที่ญาติเตรียมไว้ ใช้ผ้าห่มคลุมศพปิดถึงหัวไหล่ 2 ข้าง และให้ศพอยู่ในห่อผู้ป่วย เป็นเวลา 2 ชั่วโมง หลังแพทย์ลงความเห็นถึงแก่กรรม จึงสามารถจำหน่ายออกจากห่อผู้ป่วยได้

6. เตรียมเอกสารในการออกใบรับรองการตาย โดยให้แพทย์เป็นผู้ลงรายละเอียด ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลในหนังสือรับรองการตายให้เรียบร้อย

7. อธิบายญาติในการแจ้งตายตามระเบียบของกฎหมาย โดยให้เจ้าบ้านหรือบุคคลในครอบครัวไปแจ้งการตายที่อำเภอ ภายใน 24 ชั่วโมง นับตั้งแต่เวลาถึงแก่กรรมตามใบรับรองการตายที่แพทย์เป็นผู้ออกให้

8. เมื่อศพอยู่ในห่อผู้ป่วยครบ 2 ชั่วโมง ให้ญาติเซ็นรับศพพร้อมใบรับรองการตาย และมีการกล่าวคำขอขมาศพก่อนการเคลื่อนย้ายศพออกจากห่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการให้เกิดสติผู้ถึงแก่กรรม ทำให้หมดห่วง และเป็นการปลอบใจญาติให้คลายความเศร้า ด้วยการกล่าวคำขอขมาดังนี้ (ยกมือไหว้ 1 ครั้ง และวางรูป 1 ดอกพร้อมดอกไม้สด 3 สี บนหน้าอกของผู้ถึงแก่กรรมก่อนจะกล่าวคำขอขมา) "ขอให้คุณลุง (กล่าวชื่อ-สกุลผู้ถึงแก่กรรม) ไปสู่สุคติภพ กรรมใดที่ข้าพเจ้าเคยล่วงเกินท่านด้วย กายกรรม วาจกรรม มโนกรรมก็ดี หากได้ล่วงเกินท่านโดยรู้ตัวก็ดี ไม่รู้ตัวก็ดี โปรดโหลิกรรมแก่ข้าพเจ้าด้วยเถิด" จึงเปิดผ้าม่านจำหน่ายผู้ป่วยถึงแก่กรรมออกจากห่อผู้ป่วย

#### การประเมินผล

1. ศพได้รับการทำความสะอาดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ญาติและครอบครัวผู้ถึงแก่กรรมมีความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยไม่เกิดข้อร้องเรียน

#### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 91 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรังปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา มาด้วยอาการขณะญาติประคองผู้ป่วยลุกขึ้นมารับประทานอาหาร สำลักน้ำลาย หายใจเหนื่อย 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล อาการแรกเริ่มที่ติดผู้ป่วยใน รู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อย่างดี ทำตามคำสั่งได้ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที On O2 mask with bag 10 LPM, SpO<sub>2</sub> 99%, Lung rhonchi both lung. มีเสมหะในลำคอ ไอขับออกได้เอง เสมหะสีขาวไม่ข้น ความดันโลหิต 126/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส แพทย์วินิจฉัย Pneumonia ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน ยาพ่นขยายหลอดลม การดูดเสมหะด้วยเครื่อง ยารับประทาน และยาฉีดฆ่าเชื้อ อาการเหนื่อยไม่ทุเลา เริ่มมีไข้ ทำการเอกซเรย์ปอดซ้ำ พบมีพยาธิสภาพที่ปอดมากขึ้นร่วมกับหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น แพทย์วางแผนใส่ท่อทางเดินหายใจและส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการใส่ท่อทางเดินหายใจ ปฏิเสธการไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ขอเสียชีวิตอย่างสงบโดยการเซ็น DNAR โดยมีบุตรเซ็นเป็นพยาน แผนการรักษาจึงเข้าสู่กระบวนการ Palliative Care โดยการวินิจฉัยของแพทย์ร่วมกับความยินยอมของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่โรงพยาบาล

#### วิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ ในกรณีศึกษานี้พบว่าเป็นผู้ป่วยที่สูงอายุมาก ร่วมกับมีโรคประจำตัวหลายโรค การดำเนินของโรคมีความรุนแรงมาก ไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีแนวโน้มทรุดลง และเสียชีวิต การรักษาที่เหมาะสมที่สุด คือการเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ Palliative Care เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากตัวโรคน้อยที่สุด ทีมทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะที่ดี คลอบคลุมทุกมิติ จึงทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้กรณีศึกษานี้ถึงแก่กรรมอย่างสงบที่โรงพยาบาล และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### ข้อเสนอแนะพัฒนา

1. พัฒนาความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ในทีมทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care แบบสหวิชาชีพให้ครบตามกระบวนการดูแล เพื่อให้เข้าใจในกระบวนการในการใช้ยากลุ่ม Strong Opioid
2. มีการถ่ายทอดความรู้ภายในองค์กร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ทุกระดับมีความเข้าใจ และมีความรู้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย Palliative Care มากขึ้น เช่น การจัดวิชาการประจำปี เพื่อให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
3. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติที่ตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการ Palliative Care. ให้เข้าถึงการใช้ยากลุ่ม Strong Opioid มากขึ้น
4. ให้ทีม Palliative Care หรือผู้รับผิดชอบงานมีการสะท้อนกลับข้อมูลร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ทีมทางการแพทย์มีการพัฒนากระบวนการดูแลให้ตรงตามเป้าหมายมากขึ้น

### สรุป

Palliative Care เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากการเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยมีเป้าหมายในการลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด และอาการรบกวนอื่นๆ แบบองค์รวม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยด้วยกระบวนการ Palliative Care จึงเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558 : โรคปอดอักเสบ. [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.boe.moph.go.th/>.
2. กิตติพงษ์ คงจันทร์. (2562). ปอดอักเสบติดเชื้อในผู้สูงอายุ อันตรายกว่าที่คิด. [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/doctor/detail/kittipong-kongchan>.
3. Perara T. Pulmonary emergencies in the elderly. In: Kahn J H, Magauran BG, Olshaker JS, editors. Geriatric emergency medicine: principles and practice. New York: Cambridge University Press; 2014. pp.185-97.
4. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ปอดอักเสบ (Pneumonia). [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.boe.moph.go.th>.
5. โรงพยาบาลพญาไท นวมินทร์. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว. [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.phyathai.com/th/article/category/medical>.
6. WHO definition of Palliative Care. [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช). คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2560.
8. โรงพยาบาลลานกระบือ. สถิติสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิต 5 อันดับโรค. กำแพงเพชร : โรงพยาบาล ; 2565-2566.
9. โรงพยาบาลลานกระบือ. สถิติผู้ป่วย Palliative Care ที่เสียชีวิต. กำแพงเพชร : โรงพยาบาล ; 2566.
10. วันดี โทสุขศรีและคณะ. บรรณานุกรม. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่3 (ปรับปรุงครั้งที่1). กรุงเทพฯ: เอ็นทีเพลส; 2559.



## Nursing Management of AIDS Patients with Concurrent Opportunistic Infections in Community : A Case Study

Wasucha Yutithamsatit, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) represents an escalating contributor to mortality rates. Presently, there are no vaccines or definitive curative interventions available for this ailment. Adherence to antiviral drug regimens is crucial for disease management, offering control and mitigation against superfluous opportunistic infections. Therefore, individuals diagnosed with AIDS undergo comprehensive assessment, screening, and sustained therapeutic interventions to avert complications, reduce mortality rates and enhance overall quality of life.

**Objective :** To provide guidelines for effective nursing care to community-dwelling AIDS patient with opportunistic infection state.

**Case Study :** A conscious 42-year-old male Thai patient, diagnosed with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), has been undergoing antiviral therapy at the Access To Care (ATC) clinic, Kamphaeng Phet Hospital, for the past decade. Initially prescribed the Lastavir formula (d4T+3TC)+EFV, his CD4 count stood at 223 cells/mm<sup>3</sup> (11.28%). Despite periodic indulgence in alcohol consumption and cigarette smoking, the patient's irregular and untimely adherence to antiviral medication, yielding a medication adherence rate below 90%, has resulted in a viral load surpassing 100,000 copies/ml. At the initial visit, the patient exhibited a weight of 40 kilograms, a height of 168 centimeters, and a CD4 count of 11 cells/mm<sup>3</sup> (1.40%). The diagnostic assessment revealed a susceptibility to opportunistic lung infections. Subsequently, the ATC clinic physician recommended the patient's admission to the male medical ward. Over the course of seven clinic visits and three home visits, historical issues emerged, notably irregular antiviral adherence resulting in a medication adherence rate falling below 90% and a missing clinical appointments while on antiretroviral therapy. The identified challenges include: 1. Risk of treatment discontinuity stemming from a lack of motivation. 2. Increased susceptibility to opportunistic infections due to compromised immune defenses. 3. Impaired tolerance for physical activities due to persistent fatigue and pallor. 4. Limited comprehension and heightened anxiety among the patient, relatives, and caregivers concerning the disease, symptoms, and treatment protocol. 5. Malnutrition attributed to suboptimal dietary intake. 6. Stress and anxiety regarding potential societal stigmatization. 7. Diminished self-esteem resulting from illness, a transition to a dependent status and financial strain. In the latest follow-up, the patient's overall condition is deemed normal, with stable vital signs and a notable increase in the CD4 count to 331 cells/mm<sup>3</sup> (32.18%), indicative of enhanced immune functionality. Furthermore, the patient consistently adheres to antiretroviral therapy, achieving a medication adherence rate exceeding 95%.

**Conclusion :** Individuals devoid of complications experience an enhanced quality of life, facilitated by the supportive interventions of community nurses, who instill confidence in patients. Drawing upon their knowledge and proficiency in nursing care, community nurses adopt a holistic paradigm centered on the individual. Collaborating with allied health professionals teams and volunteer leaders, they extend ongoing care seamlessly from hospital settings to the broader community health network. This proactive approach empowers patients to self-manage, fostering a sense of contentment within familial and societal contexts. The administration of antiviral drugs, consequently, fortifies the patient's immune system, culminating in improved health outcomes. This therapeutic intervention serves to retard disease progression, curtail infection rates, minimize instances of illness, reduce mortality rates, and ultimately contribute to an elevated quality of life for patients.

**Keywords :** Nursing care for AIDS patients, opportunistic infections, community.

\*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสในชุมชน : กรณีศึกษา

วสุชา ยุติธรรมสถิต, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคเอดส์ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันยังไม่สามารถที่จะค้นพบวัคซีน หรือรักษาให้หายขาดได้ การรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถควบคุมโรคเร็วขึ้นและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่จะเกิดซ้ำซ้อน ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน คัดกรองและให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสในชุมชน

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี รู้สึกตัวดี มีประวัติเป็นโรคเอดส์และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คลินิกพิเศษ Access To Care: ATC โรงพยาบาลกำแพงเพชร เมื่อ 10 ปีที่แล้ว ด้วยสูตรแรก Lastavir (d4T+3TC)+EFV ผล CD4 count 223 cell/mm<sup>3</sup> (11.28%) แต่ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอและไม่ตรงเวลา adherence น้อยกว่า 90% ทำให้มีผล Viral Load มากกว่า 100,000 copies/ml แรกรับน้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร ผล CD4 count 11 cell/mm<sup>3</sup> (1.40%) ได้รับการวินิจฉัย มีการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ปอดเกิดขึ้น แพทย์คลินิกพิเศษ ATC ให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมชาย ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะนอนพักรักษาตัวและที่คลินิกพิเศษ ATC เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ 7 ครั้ง ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง พบว่ามีปัญหาเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ adherence น้อยกว่า 90% ขาดนัด ไม่มารับยาต้านไวรัสตามแพทย์นัด พบปัญหาคือ 1.เสี่ยงต่อการขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดกำลังใจในการรักษา 2.เสี่ยงติดเชื้อฉวยโอกาสเนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลงจากการติดเชื้อเอชไอวี 3.ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากอ่อนเพลียและซีด 4.ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลไม่เข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการและแผนการรักษา 5.มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 6.เครียด ความวิตกกังวล กลัวคนในหมู่บ้านจะรังเกียจ ไม่ยอมรับการติดเชื้อของตน 7.ความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองลดลงจากการเจ็บป่วยและบทบาทจากผู้เป็นผู้นำและผู้พึ่งพาและขาดรายได้ ผลการติดตามผู้ป่วยครั้งสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ สัญญาณชีพปกติ ผลการตรวจ CD4 count 331 cell/mm<sup>3</sup> (32.18%) พบว่าเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมารับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ขาดนัด adherence มากกว่า 95%

**สรุป :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ใช้ความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและแกนนำจิตอาสา และมีส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ไปยังเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น สุขภาพผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น สามารถชะลอการดำเนินของโรค ลดอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาส ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราตาย และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส ชุมชน

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร





## บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันยังไม่สามารถที่จะค้นพบวัคซีน หรือยาตัวใดที่มีประสิทธิภาพเพียงพอแก่การป้องกัน ควบคุม หรือรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเอดส์จึงได้รับความทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตทุกราย ประเทศไทยได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560–2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา โดยมีเป้าหมายลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่ให้เกิน 1,000 คนต่อปี ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ไม่เกิน 4,000 รายต่อปี และลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง เหลือไม่เกินร้อยละ 10<sup>2</sup> จากการคาดประมาณสถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทยในปี 2564 คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ประมาณ 6,500 คนปี (เฉลี่ย 18 คน/วัน) ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 9,300 ราย/ปี (เฉลี่ย 26 ราย/วัน)<sup>3</sup> และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ประมาณ 520,000 คน โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 97 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน นอกจากนี้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ในปี 2562 พบว่า คนไทยมีทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 26.7<sup>4</sup> ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2573 ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพทั้งด้านการป้องกัน และการดูแลสุขภาพ จังหวัดกำแพงเพชรมีผู้มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ปี 2564-2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 3,405 3,582 และ 3,728 ราย รับประทานต่อเนื่อง 2,523, 2,596 และ 2,615 ราย เสียชีวิต 663,737 และ 792 ราย ขาดการรักษา 219,249 และ 321 รายตามลำดับ โรงพยาบาลกำแพงเพชรมีผู้มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ปี 2564-2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,388, 1,445 และ 1,478 ราย รับประทานต่อเนื่อง 1,068, 1,101 และ 1,105 ราย เสียชีวิต 230,251 และ 264 ราย ขาดการรักษา 90,93 และ 109 รายตามลำดับ โดยมีจำนวนเพศชายร้อยละ 57.55 เพศหญิงร้อยละ 42.46 ส่วนใหญ่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปถัมภ์ ร้อยละ 95<sup>5</sup>

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะแสดงอาการป่วยเป็นผู้ป่วยเอดส์นั้นต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 7-10 ปี ดังนั้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี มีวัตถุประสงค์เพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็ง<sup>7</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของชีวิตที่ลดลงความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ มีชีวิตยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยเป้าหมายการกินยาต้านไวรัสเพื่อลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้เหลือน้อยที่สุด ทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยที่แสดงโดยระดับเซลล์ทีชนิด CD4 กลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติ การรักษาจึงไม่ใช่เป็นเพียงการนัดผู้ป่วยมารับยาตามกำหนดนัดเท่านั้น แต่ยังคงอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องทำความเข้าใจถึงผลข้างเคียงจากยา และความสำคัญของการรับประทานยาสม่ำเสมอเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดไวรัสตีตยาและให้ยามีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นเวลานานที่สุด<sup>4</sup> ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลอยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลา ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ป่วยเอดส์หลายคนเกิดความท้อแท้ หรือ เบื่อหน่ายต่อการกินยาต้านไวรัส หรืออาจเจอปัญหาอุปสรรคอื่นๆ ที่ตนไม่ได้คาดคิดมาก่อน ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัส โดยเฉพาะจากสามี หรือภรรยาหรือบุตรในรายที่สมรสแล้ว สำหรับคนโสดนั้น บิดา มารดา พี่น้อง จะเป็นคนที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลช่วยเหลือ ปรึกษาปรึกษา<sup>8</sup> แต่เอดส์ก็ยังเป็นโรคที่ครอบครัวและสังคมไม่ยอมรับ ซึ่งนำไปสู่การปกปิดและไม่เปิดเผยผลเลือดกับครอบครัว ภาพโดยรวมที่จะปรากฏให้เห็น คือ ผู้ติดเชื้อที่ระยะเวลาให้อาการของโรคคุกคาม หรือผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาถ้าพวกเขาเหล่านั้นได้รับการดูแลช่วยเหลือและยอมรับจากครอบครัวและสังคมรอบข้างอย่างดี ก็จะทำให้เขาเหล่านั้นมีโอกาสดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขในสังคม

จากการทำงานในการดูแลผู้ป่วยเอดส์กลุ่มดังกล่าว จะเห็นได้ว่าข้อมูลผู้ป่วยขาดยาโดยไม่ทราบสาเหตุมีอัตราสูง เนื่องจากผู้ป่วยต้องกินยาต้านไวรัสตลอดชีวิต ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการกินยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วม มีความยุ่งยากซับซ้อน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล จึงมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ตั้งแต่ การคัดกรอง การรักษา การพยาบาล และคำแนะนำที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้องรวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งพยาบาลชุมชนจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการเกิดโรค ให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ประเมินปัญหาและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และประสานงานกับทีมสหสาขา เพื่อติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพที่แข็งแรง มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาตลอดชีวิต สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีศักยภาพในการทำงานตามความสามารถที่มีอยู่ต่อไป กรณีศึกษาที่จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสในชุมชน



## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี ศาสนาพุทธ

### อาการสำคัญ

มาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการและพึงผลเลือด

### ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

10 ปีก่อนมาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี สมัครเข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

8 ปี ก่อนมาตรวจพบว่าเป็นดื้อยาต้านไวรัส รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ไม่ค่อยมาตามนัด adherence น้อยกว่า 90 % ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรานานๆ ครั้ง

8 เดือนก่อนมา ผลเลือดตรวจพบว่า ซีดี มีเม็ดเจาะเลือดและติดตามต่อเนื่อง รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ adherence น้อยกว่า 90 % รับประทานอาหารไม่ค่อยได้

วันนี้มาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการและพึงผลเลือด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ไม่มีโรคประจำตัวอื่นใด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บิดามารดาไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา : แพ้ยา IBUPROFEN, ERGOTAMINE, CLINDAMYCIN

วินิจฉัยโรค : Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบเมื่อแรกรับ

รูปร่างทั่วไป : ผอมสูง น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร BMI = 14.18

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 85/53 มิลลิเมตรปรอท ผล CD4 count 11 cell/mm<sup>3</sup> (1.40%) ค่า Oxygen saturation 97%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ พุดคุยรู้เรื่องดี การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลปกติ E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub>, GCS=15 คะแนน

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีตุ่มหนอง

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน ตามองเห็นปกติดี โใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ ไม่มีเยื่อช่องปากอักเสบ ลิ้นไม่มีฝ้าขาว

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีแข็งตึง ท้องไม่อืด

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ปัสสาวะปกติ ไม่มีเลือด กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวลเรื่องอาการเจ็บป่วย ไม่ตอบคำถามบางครั้ง มีคำพูดที่บอถึงความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่าจะไม่มีใครดูแล และวิตกกังวลเรื่องการรักษาที่ต้องกินยาต้านไวรัสตลอดชีวิต

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการส่งตรวจ	ค่าปกติ	21 ก.พ. 66	17 ก.ค. 66	29 ส.ค. 66	27 ก.ย. 66
Hct	42-52%	8.8	24.2	-	29.9
Hb	12-16 g / dL	2.8	7.5	-	9.2
CD4	>350	11	14	-	331
VL	< 40,1.60%	45,293,4.65%	-	-	69,1.83%

## สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและขณะติดตามเยี่ยมบ้าน

Visit ที่ 1 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ติดตามเยี่ยมหลังได้รับแจ้งจากตึกผู้ป่วยอายุรกรรมชายว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ปรับแผนการรักษาเพิ่มยาปฏิชีวนะและให้เลือดทั้งหมด 4 ยูนิต แพทย์ให้ยาต้านไวรัสสูตรเดิม

Visit ที่ 2 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ติดตามเยี่ยมเพื่อติดตามอาการ และประเมินอาการหลังจากนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้นรับประทานอาหารได้น้อย มีอาการไอบางครั้ง อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในเลือด 96% น้ำหนัก 40 กิโลกรัม BMI = 14.33

Visit ที่ 3 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและแกนนำ เพื่อวางแผนการจำหน่าย การเยี่ยมบ้าน แผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจเหนื่อยเล็กน้อยหลังอาการไอ ซีด รับประทานอาหารได้น้อย อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ค่า Oxygen saturation 98% ความดันโลหิต 100/68 มิลลิเมตรปรอท

Visit ที่ 4 วันที่ 1 มีนาคม 2566 แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น อาการอ่อนเพลียลดลง รวมระยะที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน แพทย์นัดติดตามครั้งต่อไปวันที่ 29 มีนาคม 2566 ที่คลินิกพิเศษ ATC

### การติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน

Visit ที่ 5 วันที่ 15 มีนาคม 2566 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 1 ร่วมกับทีมแกนนำจิตอาสาเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน บ้านผู้ป่วยเป็นเพิงสังกะสี ไม่มีรั้ว อยู่ในพื้นที่บ้านของอาให้ปลูกอาศัยชั่วคราว พบผู้ป่วยอาศัยอยู่กับอาและหลาน สภาพบ้านรกไม่เป็นระเบียบ มีขยะทิ้งข้างบ้าน ญาติสนใจดูแลผู้ป่วยเป็นบางครั้ง มารดาสีชีวิตได้ 2 เดือน ค่าใช้จ่ายของตนเองใช้เบี่ยยังชีพแอดส์เดือนละ 500 บาท พร้อมทั้งค่าใช้จ่ายบางส่วนจากญาติพี่น้องให้ใช้บ้าง ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ดีใจ ช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อย รับประทานอาหารได้น้อย ขับถ่ายปกติ ไม่มีท้องผูก น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 41 กิโลกรัม

Visit ที่ 6 วันที่ 29 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกพิเศษ ATC อาการดีขึ้น มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนัก 42 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 89 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/75 มิลลิเมตรปรอท ให้กำลังใจและเน้นเมตตาที่เหลือพบว่าผู้ป่วยยังกินยาไม่ตรงเวลา

Visit ที่ 7 วันที่ 2 พฤษภาคม 2566 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนัก 43 กิโลกรัม สภาพบริเวณบ้านดูสะอาด มีการกวาดถูเสื้อผ้าซักทำความสะอาด ยังมีเสื้อผ้าแขวนอยู่ ญาติผู้ป่วยเข้ามาพูดคุยและนำผลไม้มาให้ผู้ป่วยรับประทาน

Visit ที่ 8 วันที่ 4 กรกฎาคม 2566 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 3 ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนัก 43.5 กิโลกรัม สภาพบริเวณบ้านดูสะอาดมีการกวาดถู เสื้อผ้าซักทำความสะอาดพับเก็บเรียบร้อย ญาติผู้ป่วยเข้ามาพูดคุยกับทางทีมสหสาขาวิชาชีพที่ลงไปเยี่ยมและอยู่พูดคุยกับผู้ป่วย บอกว่าผู้ป่วยดูแข็งแรงขึ้น เดือนหน้าจะให้ช่วยทำสวนบริเวณข้างบ้านผู้ป่วย

Visit ที่ 9 วันที่ 26 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกพิเศษ ATC สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการมีน็ศีรษะ เยื่อぶด้านในของเปลือกตาล่างยังซีดเล็กน้อย รับประทานอาหารได้มาก น้ำหนัก 43.5 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้การรักษาดูตามแผนการรักษา คงเดิม และได้รับยาต้านไวรัสสูตร TDF+3TC+LPV/r

Visit ที่ 10 วันที่ 27 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกพิเศษ ATC อาการดีขึ้น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้ น้ำหนัก 44 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 89 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/75 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเลือด Hct 29.9 % แพทย์ให้การรักษาดูตามแผนรักษาคงเดิม เน้นเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา และตรวจปริมาณเชื้อไวรัสและตรวจหาระดับปริมาณเชื้อต่อยาลหลังจากกินยาสม่ำเสมออีก 1 เดือน adherence มากกว่า 95%

### การวางแผนพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อการขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง เนื่องจากท้อแท้และขาดกำลังใจในการรักษา

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : “เบื่อ เมื่อไรจะหยุดยาและหายซักที”

O : มีประวัติรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยาเป็นบางครั้ง adherence น้อยกว่า 90 %

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรับประทานยาด้านไวรัส

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยมาตามนัด ทานยาต่อเนื่อง ไม่พบภาวะผู้ป่วยขาดยาซ้ำ

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เห็นอกเห็นใจในการดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอพร้อมทั้งเปิดโอกาสระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียด

2. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างแรงจูงใจ และมีเจตคติที่ดีในการรักษา

3. เสริมพลังญาติที่ดูแลผู้ป่วยและพี่เลี้ยงแกนนำในการกำกับการกินยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จัดช่องทางติดต่อระหว่างพยาบาลชุมชนกับผู้ป่วย เช่น โทรศัพท์ กลุ่มไลน์ วีดีโอคอล เพื่อติดตามการรับประทานยาและรับปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่บ้าน

4. ให้คำแนะนำ อธิบาย และเสริมสร้างแรงจูงใจในการกินยาด้านไวรัส เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเติมอย่างใกล้ชิด และถ้าไม่สามารถมารับยาด้านไวรัสได้ มีวิธีการจะโทรศัพท์ติดต่อกับพยาบาลเพื่อรับยาแทน

5. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพและแกนนำจิตอาสา ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันเพื่อดูสิ่งแวดล้อม และติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะ ให้ข้อมูลช่องทางในการติดต่อกลับเมื่อมีปัญหาสุขภาพและการขอความช่วยเหลือ ประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรส่วนท้องถิ่น และอสม.ส่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เน้นเรื่องการรักษาความลับผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยมาตามนัดรับยาต่อเนื่อง ไม่พบภาวะผู้ป่วยขาดยา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสเนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลงจากการติดเชื้อเอชไอวี

## ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยรับประทานยาด้านไวรัส ไม่ตรงเวลา

O : ผล CD4 count 11 cell/mm<sup>3</sup> (1.40%) เมื่อ 28 กันยายน 2565 และผล Viral load 45,293 copies/ml (log 4.66%)

เมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2566

## วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อควบคุมระดับปริมาณเชื้อไวรัสให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่า 40
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และมีวินัยในการกินยาด้านไวรัส

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับปริมาณเชื้อไวรัสน้อยกว่า 40 ไม่พบตำแหน่งที่ดื้อยา
2. ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมรับประทานยาตรงเวลา

## กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำและตั้งเวลารับประทานยาโดยโทรศัพท์มือถือตั้งปลุกเวลา 08.00 น. และ 20.00 น. พร้อมกำชับการกินยาสม่ำเสมอและตรงเวลา พร้อมให้ญาติช่วยในการกำกับการกินยาพร้อมทดสอบ โดยให้ผู้ป่วยจัดยาด้านไวรัสให้ดู รวมทั้งดูสถานที่เก็บรักษายาด้านไวรัส

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยแนะนำรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีสม่ำเสมอมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 โดยการจดลงในสมุดคู่มือผู้ป่วย เพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ

3. แนะนำดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1 - 2 ครั้ง และรักษาสิ่งแวดล้อมรอบให้สะอาดบริเวณที่พักให้สะอาด เก็บกวาด จัดของให้เข้าที่เป็นระเบียบ

4. แนะนำเรื่องการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6 - 8 ชั่วโมง

5. แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการติดตามอาการต่อเนื่อง แนะนำเรื่องการรักษาที่บ้าน และจัดบันทึกเวลารับประทานยาต้านไวรัสทุกครั้ง

#### ประเมินผลการพยาบาล

ไม่มีภาวะติดเชื้อและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นเพิ่ม ให้ความร่วมมือในการรักษาดี มาตามนัดทุกครั้งแพทย์นัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากอ่อนเพลียและซีด

**ข้อมูลสนับสนุน S :** ผู้ป่วยบอกว่า อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง

O : ผลตรวจเลือด Hct 24.3% เยื่อตาซีดเล็กน้อย

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** ส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยเพลียขณะมีกิจกรรม
2. ผลเลือด Hct อยู่ในเกณฑ์เพิ่มขึ้น

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่ค่อยมีแรง ให้จัดบันทึกลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยทุกครั้งและนำมายื่นเวลามาพบแพทย์
2. แนะนำได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6 - 8 ชั่วโมง
3. แนะนำให้เปลี่ยนอิริยาบถและมีกิจกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไป
4. แนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดงและโปรตีนให้เพียงพอ แนะนำอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เช่น ไข่ขาว เนื้อสัตว์ ปลา เป็นต้น
5. แนะนำเรื่องการรับประทานยาเสริมสร้างโลหิต Folic 5 mg ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า
6. แนะนำการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น เลือดหมู ตับ และผักโขม เป็นต้น

#### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการเพลียเล็กน้อย สามารถลุกนั่งเดินเข้าห้องน้ำได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลไม่เข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษา

**ข้อมูลสนับสนุน S :** ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เกี่ยวกับโรค อาการของตนเอง

O : ผู้ป่วยหนึ่งไม่ตอบคำถามเป็นบางครั้ง ไม่ยอมออกนอกบ้าน และมีสีหน้าวิตกกังวล

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วย และญาติความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและแผนการรักษา
2. ผู้ป่วย และญาติคลายความวิตกกังวลลง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง



### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติ ระบายความรู้สึก และซักถามในสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นว่าทำไมต้องกินยาตลอดชีวิต
3. ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการดูแลระยะยาว และมักจะมีปัญหาในการดูแลในแต่ละระยะของโรค แนะนำให้ญาติสามารถสอบถามได้เมื่อมีข้อสงสัย หรือมีปัญหาที่ไม่สามารถจัดการดูแลได้สามารถติดต่อกับทางทีมสุขภาพได้
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ละเอียดๆ พร้อมประเมินความเข้าใจเพื่อช่วยให้การเรียนรู้ดีขึ้น และเข้าใจได้ง่ายขึ้น

### การประเมินผลทางการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติสนใจซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเองมากขึ้น สีหน้าแจ่มใสดีขึ้น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

**ข้อมูลสนับสนุน** S : รับประทานอาหารได้ครั้งละ 5-6 คำ

O : น้ำหนัก 40 กิโลกรัม BMI = 14.33 อยู่ในภาวะขาดสารอาหารระดับ 1

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

### เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำหนักตัวขึ้น ไม่ลดลง
2. สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการแสดงของการขาดสารอาหาร

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานอาหาร ชนิดของอาหารที่ชอบหรือไม่ชอบรับประทานให้กับผู้ป่วย
2. แนะนำการออกกำลังกายเบาๆ โดยใช้เวลาน้อย 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยต้องเว้นระยะห่าง ไม่มากเกินไป 2 วันเพื่อกระตุ้นให้อยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น
3. แนะนำสุขวิทยาของช่องปากและฟันด้วยการ แปรงฟัน บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากหรือน้ำเกลือ ก่อนและหลังรับประทานอาหาร
4. แนะนำให้ได้รับอาหารเป็นอาหารธรรมดาและให้ได้รับอาหารให้เพียงพอเป็น อาหารที่มีประโยชน์ให้คุณค่าทางโภชนาการสูงประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต่อสู้กับโรค ป้องกันภาวะน้ำหนักลดลงมากกว่าปกติ เน้น เนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ เต้าหู้ เพราะร่างกายต้องการโปรตีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน หลีกเลี่ยงของทอด ของมัน กะทิ น้ำมันที่กรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว อาหารมีแก๊สสูง ของดอง ถั่ว น้ำอัดลม อาหารสำเร็จรูป เป็นต้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ เพราะเสี่ยงต่อการลดและทำลายระบบภูมิคุ้มกันหรือทำให้มีผลร้าย แรงอาการบางอย่างกำเริบได้ รวมทั้งให้ผู้ป่วยร่วมประเมินในการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเสริม เช่น นม โอวัลติน และผลไม้ ระหว่างมื้ออาหารพร้อมบันทึกจำนวนอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ ควรเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ ปรุงสุกใหม่ๆ
6. แนะนำให้ญาติสามารถนำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ และควรเป็นอาหารที่สุกและสะอาด เช่น ผักควรลวกก่อนรับประทาน หรือผักต้มเบา ๆ ก็ยังดีกว่าไม่รับประทานผักเลย
7. สร้างเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยทางเศรษฐกิจเนื่องจากผู้ป่วยมีฐานะไม่ดีทำให้ไม่สามารถหาอาหารมาทดแทนได้ แนะนำแกนนำจิตอาสาเข้ามาช่วยเหลือ ประสานงานกับท้องถิ่นเพื่อช่วยเหลือ

### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยน้ำหนักตัวเท่าเดิมไม่ลดลง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** เครียด ความวิตกกังวล กลัวคนในหมู่บ้านจะรังเกียจ ไม่ยอมรับการติดเชื้อของตน

**ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

O : ผู้ป่วยหนึ่งไม่ตอบคำถามเป็นบางครั้ง ไม่ยอมออกนอกบ้าน



### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ญาติด้วยวาจาสุภาพอ่อนโยน ท่าทีที่เป็นมิตรพร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ผู้ป่วยพูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเวลาตามนัดที่คลินิกพิเศษ ATC เกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษาของตนเอง

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
3. แจ้งอาการปัจจุบัน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการติดเชื้อ ให้ผู้ป่วยทราบ ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย

แก่ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

4. ประเมินความวิตกกังวล และท่าทีต่างๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วยและญาติต่อความเจ็บป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

5. ให้อกำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

6. ให้สุختักษาผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการควบคุมอาการของโรค และให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

7. สนทนาสร้างแรงจูงใจและปรึกษาพยาบาลจิตเวช เพื่อจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม

8. แนะนำกิจกรรมเพื่อรักษาเยี่ยวยา ความรู้สึกด้านจิตอารมณ์ เพื่อปรับสภาพความรู้สึกนึกคิดให้อยู่ในสภาพจิตสมดุล จิตสงบไม่คิด ฟุ้งซ่าน ลดความกดดัน ด้านอารมณ์ กิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การฝึกสมาธิ การปรับหรือทำใจให้ ยอมรับสภาพ สวดมนต์ ปรึกษาหารือขอความช่วยเหลือจากกลุ่มแกนนำจิตอาสาเพื่อนพบเพื่อน

9. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกัน เพื่อดูแลสิ่งแวดล้อม และติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านผู้ป่วย

### การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น เข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้
2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าผ่อนคลาย สีหน้าแจ่มใส พูดคุยยิ้มแย้มมากขึ้น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากการเจ็บป่วยและบทบาทเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้

**ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

O : ผู้ป่วยหนึ่งไม่ตอบคำถามเรื่อง ไม่มาตามนัดเป็นบางครั้ง

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ญาติด้วยวาจาสุภาพอ่อนโยน ท่าทีที่เป็นมิตรพร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ผู้ป่วยพูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษา

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กินยาอย่างสม่ำเสมอ

3. แจ้งอาการปัจจุบันและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากโรค ให้ผู้ป่วยทราบ ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยแก่ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

4. ประเมินความวิตกกังวล และทำที่ต่าง ๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วยและญาติต่อความเจ็บป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับทำที่และปฏิภิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

5. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล และชวนให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงคุณค่าของตนเอง

6. ให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการกินยาต้านไวรัส และให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

7. สนทนาสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยและช่วยหาทางจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม

8. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกัน เพื่อดูสิ่งแวดล้อม และติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะ

#### การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ เข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
2. ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล มีสีหน้าผ่อนคลาย
3. บริเวณบ้านผู้ป่วยมีการจัดวางของเป็นระเบียบและการเช็ดถูในบริเวณที่พักตนเอง

#### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี มีประวัติเป็นโรคเอดส์ 10 ปี ดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ไม่ได้ทำงาน เมื่อก่อนรับจ้างรายวัน มีปัญหา เรื่อง การติดเชื้อและการกินยาไม่ต่อเนื่อง รับการรักษาที่คลินิกพิเศษ ATC โรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างต่อเนื่อง แต่ผล CD4 count 11 cell/mm<sup>3</sup> (1.40%) ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ พบว่า เสี่ยงต่อการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก ท้อแท้และขาดกำลังใจในการรักษา และเสี่ยงติดเชื้อฉวยโอกาสเนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลงจากการติดเชื้อเอชไอวี ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากอ่อนเพลียและซีด และมีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ได้มีการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมรักษาพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น มีความรู้และการดูแลตนเองลดความวิตกกังวลผู้ป่วยและญาติ มีกำลังใจในการรักษา ไม่เครียด ความวิตกกังวลลดลง ยอมรับการติดเชื้อของตนรวมถึงรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้ประสานกับทีมสุขภาพ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในการดูแลรักษาพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และติดตามเยี่ยมกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะดูแลตนเอง โดยให้การดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่คลินิกพิเศษ ATC โรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างสม่ำเสมอ ผล CD4 count 11 cell/mm<sup>3</sup> (1.40%) เพิ่มขึ้นเป็นผล CD4 count 331 cell/mm<sup>3</sup> (32.18%) ระยะเวลาในการดูแลและให้การพยาบาลรวมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด 10 ครั้ง

#### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะแทรกซ้อน มีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อนในการพยาบาล ต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งองค์รวม ค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมกินยาที่ไม่ดี ทำให้ส่งผลผลการควบคุมระดับปริมาณเชื้อไวรัสได้ไม่ดี ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมกินยาที่ไม่เหมาะสมและวินัยการกินยาที่ไม่ดี ทำให้เกิดการต่อต้านไวรัส อายุรแพทย์ได้ปรับเปลี่ยนยาต้านไวรัสที่สามารถกดเชื้อไวรัสและมีการติดตามในคลินิกและลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจำนวน 10 ครั้ง เพื่อหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยในการไม่มาตามนัดและกินยาไม่สม่ำเสมอ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มวินัยในการกินยาต้านไวรัส เน้นความสำคัญของการสนทนาระหว่างทีมและเติมแรงจูงใจในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการและเยี่ยมบ้าน รวมถึงผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม นอกจากนั้น พยาบาลชุมชนแนะนำและใช้กระบวนการให้คำปรึกษา มีผลให้ผู้ป่วยเลือกการรักษาได้เหมาะสมกับของตนเอง ผู้ป่วยยังสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข มารับบริการทุกครั้งก็นัดรับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาและสม่ำเสมอ adherence มากกว่า 95% ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือดอยู่ในระดับควบคุมได้ เพื่อให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพควรดำเนินการ ดังนี้

1. ทีมผู้ให้บริการ บริการด้วยความเป็นมิตร เน้นเรื่องเคารพสิทธิผู้ป่วยและรักษาความลับ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ กล้าเปิดเผย ปัญหาภัยพิบัติ ทำให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา
2. ประเมินความเครียด 2Q ของกรมสุขภาพจิตทุกครั้ง ที่มารับบริการและความสม่ำเสมอในการกินยามีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว
3. พยาบาลประจำคลินิกประสานกับพยาบาลชุมชน ในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเช่น กินยาไม่ตรงเวลา ขาดนัดเป็นประจำ ควรมีแนวทางในการประเมินความต้องการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยทุกราย เพื่อจะได้วางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคได้ถูกต้องต่อไป
4. พยาบาลชุมชน จัดช่องทางติดต่อ เช่น โทรศัพท์ กลุ่มไลน์ วีดีโอคอลเพื่อติดตามกำกับกำกับการรับประทาน ยา รับประทานรักษา ตามนัดหรือค้นหาปัญหาของผู้ป่วย และเป็นช่องทางในการประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพ เทศบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจสังคม

### สรุป

เชซไอวี/เอตส์ เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายมีความแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นคือสังคมไม่ยอมรับ และ/หรือมีความรังเกียจ จากการศึกษาผู้ป่วยมาด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีการติดเชื้อที่ปอด ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ มีปัญหาซับซ้อนจากตัวผู้ป่วยเองและสังคมรอบข้าง ท้อแท้ จนทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มาตามนัด ขาดยา ทำให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสได้ หลังจากนั้นได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรเป็นยาต้านไวรัสสูตรเดี่ยว และต้องรับประทานตรงเวลาสม่ำเสมอตลอดชีวิต จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากความสามารถไม่เพียงพอที่จะดูแลตนเอง การพยาบาลจึงเข้าไปช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปรับตัวอยู่ในสังคมได้ พยาบาลประจำคลินิกและพยาบาลชุมชนต้องเชื่อมโยงในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเชซไอวี/เอตส์ โดยมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีความรู้ ความสามารถ ในการประเมินอาการผู้ป่วยรอบด้านอย่างครอบคลุม มีทักษะในการให้คำปรึกษาและประสานงานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาและปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. เสาวณีย์ วิบูลสันติ. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเชซไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิก แอนด์ดีไซน์; 2565
2. โรคเอตส์. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.isranews.org/article/isranews-short-news/114090-isranews-964.html>
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและศูนย์วิจัยโรคเอตส์ สภาวิชาชีพ. คู่มือพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในคลินิกเชซไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
4. สุเมธ องศ์วรรณดี, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โล่ห์เสนา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกัน การติดเชื้อเชซไอวี ประเทศไทย ปี 2560. นนทบุรี: สำนักโรคเอตส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค; 2560.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ : แสงจันทร์การพิมพ์; 2565.
6. ข้อมูลเอตส์. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>.
7. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเชซไอวีประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
8. ดารุณี จงอุดมการณ์. การพยาบาลสุขภาพครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 5 (ฉบับปรับปรุง). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2565.



## Nursing care of patients with intraventricular hemorrhage with hydrocephalus : A case study

Rudeesroung Pathumthong, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Intraventricular hemorrhage with hydrocephalus can lead to increased intracranial pressure and brain hypoxia which is a life-threatening condition . Moreover, those who survived still had more or less disabilities. Proper and appropriate care is an important factor in reducing the incidence of mortality, morbidity and other complications.

**Objectives :** To study nursing care in patients with intraventricular hemorrhage with hydrocephalus.

**Case study :** A 70-year-old Thai woman has history of hypertension and diabetes. Sent from the community hospital with symptoms of lethargy, slurred speech, and weak limbs after falling and hitting her head on the floor. Initial diagnosis was mild Head Injury. When arriving at Kamphaeng Phet Hospital she received an emergency brain CT scan before admission to the female surgery ward. At ward, She was good conscious GCS 15 (E4V5M6), pupils size 2 mm. both eyes, reacting to light normally. motor power was mild weakness, blood pressure was 166 / 85 mmHg, pulse 98/min. She had vomitted 5-6 times and headache, pain score was 4/10. A brain CT scan revealed cerebellar hemorrhage with acute intraventricular hemorrhage with mild obstructive hydrocephalus. The initial management was no indication for surgery. The next day later she became to the deterioration of conscious, progressive hydrocephalus was diagnosed. As a result of its she was taken to operating room for External Ventricular Drainage immediately. After surgery, she still had several major problems, especially, hypertension, hyperglycemia and the alteration of concious. Therefore, there must be appropriate medical treatment and monitoring and prevention of complications according to standards of care. Observe symptoms closely during the crisis period. Along with rehabilitation and encouraging patient and families to prepare for caring for patient who was still disabled and continuous state of dependency. On 14<sup>th</sup> day after surgery, the drain was removed. The total length of stay was 20 days. Important nursing problems are : 1. Risk of decrease cerebral perfusion and oxygenation due to increase intracranial pressure. 2. Anxiety about the condition of the disease and treatment. 3.Risk of Increased intracranial hemorrhage due to re-bleeding and brain edema. 4. Risk of complications during External Ventricular Drainage 5. Electrolyte imbalance 6. chance of complication and accident due to neuro - deficit. 7. Discharge planning.

**Conclusion :** The patient was safe from life-threatening conditions, reduced disability and preventable complications . She and caregivers had confident to take care of themselves even though she had moderate disability and dependency. Nursing achieves its goals because nurses have knowledge and skills in providing holistic nursing care.

**Keywords :** Nursing care of patients with intracerebral hemorrhage, Hydrocephalus

---

\*Registered nurse, Professional Level, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับโพรงสมองคั่งน้ำ : กรณีศึกษา

ฤดีสรวง ปทุมทอง, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับโพรงสมองคั่งน้ำเป็นสาเหตุให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองถูกกดเบียด ทำให้สมองขาดออกซิเจน ซึ่งเป็นภาวะอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต ส่วนผู้ที่รอดชีวิตจะยังคงหลงเหลือความพิการไม่มากนักน้อย การดูแลรักษาที่ ถูกต้อง เหมาะสม จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเสียชีวิต ความพิการและภาวะแทรกซ้อนลดลง

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับโพรงสมองคั่งน้ำ

**กรณีศึกษา :** หญิงไทย อายุ 70 ปี มีประวัติโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการซึมลง พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง หลังจากล้มศีรษะกระแทกพื้น แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น mild Head Injury เมื่อถึง โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้รับการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแบบฉุกเฉิน ก่อน admit ตีกลดการกดศีรษะ อาการแรกเริ่ม ฅ ตีกลดการกดศีรษะ ฅ แน่นความรู้สึกตัว 15 (E4V5M6) ฅ ตามตอบช้า ฅ ทำตามสั่งได้แต่ช้า ฅ รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรทั้ง 2 ข้าง ฅ มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ฅ กำลังกล้ามเนื้อแขนขาเกรด 4 ส่วนแขนซ้าย และขา 2 ข้างเกรด 3 ฅ ความดันโลหิต 166/85 มิลลิเมตรปรอท ฅ ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที ฅ อาเจียน 5-6 ครั้ง ฅ ปวดศีรษะ pain score 4/10 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่า มีเลือดออกในสมอง ส่วนซีรีเบลลัมประมาณ 4.2 มิลลิเมตร และพบเลือดออกทั่วโพรงสมองร่วมกับมีภาวะโพรงสมองคั่งน้ำเล็กน้อย จึงไม่มีข้อบ่งชี้ ในการผ่าตัดในวันถัดมาผู้ป่วยมีอาการเตือนระยะเริ่มแรกของความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระดับความรู้สึกตัวลดลง แพทย์มี คำวินิจฉัยเป็นโพรงสมองคั่งน้ำ จึงได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำหล่อสมองออกสู่ภายนอก (External Ventricular Drainage) เพื่อ ลดความดันในกะโหลกศีรษะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และระดับความรู้สึกตัว ไม่คงที่ จึงต้องมีการรักษาด้วยยาและการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมตามมาตรฐานการดูแล สังเกตอาการ อย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้นเป็นลำดับ 14 วันหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยหมดข้อบ่งชี้ในการใส่สายระบาย น้ำหล่อสมอง จึงได้ถอดสายระบายออกและได้รับการฟื้นฟูสภาพ และเตรียมความพร้อมในดูแลผู้ป่วยที่ยังคงหลงเหลือความพิการ และอยู่ในภาวะพึ่งพิงต่อเนื่อง ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. เสี่ยงต่อภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจนเนื่องจากความดัน ในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ 2. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะโรคและการรักษา 3. เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะใส่สายระบายน้ำหล่อสมอง 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากหลอดเลือดสมองแตกซ้ำ และสมองบวม 5. มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย 6. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุจากแขนขาอ่อนแรง 7. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพในภาวะฉุกเฉิน มีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และดูแลอย่างเหมาะสม และได้รับการฟื้นฟูสภาพและวางแผนจำหน่าย รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 20 วัน

**สรุป :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้แม้จะยังคงหลงเหลือความบกพร่องในการทรงตัว และ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยผู้ป่วยและญาติมีการปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีความพร้อมและความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน การพยาบาลบรรลุเป้าหมายเกิดจากพยาบาลมีความรู้ และทักษะในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในโพรงสมอง โพรงสมองคั่งน้ำ

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร



## บทนำ

ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intra Ventricular Hemorrhage= IVH) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง เป็นความผิดปกติเฉียบพลันและวิกฤติที่พบบ่อยถึงร้อยละ 10-15 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด<sup>1</sup> และพบอัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน หลังเริ่มมีอาการสูงถึงร้อยละ 35-50<sup>2</sup> โดยร้อยละ 70 ของภาวะเลือดออกในโพรงสมองทั้งหมดเกิดจากการแตกของหลอดเลือดในเนื้อสมองก่อน แล้วเลือดจึงทะลุเข้าไปในโพรงสมอง<sup>3</sup> ผลของการมีเลือดออกในโพรงสมองทำให้การไหลเวียนของน้ำหล่อสมองอุดตันก่อให้เกิดภาวะโพรงสมองคั่งน้ำชนิดมีการอุดตัน (obstructive hydrocephalus) ทำให้ปริมาตรของสิ่งกีดขวางในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นเป็นผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure) ซึ่งเป็นภาวะอันตรายร้ายแรงทำให้มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 69-95 และพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการรักษายังคงเหลือความพิการรุนแรงร้อยละ 10-20 หรืออยู่ในสภาพคล้ายผัก ร้อยละ 1-3<sup>4</sup> และจากสถานการณ์ประเทศไทยในปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 87.63, 92.06 และ 88.38 ต่อแสนประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป และอัตราการตายจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ร้อยละ 26.65, 27.43 และ 27.58 ตามลำดับ<sup>5</sup> แสดงให้เห็นว่าภาวะเลือดออกในสมองและโพรงสมองคั่งน้ำจะยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากร

แนวทางการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกและมีเลือดออกในโพรงสมองมีทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดขึ้นกับพยาธิสภาพและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย<sup>6</sup> โดยหลักการสำคัญของการดูแลรักษา คือ การวินิจฉัยให้ได้รวดเร็วที่สุดจะลดโอกาสการเพิ่มขนาดของเลือดออก การแก้ไขสาเหตุของการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง เช่น การผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก การระบายน้ำหล่อสมองจากโพรงสมอง จะสามารถลดโอกาสการเสียชีวิตลง<sup>7</sup>

จากสถิติศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ แผนกศัลยกรรมในปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 จำนวนผู้ป่วย 238, 286 และ 311 ราย เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 28.53, 27.24 และ 28.73 ตามลำดับ<sup>8-10</sup> เป้าหมายการดูแลรักษาคือลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกให้ <25% และลดความพิการ โดยกำหนดตัวชี้วัดย่อย คือ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 90 นาที<sup>11</sup> พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยเฉพาะราย และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะเริ่มต้น โดยค้นหาและประเมินอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ โดยนำความรู้ทักษะต่างๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว รวมทั้งการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤติเพื่อลดความพิการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว

## กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 70 ปี

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

refer จากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ ซึมลง ปวดศีรษะ อาเจียนเป็นอาหารมากกว่า 10 ครั้งก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง

### ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

ญาติให้ประวัติว่า 4 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล นั่งรับประทานอาหาร บ่นปวดศีรษะ ยังพูดได้ปกติ ขณะลุกยืนจะเดิน ล้มหายหลังศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น ไม่สลบ จากนั้นซึมลง พูดช้า อาเจียน เป็นอาหาร 3 ครั้ง ญาติจึงนำส่ง โรงพยาบาลชุมชนแล้ว refer มาโรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่าง refer ผู้ป่วยอาเจียนเป็นอาหารประมาณ 10 ครั้ง

### ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน 10 ปี รับประทานยาไม่ขาดยา





การประเมินสภาพร่างกายตามระบบเมื่อแรกรับ : ( 4 สิงหาคม พ.ศ. 2566 )

รูปร่างทั่วไป : สมส่วน น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 19.5

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 166/85 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ขาวเหลือง ไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : บวมโหนกบริเวณท้ายทอย ขนาด 2x2 เซนติเมตร รูม่านตาขยายเท่ากันขนาด 2 mm. มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ

ใบหู จมูก ปาก : มีลักษณะภายนอกปกติ

ระบบหายใจ-ทรวงอก : ขยายเท่ากัน เสียงหายใจปกติ ไม่มี wheezing

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงฟู่

ระบบประสาทและการรับรู้ : รู้สึกตัวดี E4V5M6, slow response, pupil 2 mm RTL BE,

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : กำลังกล้ามเนื้อที่แขนซ้ายและขวา 2 ข้าง มีกำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 แขนขวากำลังเกรด 4

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

**CT brain** : แรกรับ (4 ชั่วโมงครึ่งหลังเริ่มมีอาการ) Acute cerebellar hemorrhage with acute Intraventricular hemorrhage and mild obstructive hydrocephalus. (Hemorrhage volume is 4.2 ml)

ติดตามหลังมีอาการ 13 ชั่วโมงครึ่ง No change in size of acute cerebellar hemorrhage with acute IVH and mild obstructive hydrocephalus.

ชนิดการตรวจ	ค่าปกติ	7 สิงหาคม 2566	8 สิงหาคม 2566	11 สิงหาคม 2566
K+ (potassium)	3.5-5.3 mmol/L	2.7 mmol/L	3.2 mmol/L	3.7 mmol/L
Mg2+ (magnesium)	1.9-2.5 mmol/L	1.6 mmol/L	-	2.0 mmol/L

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**4-5/08/2566** รู้สึกตัวดี คะแนนกลาสโกว โคม่า เท่ากับ 15 (E4V5M6) ตามตอบซ้ำ ทำตามสั่งได้แต่ช้า รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ กำลังกล้ามเนื้อแขนขวาเกรด 4 ส่วนแขนซ้ายและขา 2 ข้าง เกรด 3 ความดันโลหิต 166 / 85 mmHg P 98/min อาเจียน 5-6 รอบ ปวดศีรษะทั่วๆ pain 4/10 Repeat CT brain NC at 07.30 น. ไม่พบเลือดออกในสมองและโพรงสมองเพิ่ม on Nicardipine (1:5) IV rate 20 ml/hr. BP อยู่ในช่วง 140-150/78-84 mmHg

**6/08/2566** เวลา 10.00 น. ระดับความรู้สึกตัวลดลง คะแนนกลาสโกว โคม่า เท่ากับ 12 (E4V2M6) แขนขาซ้ายอ่อนแรงมากขึ้นกำลังกล้ามเนื้อเกรด 2 พุดไม่ชัดมากขึ้น on Nicardipine (1:5) IV rate 40 ml/hr BP อยู่ใน ช่วง 140-178/78-102 mmHg แพทย์สั่งผ่าตัดด้วยวิธีระบายน้ำ หล่อสมองออกภายนอก (external ventricular drainage) แบบแรงดันวัน 12.30 น. หลังกลับจากห้องผ่าตัด On endotracheal tube 7 mark 20 ต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร PI 14 RR 14 PEEP 5 FiO2 0.4 หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที O2sat 99-100% คะแนนกลาสโกว โคม่า เท่ากับ 6T (E2VTM4 ) pupil 2 mm. ทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ กำลังกล้ามเนื้อแขนขวาเกรด 5 แขนซ้ายเกรด 4 ส่วนขา 2 ข้าง เกรด 3 on Nicardipine (1:5) IV rate 10-35 ml/hr ความดันโลหิตอยู่ใน ช่วง 140-160/78-100 mmHg. On external ventricular drainage ตั้งระดับจุดหยุด 10 เซนติเมตรเห็นอูหู content สีแดงจาง

**7-20 /08/2566** หลังผ่าตัดระดับความรู้สึกตัวดี คะแนนกลาสโกว โคม่า เท่ากับ 8T(E3VTM5) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ กำลังกล้ามเนื้อแขนขวาเกรด 4 ส่วนแขนซ้าย และขา 2 ข้าง เกรด 3 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด On external ventricular drainage ตั้งระดับจุดหยุด 10 เซนติเมตรเห็นอูหู และถอดสายระบายเมื่อครบ 14 วันตามแผนการรักษา

**22-24/08/2566** พื้นฟูสภาพ ส่งทำกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต นัดติดตามอาการ 1 เดือน และแนะนำรับยาโรประจำตัวที่สถานพยาบาลเดิมต่อเนื่อง

วางแผนการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญทางการพยาบาล ดังนี้

### ระยะฉุกเฉินและวิกฤติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจนเนื่องจากความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล CT พบเลือดออกในสมองส่วนซีรีเบลลัม และไม่สามารถผ่าตัดได้ร่วมกับมีเลือดออกในโพรงสมอง และมีโพรงสมองคั่งน้ำ
2. คะแนนกลาสโกว โครมา ลดลงจาก 15 เป็น 12 คะแนน (E4V2M6) ส่งเสียงอ้ออา ไม่เป็นคำพูด ม่านตา 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงข้างล้ม แขนขาอ่อนแรงแขนขวาเกรด 4 แขนซ้าย และขา 2 ข้างเกรด 2-3
3. BP = 178/96 mmHg PR = 100 /min RR = 16-22/min

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันสมองขาดเลือดและออกซิเจน
2. เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะให้อยู่ในค่าปกติให้เร็วที่สุดหรือไม่เพิ่มขึ้น

### เกณฑ์การประเมินผล

1. คะแนนกลาสโกว โครมาไม่ต่ำกว่า 12, กำลังแขนขาไม่ลดลงจากเดิม
2. ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 นาทีหลังมีข้อบ่งชี้
3. ความดันในกะโหลกศีรษะอยู่ระหว่าง 7-15 มิลลิเมตรปรอท

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกต อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง อาเจียนพุ่ง ชีวมลง สับสน
2. ประเมินและบันทึก สัญญาณชีพ ทุก 1 - 2 ชั่วโมง ตามระดับความรุนแรงของโรค ถ้าพบ cushing's triad ได้แก่ ชีพจรช้ากว่า 60 ครั้งนาที ความดันชีพจร กว้างกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท หายใจผิดปกติ ( chyne-strokes respiration ) รีบรายงานแพทย์ทันที
3. ประเมินและบันทึก Neuro-signs ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยประเมินคะแนนกลาสโกว โครมา ปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ถ้าพบคะแนนลดลง ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป หรือ รูม่านตาขยายไม่เท่ากัน หรือแขนขาอ่อนแรงมากขึ้นโดยกำลังกล้ามเนื้อลดลงตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป รีบรายงานแพทย์ทันที
4. จัดให้ออนทาศีรษะสูง 30 องศา ดูแลไม่ให้ผู้ป่วย คอบิดหรือก้มเงยมากเกินไป เพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดจากสมอง ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที สังเกตอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ เท้าซีดเย็น หายใจเหนื่อยหอบ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่าร้อยละ 94 รีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ
5. ดูแลให้ได้รับยา Nicardipine (1:5) iv drip 3-75 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BP <140/90 mmHg) ลดโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองแตก และมีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ Hypotension และTachycardia ถ้าพบรีบหยุดยาและรายงานแพทย์ทันที
6. ดูแลให้ได้รับยาช่วยลดการสลายตัวของลิ่มเลือด Tranexamic acid 1000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และ 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา
7. เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจในกรณีต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วนเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง โดยการให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับโรคและผลกระทบที่จะก่อให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ดูแลเก็บสิ่งส่งตรวจและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจทางรังสี และรายงานแพทย์เมื่อมีความผิดปกติตามแนวทางปฏิบัติ ดูแลงดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมพร้อมในการผ่าตัดชนิดได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
8. เมื่อแพทย์พิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำหล่อสมองออกจากโพรงสมอง ดูแลให้ข้อมูลญาติถึงแผนการรักษา วิธีการรักษา วัตถุประสงค์การรักษาก่อนให้ญาติเซ็นยินยอมผ่าตัด โทรประสานงานกับห้องผ่าตัดเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับผ่าตัดใส่ External Ventricular Drainage แบบเร่งด่วนและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งผ่าตัดอย่างปลอดภัยโดยเปลนอนพร้อมพยาบาล และอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ จัดทำนอนศีรษะสูง 20-30 องศาให้ลำคอตรงไม่บิดคอไปด้านใดด้านหนึ่ง on oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ติดเครื่องติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดขณะเคลื่อนย้าย

## ประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังภายใน 60 นาทีหลังพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงและมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด
2. ความดันในกะโหลกศีรษะหลังใส่สายระบายน้ำไขสันหลัง = 16 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีอาการฟิการเพิ่มขึ้น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทรุดลงของผู้ป่วย  
**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ญาติมีสีหน้ากังวลใจตลอดเวลา
2. ญาติถามคำถามซ้ำๆ กับ เจ้าหน้าที่หลายคนว่า “แม่จะหายไหม จะอยู่ได้กี่วัน ทำไมผ่าตัดแล้วไม่ฟื้น ต้องใส่ท่อหายใจอีกนานแค่ไหน”

## วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาแก่ญาติ
2. ลดความวิตกกังวลของญาติ

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา
2. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา
2. เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก
3. ให้ข้อมูล ตอบข้อซักถามด้วยท่าทีที่เป็นมิตรรวมทั้งการให้คำแนะนำหรือข้อมูลอย่างต่อเนื่องแม้ไม่ได้ร้องขอเมื่อมีเหตุการณ์หรืออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. อธิบาย/ให้ข้อมูล/ดูแลให้ได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาโดยตรงให้ครอบคลุมถึงภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นและแผนการดูแลรักษาว่า “ผู้ป่วยมีเลือดออกในสมอง 2 ตำแหน่ง คือ 1. เนื้อสมองส่วนหลังปริมาณเล็กน้อยและกลายเป็นลิ่มเลือดอยู่ในเนื้อสมองซึ่งลิ่มเลือดจะค่อยๆละลายจนหมดภายในเวลา 2-6 เดือนโดยไม่ต้องผ่าตัดออก<sup>1</sup> และ 2. มีเลือดออกในโพรงสมองซึ่งรอยโรคทั้ง 2 ตำแหน่งอาจทำให้เกิดโพรงสมองคั่งน้ำทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยผู้ป่วยจะมีอาการระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงและการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองออกสู่ภายนอกเป็นการรักษาเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยขณะผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกและต้องใส่ท่อช่วยหายใจไว้ และหลังผ่าตัดเมื่อยาระงับความรู้สึกหมดฤทธิ์ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกตัวเอง

## ประเมินผล

1. ญาติพยักหน้ารับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา และสามารถบอกเล่ากับญาติข้างเตียง และญาติอื่น ๆ ที่ตามมาเยี่ยมภายหลังได้
2. สีหน้าแสดงความวิตกกังวลลดลง

## ระยะหลังผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใส่สายระบายน้ำหล่อสมองจากการระบายน้ำหล่อสมองที่ไม่เหมาะสม  
**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำหล่อสมองออกสู่ภายนอก
2. พบว่าจุดหยดของอุปกรณ์ไม่ตรงตามแผนการรักษาเนื่องจากญาติผู้ป่วยปรับเตียงขึ้น-ลงเอง

**วัตถุประสงค์** ป้องกันการเกิดภาวะสมองเคลื่อนโพรงสมองคั่งน้ำจากการระบายน้ำหล่อสมองที่มากหรือน้อยเกินไป

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง คือ ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง คะแนนความรู้สึกตัวลดลง pulse pressure กว้างมากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที
2. จุดหยดอุปกรณอยู่ในระดับ 10 cm. เหนือรูหูตลอดเวลา
3. ระบบระบายน้ำหล่อสมองมีการทำงานต่อเนื่อง ไม่พบการอุดตัน หรือน้ำหล่อสมองระบายออกมากกว่า 20 cc/hr.

### กิจกรรมการพยาบาล

1. รวบรวมข้อมูลสภาพผู้ป่วย แผนการรักษาของแพทย์ จัดเตรียมชุดอุปกรณ์
2. จัดทำผู้ป่วยนอนหงาย ปรับระดับหัวเตียงสูง 30 องศา
3. ติดตั้งชุดอุปกรณ์ และปรับระดับให้จุดหยดสูงกว่าตำแหน่งศูนย์อ้างอิง "0" หรือ zero point 10 เซนติเมตร ตามแผนการรักษาและติดป้าย EVD 10 cm. ที่หัวเตียง
4. ตรวจสอบระบบสายชุดระบายให้อยู่ในระบบปิด และทำงานตลอดเวลาโดยมีการเคลื่อนขึ้นลงของระดับน้ำในชุดอุปกรณ์ สัมพันธ์กับการหายใจ สายไม่เลื่อนหลุด ไม่หักพับ
5. ดูแลให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการปรับเตียงสูงขึ้นว่า "จะทำให้ระดับศูนย์อ้างอิง เปลี่ยนไปทำให้เกิดน้ำไขสันหลังระบายออกน้อยเกินไปทำให้โพรงสมองคั่งน้ำมากขึ้นได้และการปรับเตียงลงจะทำให้ระบาย น้ำออกมากเกินไป เกิดภาวะสมองเคลื่อนขึ้นข้างบน "
6. สังเกตและบันทึก ปริมาณและลักษณะของน้ำจากสายระบาย ถ้าพบว่ามีผิดปกติ เช่น ปริมาณน้ำออกมากกว่า 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือไม่ออกหรือลักษณะผิดปกติ โดยไม่มีสาเหตุ ต้องรายงานแพทย์

### ประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่อาเจียนไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. จุดหยดอุปกรณอยู่ในระดับ 10 เซนติเมตร เหนือรูหูตลอดเวลา ไม่มีการอุดตันของระบบระบายน้ำหล่อสมอง และน้ำหล่อสมองออกไม่เกิน 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตกซ้ำ และสมองบวม

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล CT brain Non-Contrast – พบ Acute Intracranial hemorrhage (cerebellar) Acute Intraventricular hemorrhage and mild obstructive hydrocephalus.
2. หลังผ่าตัดใส่สายระบายน้ำหล่อสมองออกภายนอก โดยใช้าระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว E2VTM2 On endotracheal tube No 7.5 ลีท 20 เซนติเมตร ไว้
3. แขน ขา อ่อนแรง ตรวจร่างกายพบ กำลังกล้ามเนื้อแขน 2 ข้าง เกรด 4 ขา 2 ข้าง เกรด 3

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองแตกซ้ำ สมองบวมจากการขาดออกซิเจน
2. เพื่อป้องกันการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำจากสายระบายน้ำหล่อสมองไม่มีเลือดสดปน
2. ไม่พบคะแนนความรู้สึกตัวลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน แขนขาอ่อนแรงลงมากกว่า 1
3. ไม่พบอาการแสดง cushing's triad ได้แก่ ชีพจรช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที ความดันชีพจรกว้างกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท หายใจผิดปกติ (chyne-strokes respiration)

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกต อาการปวดศีรษะ อาเจียน ซึมลง สับสน

2. ประเมิน และบันทึก Vital signs ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ และทุก 2 ชั่วโมงตามระดับความรุนแรงของโรค ถ้าพบ cushing's triad ได้แก่ ชีพจรช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที ความดันชีพจรกว้างมากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท หายใจผิดปกติ (chyne-stokes respiration) รีบรายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 saturation) รักษาในระดับมากกว่า 95% โดย On ventilator ทาง endotracheal tube No 7 ปรับการตั้งค่า และสัญญาณเตือนที่เหมาะสมตามแผนการรักษา พร้อมเผื่อการเลื่อนหลอด หัก พับของท่อช่วยหายใจ และสายต่อเครื่องช่วยหายใจต่างๆ

4. ดูดเสมหะเมื่อจำเป็น ก่อนและหลังการดูดเสมหะ ให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที และดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้แรงดูด 100-200 มิลลิเมตรปรอท และดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ

5. ประเมินและบันทึก Neuro-signs ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยใช้กลาสโกว โคม่า ปฏิกริยาต่อแสงของรูม่านตา ถ้าพบคะแนนลดลงตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป หรือรูม่านตาทายไม่เท่ากัน หรือแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น โดยกำลังกล้ามเนื้อลดลงมากกว่า 1 เกรด รีบรายงานแพทย์ทันที

6. จัดให้อ่อนท่าศีรษะสูง 30 องศา ดูแลไม่ให้ผู้ป่วย คอบิดหรือก้มเงยมากเกินไป เพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดจากสมอง

7. ดูแลให้ได้รับยา Nicardipine (1:5) iv drip 3-75 ml/hr keep BP  $\leq$  140/90 mmHg โดยเริ่ม 3 ml/hr IV infusion และปรับเพิ่มขนาดยา ทุก 5 นาที ไม่เกิน 75 ml/hr บันทึกความดันโลหิต และชีพจรภายใน 3-5 นาที ทุกครั้งหลังให้ยาหรือเพิ่มขนาดยา เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่แล้วจึงบันทึกทุก 2-4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อ BP < 90/60 mmHg, HR < 50 ครั้ง/นาที การหายใจ ถ้า < 14 ครั้ง/นาที หรือพบอาการไม่พึงประสงค์ คือ ใจสั่น ร้อนวูบวาบ หน้าแดง หัวใจเต้นช้า peripheral edema ปวดศีรษะ

8. ดูแลให้ 0.9%NSS 80 ml/hr เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลของน้ำ หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำ ที่มีน้ำตาลหรือ free water เพราะอาจทำให้เกิดภาวะ สมองบวมมากขึ้น<sup>7</sup> และมีการจดบันทึกปริมาณน้ำเข้า - ออกในร่างกายทุก 8 ชั่วโมง

#### ประเมินผล

1. น้ำจากสายระบายน้ำหล่อสมองมีสีแดงจางในวันที่ 1-6 หลังผ่าตัดและค่อยๆจางลงเรื่อยๆ
2. ไม่พบคะแนนความรู้สึกตัวลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน แขนขาอ่อนแรงลงมากกว่า 1
3. ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกสูง ไม่พบ cushing's triad

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** มีภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ได้แก่ ภาวะโปแตสเซียม และแมกนีเซียมต่ำ

**ข้อมูลสนับสนุน** - ผล โปแตสเซียมในเลือด = 2.7-3.2 mmol/l แมกนีเซียม = 1.6-1.7 mmol/l

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้เกิดความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับโปแตสเซียมในเลือดมีค่าอยู่ในช่วง ปกติ 3.5-5.5 mmol/L แมกนีเซียมมีค่า = 1.9-2.5 mmol/dL
2. ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือชักเกร็ง
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจ หรือชีพจร
2. สังเกตอาการใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ on monitor EKG ว่ามี Arrhythmia หรือไม่
3. ดูแลให้ 0.9% NaCl 1000 ml + KCl 40 mEq v.drip rate 60 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ และ Elixer KCl 30 ml. รับประทานพร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ สับสน การทำงานของหัวใจลดลง EKG ผิดปกติ
4. ดูแลให้ได้รับ 50% MgSO4 6 ml + 5%DW 100 mL IV drip in 6 hr. x 2 days พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา และรายงานแพทย์ถ้ามีอาการผิดปกติ โดยอัตราการหายใจไม่ควรต่ำกว่า 14 ครั้ง/นาที ชีพจรควรอยู่ระหว่าง 60 – 100 ครั้ง/นาที
5. สังเกตและติดตามอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือชัก
6. ติดตามผลโปแตสเซียม และแมกนีเซียมในเลือด ตามแผนการรักษา

## ประเมินผล

1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ serum potassium = 3.7 mEq/L ค่า magnesium = 2.2 mmol/L
2. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่ชักเกร็ง
3. EKG Normal sinus rhythm

## ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทรงตัวไม่ได้
2. แขนขาอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อแขนขาเกรด 4 ส่วนแขนซ้าย และขา 2 ข้าง เกรด 2-3

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด แขน ขาลีบ
2. เพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อติด แขนขาลีบ
2. ไม่เกิดการพลัดตก หกล้ม

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและฝึกให้ผู้ป่วยใช้มือบีบลูกบอลเล็กๆ และเหยียดองแขน เข้าเท่าที่ทำได้
2. สอนและฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว ลูกนั่งบนเตียงโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
3. ประเมินความสามารถในการกลืนอาหารโดยจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงและเริ่มฝึกการกลืนตั้งแต่การกลืนน้ำครั้งละน้อย ฝึกเคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน เพื่อป้องกันการสำลัก
4. ส่งปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดเพื่อการฝึกเดิน และออกกำลังบริหารข้อต่อต่างๆ ทั้งการออกกำลังด้วยตนเอง และทำโดยญาติผู้ดูแล เพื่อป้องกันข้อติดและเสริมสร้างกำลังกล้ามเนื้อ รวมถึงการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พลัด ตก หกล้ม

### ประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถใช้แขนข้างขวาจับสิ่งของ จับผ้าเช็ดหน้าและตัวได้บางส่วน พลิกตัวเองได้เล็กน้อย แต่ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ และยังมีปัญหาการกลืนสำลัก จึงต้องใส่สายให้อาหารทางสายยางไปก่อน

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมี แขน ขา อ่อนแรงลงจากเดิม ทรงตัวไม่ได้ กลืนอาหารลำบากต้องให้อาหารทางสายยาง พูดลำบาก ลิ้นแข็ง
2. ลูกชายผู้ป่วยบอกไม่กล้า ให้อาหารทางสายยาง ทำอาหารไม่ได้ ความจำไม่ดี

### วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. เสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมและความต้องการการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม



2. วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและแผนการดูแลรักษาโดยใช้ รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D เพื่อส่งเสริมความรู้ และความตระหนักในการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุม ดังนี้

2.1 D=Disease ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความตระหนักถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดหลอดเลือดสมองแตก และสามารถเกิดซ้ำได้ตลอดเวลาการป้องกันการเกิดโรคซ้ำคือการควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม

2.2 M=Medicine ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และตระหนักเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

2.3 E=Environment ส่งเสริมและให้ญาติมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อม และจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

2.4 T=Treatment เข้าใจเกี่ยวกับ เป้าหมายการรักษาและการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

2.5 H=Health ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2.6 O=Out of patient ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

2.7 D=Diet ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การปรุงอาหารที่ลดการเติมเกลือ หรือมีส่วนประกอบของเกลือ เพื่อควบคุมความดันโลหิต การลดปริมาณอาหารพวกแป้ง เพื่อควบคุมเบาหวาน เป็นต้น รวมทั้งมีความสามารถและความมั่นใจการเตรียมอาหารและให้อาหารทางสายยาง

3. ปฏิบัติการพยาบาลโดยสอดคล้องการให้คำแนะนำฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค

4. ติดตามประเมินผลทุกกิจกรรมการเรียนรู้ ทบทวนสอนซ้ำและฝึกทักษะ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจของผู้ดูแล

5. สร้างเสริมกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กิจกรรมกลุ่มในผู้ป่วยโรคเดียวกัน

### ประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถใช้แขนขาหยิบ จับสิ่งของและญาติมีความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ไม่ขาดยา ญาติให้ประวัติว่า 4 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล นั้นรับประทานอาหารเช้า ยังพูดได้ปกติ บ่นปวดศีรษะมาก ขณะลุกยืน ล้มหงายหลัง ศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น ไม่สลบ จากนั้นซีมลง พูดซ้ำ อาเจียนเป็นอาหาร ญาติจึงนำส่ง โรงพยาบาลชุมชนแล้ว refer มา โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่าง refer ผู้ป่วยอาเจียนเป็นอาหารประมาณ 10 ครั้ง รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชักเกร็ง ได้รับการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 2 ครั้ง คือ ก่อน admit และหลัง admit 1 วัน เพื่อดูความก้าวหน้าและพบว่าผลคงเดิม คือ Acute cerebellar hemorrhage with acute Intraventricular hemorrhage and mild obstructive hydrocephalus ยังไม่มีข้อบ่งชี้การผ่าตัดเอาก้อนเลือดในเนื้อสมองออก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (E4V5M6) ตามตอบได้แต่ซ้ำ ทดสอบปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตาพบว่าขยาย 2 มิลลิเมตร เท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง มีกำลังกล้ามเนื้อที่แขนซ้ายและขา 2 ข้างอ่อนแรงเล็กน้อย (motor power grade 3) วันที่ 2 ของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น แพทย์ผ่าตัดใส่สายระบายน้ำหล่อสมองออกสู่ภายนอกแบบฉุกเฉิน หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไว้ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด และใส่สายระบาย ร่วมกับการให้ยา-ปรับยาควบคุมความดันโลหิตและเบาหวาน รวมใส่สายระบายไว้ 14 วัน ระยะเวลาอยู่ในความดูแลรักษา 20 วัน โดยบทบาทของพยาบาลศัลยกรรมในการเฝ้าระวังสังเกตอาการและปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้องค์ความรู้และทักษะการพยาบาลมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยลบต่อการพยากรณ์โรคในภาวะเลือดออกในสมอง โพรงสมองร่วมกับโพรงสมองคั่งน้ำผ่านพ้นจากภาวะวิกฤติและสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ด้วยระดับความรู้สึกตัวดีตั้งเดิมแม้จะมีความบกพร่องในการทรงตัวและอยู่ในภาวะพึ่งพิง

## วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกรณีศึกษามีภาวะหลอดเลือดสมองแตกทำให้เกิดก้อนเลือด บริเวณสมองส่วนซีรีเบลลัมและแตกเข้าไปทั่วโพรงสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโพรงสมองคั่งน้ำชนิดอุดตัน ก่อให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นตามมา การรักษาด้วยการระบายน้ำหล่อสมองที่อยู่ในโพรงสมองออกสู่ภายนอก จึงเป็นหัตถการเพื่อช่วยลดปริมาตรของโพรงสมองและรักษาระดับความดันในกะโหลกศีรษะให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การดูแลรักษาจะได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอยู่กับกรณีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และการรักษาที่เหมาะสม ทันเวลา การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอนตั้งแต่การรับจนถึงจำหน่ายควรรีบหาบทเรียนจากการศึกษาไปใช้ปรับปรุงระบบและแนวทางการดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรรักษากรณีศึกษาที่พบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมสหสาขา เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในโพรงสมอง และโพรงสมองคั่งน้ำ
2. ควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนทักษะพยาบาลในการประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีแนวทางปฏิบัติและคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองที่ทันสมัยและเข้าถึงง่าย

## เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา กิ่งแก้ว, ปวีณา จรัสเฉลิมพงศ์. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะเลือดออกในโพรงสมองร่วมกับมีภาวะน้ำคั่งในสมอง. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 2564;24(3): 87-98.
2. พิชยนทร์ ดวงทองพล. แนวทางการดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke เขตสุขภาพที่7. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2563;15(2):1-23.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hematoma) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://haamor.com/ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง>.
4. ฉัตรกมล ประจวบลาภ. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง : มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภากาชาดพยาบาล. 2561;33(2):15-28.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2561; 33(2): 39-46.
6. วิฑิตพร วรภักดิ์วิศิษฐ์, อุไร จังโล่ง, ศิริขวัญ นาควิลัย, ภรณ์ ชัยรัตน์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2564;27(2):163-74.
7. สุวีรัตน์ สุวัชรังกูร. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง. J Thai Stroke Soc. 2015;14:94-101
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2563.
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2564.
10. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2565.
11. กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร. service profile. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.kph.go.th/html/>
12. มลฤดี แสนจันทร์, สุคนธ์ ทองดอนมม. หลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(2):139-53.

## Nursing care of patients with Ruptured cerebral aneurysm who had Craniotomy with clipping aneurysm surgery : A case study

Paweena Nitithanasombat, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Cerebral aneurysm is a critical and emergency condition of the central nervous system, leading to high morbidity and mortality. It results from the dilation of specific point in vessels, leading to thinning of the vessel walls and susceptible to rupture. Treatment of cerebral aneurysm is often craniotomy to clipping aneurysm under general anesthesia which closed monitoring after surgery is important to reduce morbidity and mortality. The primary goal is to ensure the safety of the patient after surgery.

**objective :** To provide guidelines for postoperative nursing care for patients who have undergone cerebral aneurysm clipping.

**Case Study :** A 41-years-old Thai male presented with a headache and vomiting 1 day prior to admission. A CT scan revealed a ruptured anterior communicating artery aneurysm. Subsequently, he underwent craniotomy with clipping of the aneurysm and was placed on mechanical ventilation. Postoperatively, he was conscious with a GCS of E4VTM6, and pupils were 3 mm, equal, and reactive to light bilaterally. Motor power was graded 5 on both sides. However, postoperative complications ensued. The patient experienced a decreased level of consciousness due to cerebral vasospasm. A new subacute infarcts with edema was detected on a follow-up CT brain. Key nursing concerns were included 1. Cerebral ischemia and swelling, 2. Risk of elevated intracranial pressure 3. Inefficient breathing, 4. Discomfort from surgical site pain 5. Fluid and electrolyte imbalance 6. Discomfort from fever 7. Patient and Family's anxiety 8. Risk of surgical site infection 9. Inability for self-care, 10. Risk of deterioration during transfers. Critical postoperative nursing interventions included close monitoring during the critical period, assessment, and reporting of neurological changes to medical team, and comprehensive nursing care at each step. Finally, patient was fully recovered and discharged after a 29-day hospital stay. Follow-up appointments for physical therapy and reassessment were scheduled for the next 6 weeks.

**Conclusions :** The patient was safe after complications of cerebral vasospasm after clipping aneurysm surgery. Nurses must have high-level of skills and knowledge in caring for postoperative patients. This includes vigilant monitoring, regular assessment of symptoms, and prompt evaluation of postoperative complications. The goal is to ensure quickly and accurately care for enhance recovery. This case study can provide a guideline for nursing care of patients who had cerebral vasospasm and other potential complications after surgery.

**Keywords :** Cerebral Aneurysm, Cerebral vasospasm, Nursing Care for cerebral aneurysm clipping

---

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

## การพยาบาลหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือด ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก : กรณีศึกษา

ปาริฉา นิตินสมบัติ, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเป็นภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางระบบประสาท ที่มีความรุนแรงและอันตรายสูง เกิดจากการโป่งออกของหลอดเลือดแดงสมองเฉพาะจุด ส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดบางลงและแตกได้ง่าย จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด และต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอันตรายแก่ชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก

**กรณีศึกษา :** ชายไทย อายุ 41 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 1 วันก่อนมา ปวดศีรษะ อาเจียน 3 ครั้ง ส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบหลอดเลือดโป่งพองแตกที่ตำแหน่ง Anterior communicating artery หลังผ่าตัด Craniotomy with clipping aneurysm, On ET-tube with ventilator รู้สึกตัวดี GCS = E4VTM6 Pupil 3 mm. RTL BE. motor power gr. 5 ต่อมาเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระดับความรู้สึกตัวลดลง ส่งทำ CT brain พบ New subacute infarcts with edema. จากการหดรหัสหลอดเลือดสมอง จนทำให้สมองขาดเลือดบางส่วนและสมองบวม ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) มีภาวะสมองขาดเลือดและบวมจากการหดรหัสของหลอดเลือดสมอง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และมีเลือดออกซ้ำในสมองเนื่องจากหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง 3) การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง 4) ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด 5) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 6) ไม่สุขสบายจากมีไข้ 7) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 8) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 9) ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดจากการต้องใส่อุปกรณ์การช่วยชีวิตต่างๆ และมีแขนขาอ่อนแรง 10) เสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะเคลื่อนไหว การพยาบาลหลังผ่าตัดที่สำคัญ คือ การเฝ้าติดตามอาการระยะวิกฤตอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทต่อแพทย์ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูสภาพ และกลับบ้านไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ รวมเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 29 วัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ มีนิตถายภาพ และนัดตรวจซ้ำ 6 สัปดาห์

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนการหดรหัสของหลอดเลือดสมอง จนสมองขาดเลือดและบวมหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม พยาบาลต้องมีทักษะความรู้ความชำนาญอย่างสูง ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือด เฝ้าระวัง ติดตามประเมินอาการ ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือดได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว ทันทีที่ จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือด ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อไป

**คำสำคัญ :** หลอดเลือดสมองโป่งพอง ภาวะหลอดเลือดสมองหดรหัส การพยาบาลหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือด

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเป็นภาวะวิกฤติทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อนและรุนแรง เกิดจากการโป่งออกของหลอดเลือดแดงสมองเฉพาะจุด ส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดบางลงและแตกได้ง่าย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ เนื่องจากเมื่อหลอดเลือดในสมองโป่งพองเกิดการแตก เลือดจะออกมาจากหลอดเลือดแดงเข้าสู่ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง<sup>1</sup> ส่งผลสร้างผลกระทบกับสมอง โรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองแตกเป็นภาวะอันตรายในช่วงเวลานับพลัน

การให้การดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองแตกภาวะวิกฤติที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด ต้องมีแนวทางการประเมินอาการ ระดับของการมีเลือดออก การดูแลภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทของผู้ป่วย เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ เลือดออกซ้ำในชั้น Subarachnoid ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งและสมองขาดเลือด ภาวะสมองบวม ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง ภาวะชัก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดอันตรายและการเสียชีวิตได้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการติดตาม ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพราะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การประเมินที่รวดเร็วและให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ทันทีที่ตามแผนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หรือผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันทีที่ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา และหลงเหลือความพิการให้น้อยที่สุด<sup>2</sup>

จากสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง จำนวน 31, 49, และ 51 ราย และมีอัตราเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 41.94, 24.49 และ 35.29 ตามลำดับ<sup>3</sup> ผู้ป่วยบางรายที่รอดชีวิตต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว เนื่องจากมีอาการบกพร่องทางระบบประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญของทีมสุขภาพในทุกกระบวนการดูแลรักษา โดยเฉพาะพยาบาลผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก กรณีศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นแนวทางให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางสามารถประเมินปัญหา ความต้องการ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันที่ที่ ก่อให้เกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดี

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

### อาการสำคัญ

ปวดศีรษะ อาเจียน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยให้ประวัติว่า ปวดศีรษะ อาเจียน 3 ครั้ง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง วันนี้อยู่ปวดศีรษะไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยผ่าตัด สูบบุหรี่ทุกวัน วันละ 20 มวนมานานกว่า 20 ปี ดื่มสุราเกือบทุกวัน วันละประมาณ ½ - 1 ขวด

### ประวัติการแพ้ยา

ปฏิเสธแพ้ยา

### ประเมินสภาพร่างกายแยกตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : อ้วน สูง น้ำหนัก 130 กิโลกรัม ส่วนสูง 182 เซนติเมตร BMI 39.25 kg/m<sup>2</sup>

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที

ค่าความดันโลหิต 167/112 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ พูดคุยได้ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล GCS = E4V5M6 Stiff neck negative

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีจ้ำ ไม่มีผื่น



**ศีรษะและใบหน้า :** ผมสั้นสีดำแซมหงอกขาว ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตาทั้งสองข้าง สมมาตรกัน มองเห็นปกติ ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

**ทรวงอกและการหายใจ :** ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจเร็วตื้นเล็กน้อย ไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ปอดทั้งสองข้างฟัง clear

**หัวใจและหลอดเลือด :** การเต้นของหัวใจปกติ สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murrur อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

**ช่องท้องและทางเดินอาหาร :** ท้องไม่อืด ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน

**กล้ามเนื้อและกระดูก :** โครงสร้างร่างกายปกติ

**ทางเดินปัสสาวะ :** สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ปกติ

**ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ :** อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

**สภาพจิตใจ :** มีสีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ่งควมวด ปวดศีรษะไม่หาย

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ**

รายการ	1/06/66	4/06/66	5/06/66	6/06/66	9/06/66	12/06/66	19/06/66	20/06/66
Sodium (mmol/L)	3.6	3.4	3.2	3.8	3.7	3.9	3.5	3.8
Potassium (mmol/L)	137	138	134	141	141	138	138	140

**ผลการตรวจทางรังสีวิทยา**

Chest X-ray Normal

**ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง**

Diffused SAH with IVH suspected rupture aneurysm suggest ทำ CTA brain พบ Suspected ruptured of the anterior communicating artery with SAH

**การวินิจฉัยโรค :** Ruptured of the anterior communicating artery with SAH

**การผ่าตัด :** Craniotomy with clipping aneurysm

**สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**

วันที่ 1 - 3 มิถุนายน 2566 แกร็บห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดศีรษะมาก GCS = E3V5M6, Pupil 2 mm. RTL BE. motor power gr. 5 ทุกรยางค์ หายใจเอง RR = 20 ครั้งต่อนาที O2 sat = 98%, P = 88 ครั้งต่อนาที BP = 225/99 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา Hydralazine 20 mg. IV และส่ง CT brain พบ Diffused SAH with IVH suspected rupture aneurysm แพทย์ให้ Admit ตึก ศัลยกรรมชายทั่วไป ปวดศีรษะมาก Pain Score 8 คะแนน ได้รับยา Tramadol 50 mg. IV มีความดันโลหิตสูง On Nicardipine 1:5 IV 15 ml./hr. titrate Keep SBP=130-150 มิลลิเมตรปรอท ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลพิจิตร เนื่องจากไม่มีแพทย์ ศัลยกรรมประสาทอยู่เวร แนะนำให้ทำ CTA ผู้ป่วยยังมีความดันโลหิตสูง SBP=180-190 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาลดความดัน Labetalol HCL IV drip 10 ml./hr.เพิ่มอีกตัว ผล CTA พบ Suspected ruptured of the anterior communicating artery with SAH แพทย์ศัลยกรรมประสาทวางแผนผ่าตัดให้ผู้ป่วยในวันที่ 4 มิถุนายน 66

วันที่ 4 มิถุนายน 66 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Craniotomy with clipping aneurysm, Blood loss = 400 มิลลิลิตร ได้รับการเปิดเส้นหลอดเลือดดำใหญ่ และหลอดเลือดแดงใหญ่ ใส่ท่อช่วยหายใจ หลังผ่าตัดย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผู้ป่วยหนักรวม On ET-tube with ventilator ได้รับยา Nimodipine 1:5 IV drip 20 ml./hr. ป้องกันภาวะ Vasospasm คู่กับ Nicardipine 1:5 IV keep SBP>160 มิลลิเมตรปรอท โปแทสเซียมต่ำ 3.4 On 0.9%NaCl 1,000 ml.+KCL 20 mEq. IV drip 100 ml./hr. ต่อมา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี GCS = E4VTM6 Pupil 3 mm. RTL BE. motor power gr.5 ทุกรยางค์ ผู้ป่วยตื่นมาก ได้รับยาแก้ปวด Fentanyl 50 mcg. IV แต่ผู้ป่วยยังคงตื่นมาก ต้องการเอาท่อช่วยหายใจออก รายงานแพทย์พิจารณาให้ประเมินการหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ On O2 HFNC 60 LPM FiO2 = 0.4



วันที่ 5 มิถุนายน 66 ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม GCS=E3V3M5 Pupil 3 mm. RTL BE. motor power gr. 4 ทุกรยางค์ On O2 HFNC 60 LPM FiO2 0.7 หายใจเหนื่อยหอบลึก เสียงดังคล้ายกรน RR= 28-34 ครั้งต่อนาที O2 sat=88% รายงานแพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจแต่ไม่สำเร็จ ผู้ป่วยอ้วนมมาก คอสั้น ปรีกษาวิสัญญีช่วยใส่ท่อช่วยหายใจให้ ET-Tube No. 7.5 Mark 23 cms. On ventilator setting PCV mode PI=18 RR=16 PEEP=6 FiO2=1.0 ส่งทำ CT brain ต่वन พบ New subacute infarcts with edema at bilateral frontal, bilateral parietal, right temporo-occipital, and bilateral cerebellar regions. แพทย์ให้ยา Dexamethasone 5 mg. IV ทุก 6 ชั่วโมง และมีโพแทสเซียมต่ำ 3.2 โซเดียม 134 ได้รับ 0.9% NaCl 1,000 ml.+KCL 40 mEq. IV drip 80 ml./hr. มีไข้ T=38-39.1 องศาเซลเซียส ได้รับยา Paracetamol suppo 125 mg pm fever ทุก 4 - 6 ชั่วโมง

วันที่ 6-7 มิถุนายน 66 ผู้ป่วยลึ้มตาเมื่อเจ็บ GCS=E1-2VTM4 (Under analgesia drug) Pupil 2 mm. RTL BE, Motor power gr.2 ทุกรยางค์ แผลผ่าตัดที่ศีรษะไม่ซึม หายใจ On ET-tube with ventilator setting PCV mode ลด FiO2=0.7 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง Monitor EKG show sinus bradycardia HR=50-60 ครั้งต่อนาที, On Nimodipine 1:5 vein drip 20 ml./hr. On Labetalol 1:1 vein drip 20 ml./hr. On Fentanyl 10:1 vein drip 10 ml./hr. ได้รับยาลดสมองบวม Glyceol 500 ml. Iv drip 60 ml./hr \*3 วัน

วันที่ 8-14 มิถุนายน 66 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัว GCS=E4VTM6 Pupil 2 mm. RTL BE, Motor power แขน+ขาขวา gr.4, แขน+ขาซ้าย gr.3, หายใจ On ET-tube with ventilator PCV ลด PEEP=5 ลด FiO2=0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง On NG tube for feed รับประทานได้ Monitor EKG show sinus bradycardia HR=50-60 ครั้งต่อนาที, On Labetalol 1:1 vein drip 10 ml./hr. เปลี่ยนยา Nimodipine IV drip เป็นยารับประทาน วันที่ 14 เริ่มประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวทาง Try wean ventilator setting CPAP mode ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบลึก จึงพิจารณางด Try wean

วันที่ 15-20 มิถุนายน 66 ผู้ป่วยอาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ ปกติ GCS=E4V5M6 Pupil 2 mm. RTL BE, แขนและขาขวา gr.4, แขนและขาซ้าย gr.3 ผลตรวจเลือดปกติ ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวทาง Try wean ventilator setting CPAP mode PS=7, PEEP=5 สัญญาณชีพปกติขณะ weaning และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ On O2 HFNC 50 LPM FiO2 0.4 ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ RR=20-24 ครั้งต่อนาที และวันต่อมาสามารถ On O2 Mask with bag 10 LPM. ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ RR 16-20 ครั้งต่อนาที ย้ายกลับตักศัลยกรรมชายทั่วไปได้

วันที่ 21-27 มิถุนายน 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ GCS=E4V5M6 Pupil 2 mm. RTL BE., Motor power แขนและขาขวา gr.4, แขนและขาซ้าย gr.3, ลดการใช้ออกซิเจน Cannula 4 LPM, RR 16-20 ครั้งต่อนาที ได้รับการปรึกษากายภาพเรื่องการฝึกกลืนแล้วเริ่มรับประทานอาหารได้เองทางปาก ไม่สำลัก

วันที่ 28-29 มิถุนายน 66 ผู้ป่วย GCS = E4V5M6 Pupil 2 mm. RTL BE. Motor power gr.4 ทุกรยางค์ ได้รับการลดการใช้ออกซิเจนสำเร็จ หายใจเอง RR 16-20 ครั้งต่อนาที เริ่มรับประทานอาหารได้ดีขึ้น แพทย์จึงวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันพรุ่งนี้

วันที่ 30 มิถุนายน แพทย์ให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ มีนัดกายภาพ และมีนัดตรวจซ้ำ 6 สัปดาห์

### การวางแผนการพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักรวม โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะวิกฤติ 2) การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง และ 3) การพยาบาลระยะการวางแผนจำหน่าย

### การพยาบาลระยะวิกฤติ

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดและบวมจากการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง

### ข้อมูลสนับสนุน

- ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ซ้ำหลังผ่าตัดพบ New subacute infarcts with edema
- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Craniotomy with clipping aneurysm
- หลังผ่าตัดในวันที่ 2 ระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยลดลง GCS 11 คะแนน

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสมองขาดเลือดและบวม

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง
2. GCS= 15 คะแนนหรือไม่ลดลงกว่าเดิม
3. Motor power ดีขึ้นหรือไม่แยลง Pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ เท่ากันทั้งสองข้าง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว GCS รูปร่างตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง ถ้า GCS ลดลง  $\geq 2$  คะแนน หรือรูปร่างตาขยายไม่เท่ากัน หรือมีชักเกร็ง ต้องให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที
2. ดูแลส่งผู้ป่วยทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำหลังผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Nimodipine 1:1 vein drip 20 ml./hr. Keep SBP=160-180 mm.Hg. เพื่อลดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง และเพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดในสมอง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดสมองบวม Glyceol 500 ml. vein drip 60 ml./hr \*3 วัน และ Dexamethasone 5 mg. IV ทุก 6 ชั่วโมงต่อเนื่อง และติดตามผล Electrolyte หลังได้รับยา
5. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจหลังผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัว ดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ
6. ดูแลให้การพยาบาลตามหลัก Triple H Therapy คือ Hypertention Hypervolemia และ Hemodilution
7. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก ½ - 1 ชั่วโมง ตรวจวัดและบันทึกอาการของระบบประสาททุก ½ - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยอาการดีขึ้น Day ที่ 4 หลังผ่าตัด รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง GCS=15, Motor power ระดับ 4 ทูกรยางค์ Pupil =2 มิลลิเมตร RTL BE. SBP=160-180 มิลลิเมตรปรอท

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และมีเลือดออกซ้ำในสมอง เนื่องจากหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง

### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Craniotomy with clipping aneurysm
- ผล CT brain หลังผ่าตัดพบ New subacute infarcts with edema
- ระดับความรู้สึกตัวมีการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกหลังผ่าตัด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ไม่มีเลือดออกซ้ำในสมอง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง
2. สัญญาณชีพปกติ GCS= 15 คะแนนหรือไม่ลดลงกว่าเดิม ไม่ชักเกร็ง
3. Motor power ดีขึ้นหรือไม่แยลง Pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร RTL BE.

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว รูปร่างตาไม่เท่ากัน เกร็ง แขน ขาอ่อนแรงลงจากเดิม ต้องให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที
2. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา รายงานแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาไว้ และประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด
3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย หลีกเลี่ยงการงอพับของคอ การงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก เพราะเป็นการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

4. ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก  $\frac{1}{2}$  - 1 ชั่วโมง ได้แก่ ระดับ ความรู้สึกตัว รูม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป GCS ลดลง  $\geq 2$  คะแนน หรือรูม่านตาขยายไม่เท่ากัน รายงานแพทย์ทันที
5. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1/2-1 ชั่วโมง และประมาณ บันทึกการเสียดจจากบาดแผลผ่าตัด บันทึก I/O
6. ดูแลให้การพยาบาลตามหลัก Triple H Therapy คือ Hypertention Hypervolemia และ Hemodilution
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ลดกิจกรรมการพยาบาลที่เพิ่มแรงดัน เช่น การดูดเสมหะ การเบ่งถ่าย

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะ IICP เพิ่ม GCS = 15 Motor power ระดับ 4 ทูกรยางค์ Pupil = 2 มิลลิเมตร RTL BE. SBP = 160-180 มิลลิเมตรปรอท RR = 14-20 ครั้งต่อนาที HR 72-98 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดออก

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยน้ำหนักตัว 130 กิโลกรัม หลังผ่าตัดในวันแรกผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ หลังผ่าตัดในวันที่ 2 หายใจแบบ Sleep Apnea อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที
- ระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยลดลง GCS = 11 คะแนน

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ
3. อัตราการหายใจเท่ากับ 14-20 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนมากกว่า 95%

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยอ้วนมาก ใส่ท่อช่วยหายใจยาก แพทย์เวรใส่ไม่ได้ จึงต้องปรึกษาศัลยแพทย์
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย สังเกตอาการกระสับกระส่าย สับสน จากภาวะพร่องออกซิเจน สังเกตอาการเขียวตามปลายมือ-เท้า ติดตามบันทึกสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ ค่าความเข้มข้นออกซิเจน
3. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง (High Fowler) เพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น และป้องกันการเกิดปอดอักเสบ
4. ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางป้องกันการเกิดติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
5. ดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ลดกิจกรรมการพยาบาล ที่รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย
6. ดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ ปรับ Setting ตามแผนการรักษา PCV mode PI=18 RR=16 PEEP=5 FiO2=1.0 ในระยะแรกหลังแก้ปัญหาและปรับลดลง FiO2=0.4 Keep SaO2  $\geq$  95%
6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะให้เมื่อจำเป็น

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจเท่ากับ 14-20 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 98-100%

**การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง<sup>1</sup>**

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีแผลตัด Craniotomy with clipping aneurysm
- ผู้ป่วยมีดีนกระสับกระส่ายบางครั้ง ประเมิน VAMASS=4C และประเมิน CPOT=6 คะแนน

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผลผ่าตัด ได้รับความสุขสบาย

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผล พักหลับได้
2. VAMASS=3A
3. ประเมิน CPOT น้อยกว่า 4 คะแนน สัญญาณชีพปกติ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความไม่สบายปวดแผลผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือ CPOT และ VAMASS เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจสื่อสารไม่ได้ ทุก 4 ชั่วโมง หรือหลังได้รับยาแก้ปวด
2. ดูแลให้ยาแก้ปวด Fentanyl 50 mcg. IV prn. ทุก 2 ชั่วโมงตามแผนการรักษา และ
3. เผื่อระวังติดตามสัญญาณชีพหลังได้รับยา เช่น ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท รายงานให้แพทย์รับทราบ
4. หลีกเลี่ยงการนอนทับแผลที่ผ่าตัด และดูแลไม่ให้เกิดการดึงรั้งบริเวณแผลผ่าตัด หรือปิดพลาสติกแน่นเกินไปจนผู้ป่วยไม่สบาย
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เพียงพอ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยพักหลับได้ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่ปนปวดแผลและศีรษะ VAMASS=3A และ CPOT=2 คะแนน

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

#### ข้อมูลสนับสนุน

- โพแทสเซียม = 3.2 mmol/l โซเดียม = 134 mmol/l

วัตถุประสงค์การพยาบาล: มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าโพแทสเซียม 3.5 - 4.5 mmol/l ค่าโซเดียม 136-146 mmol/l
2. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้รับยา 0.9% NaCl 1,000 ml.+KCL 40 mEq. IV drip 100 ml./hr.ทาง Infusion pump และเผื่อระวังติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. Monitor EKG เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
3. ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ และรายงานแพทย์ให้ทราบโดยเร็วในกรณีที่ผิดปกติ
4. บันทึกปริมาณน้ำเข้า และน้ำออก
5. วัด และบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวประเมินอาการ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง

### ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 6 มิถุนายน ผลโพแทสเซียม 3.8 mmol/l โซเดียม 141 mmol/l

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ไม่สบายจากอาการไอ

#### ข้อมูลสนับสนุน

วันที่ 5 มิถุนายน 2566 อุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมงอยู่ระหว่าง 38 - 39.1 องศาเซลเซียส ผิวกายร้อน สีหน้าไม่สบาย ดูอ่อนเพลีย

### วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายปกติ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบาย
2. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส

### กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย และประคบผ้าเย็นบริเวณศีรษะและหน้าอก
2. ให้อาหาร Paracetamol suppo 125 mg prn for fever ทุก 4 - 6 ชั่วโมง เพื่อลดอุณหภูมิร่างกายให้ปกติ
3. ดูแลอุณหภูมิในห้องผู้ป่วยไม่ให้สูง เปิดพัดลมช่วยระบายความร้อน
4. ดูแลการทำงานเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดการเผาผลาญ

### อาหารของร่างกาย

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เช่น ปิดไฟ ไม่ให้มีเสียงรบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้นอนหลับพักผ่อนได้
5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในคราวเดียว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. อุณหภูมิร่างกาย 36 – 37.5 องศาเซลเซียส

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

#### ข้อมูลสนับสนุน

ภรรยาผู้ป่วยถามว่า “เขาจะหายไหม” “เขาจะกลับมาเหมือนเดิมไหมคะ” “วันนี้อาการเป็นอย่างไรบ้าง ดีขึ้นไหมคะ”  
ผู้ป่วยพยายามตื่นเป็นพักๆ ภรรยาผู้ป่วยวิตกกังวล มีสีหน้าหงุดหงิด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยการพูดคุย ด้วยวาจาสุภาพ มีกิริยาที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกด้วยความตั้งใจ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของโรคแผนการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความสงสัย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลการรักษา และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
4. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล
5. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ พุดคุย ปลอบโยนและคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยกระตุ้นความรู้สึกอบอุ่นใจ
6. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติ

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล ผู้ป่วยดูสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลมากขึ้น  
ภรรยาผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่า “สบายใจขึ้น เห็นเขาดีขึ้น ด้วยแล้วเขาพยักหน้า บอกให้ยกมือ ยกขาที่ทำตามได้”  
ผู้ป่วยและญาติ รับทราบ และเข้าใจแผนการรักษา ให้ความร่วมมือทุกครั้งในการรักษาพยาบาล

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 อาจเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด Craniotomy with clipping aneurysm

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส
2. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่ซึม ไม่มีบวม แดง ร้อน

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกอาการปวดบวมแดงร้อน และสารคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด
2. ดูแลทำความสะอาดแผล ด้วยหลักปราศจากเชื้อ
3. ดูแลแผลไม่ให้โดนน้ำและไม่ให้อับชื้น
4. ให้อาบน้ำวิธีช้อนตามแผนการรักษา
5. บันทึกอุณหภูมิร่างกาย สัญญาณชีพต่างๆ
6. ถ้ามีไข้ ให้ยาลดไข้ ตามแผนการรักษา

### ประเมินผลการพยาบาล

บริเวณแผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการปวดบวมแดงร้อน ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดจากการต้องใส่อุปกรณ์การช่วยชีวิตต่างๆ และมีแขนขาอ่อนแรง

### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการต่ออุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำ และหลอดเลือดแดง Braden scale = 10 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันครบถ้วน

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยร่างกายและสิ่งแวดล้อมสะอาด รับประทานอาหารทางสายยางได้ ขับถ่ายปกติ ได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันครบถ้วน

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาทและประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมากน้อยเพียงใด
2. ช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันให้ในช่วงระยะแรกๆ แล้วสอนญาติและผู้ป่วยให้ทำกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามความสามารถ เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว ให้อาหารทางสายยาง การแปรงฟัน อาบน้ำ ผู้ป่วยบนเตียง เก็บ และเช็ดทำความสะอาดหลังขับถ่ายบนเตียง
3. แนะนำฝึกให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดโดยเริ่มจากท่าที่ง่ายและมีความจำเป็นก่อนและให้ญาติมีส่วนช่วยผู้ป่วย บางขั้นตอน และปรึกษาเจ้าหน้าที่กายภาพช่วยสอนเพิ่มเติม
4. พลิกตะแคงตัวและจัดท่าบนเตียงให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และสอนแนะนำให้ญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่า
5. ดูแลความสะอาดบนเตียงและสิ่งแวดล้อมรอบตัวและเตียงผู้ป่วย

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยร่างกายสะอาด ขับถ่ายปกติ รับประทานอาหารทางสายยางได้ ไม่มีอาเจียน ไม่มีแผลกดทับ พักหลับได้



## การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย<sup>7</sup>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย

### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน 12 วัน
- On O2 mask with bag
- ผู้ป่วยรูปร่างอ้วน คางสั้น น้ำหนัก 130

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย

### เกณฑ์การประเมิน

ไม่เกิดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ระหว่างการเคลื่อนย้าย ได้แก่ พลัดตกหกล้ม การหายใจล้มเหลวหรือภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) เครื่องมือไม่พร้อมใช้ เช่น ออกซิเจนหมด แบตเตอรี่หมดหรือเสื่อมสภาพ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ ตัดสินใจร่วมกันโดยพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในการย้ายออก โดยประเมินอาการเบื้องต้น ได้แก่ ความรู้สึกตัว GCS สัญญาณชีพ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเคลื่อนย้าย
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจเหตุผลการย้าย แนะนำญาติ เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ให้แจ้งพยาบาลและแพทย์ทราบ
2. เตรียมเอกสาร ยา ของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายให้พร้อม
3. ประสานงาน ส่งข้อมูลอาการผู้ป่วยให้พยาบาลตึกศัลยกรรมชายทราบ แจ้งชื่อ-สกุล HN อาการสำคัญ และข้อมูลการรักษาที่ได้รับ/ ความเสี่ยงที่สำคัญ การดูแลต่อเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับ
4. เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นขณะเคลื่อนย้าย ได้แก่ ออกซิเจน เครื่องวัด SpO2 เครื่องควบคุมสารน้ำ
5. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย
6. บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์การเคลื่อนย้ายลงในบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note)

### การประเมินผลการพยาบาล

ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ RR=16-18 bpm SpO2=97%

### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่า ปวดศีรษะ อาเจียน 3 ครั้ง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง วันนั้น ยังปวดศีรษะไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดศีรษะ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต 167/112 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยแรกเริ่มเป็น Hypertensive emergency with SAH ได้รับยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแบบต่อเนื่อง และส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่ามีภาวะเลือดออกในสมองชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง จึงได้รับการ admit และตรวจเพิ่มเติมโดยได้รับการส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงในสมอง พบตำแหน่งที่หลอดเลือดโป่งพองแตก คือ Anterior communicating artery aneurysm ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด หลังผ่าตัดย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักรวมใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการประเมินถอดท่อช่วยหายใจได้ 1 วัน ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ และส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด่วนพบว่ามีสมองขาดเลือดและบวม จากการหดเกร็งหลอดเลือดสมอง จึงได้รับยาลดการหดเกร็งหลอดเลือดสมอง และยาลดสมองบวม อาการดีขึ้น ได้ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ อาการคงที่จนสามารถย้ายกลับตึกสามัญได้ ในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ห้องผู้ป่วยหนักรวมวางแผนการดูแลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต และระยะการดูแลต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่าย โดยในแต่ละระยะผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษา และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานครอบคลุมแบบองค์รวม ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขจนพ้นภาวะวิกฤตปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ระยะเวลาการรักษาใน ห้องผู้ป่วยหนักรวม 16 วัน (รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 29 วัน)

## วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงและอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การรักษา คือ การผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อระบบประสาทของผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะการหดเกร็งหลอดเลือดสมอง จนทำให้สมองขาดเลือดบางส่วนและสมองบวม ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและพบได้บ่อย ดังนั้นพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักควรต้องมีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ค้นหาวิธีการใหม่ๆ นำมาปรับใช้เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษาของแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้

## สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ สมองขาดเลือดและบวมจากการหดเกร็งหลอดเลือดสมอง เสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แต่ด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน การเฝ้าระวัง ประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และการดูแลแบบองค์รวมได้ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มปลอดภัย ญาติและผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ตลอดจนมีความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

## เอกสารอ้างอิง

1. วรณนิศา ชัยวิสิทธิ์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองในระยะผ่าตัด. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2563.
2. สมบัติ มุ่งทวีพงษา. โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤต. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วย aneurysm ระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2565. [ฐานข้อมูล HOSxP]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : HOSxP SQL Query.
4. กันตพร ยอดไชย, ทิพนาส ชินวงศ์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ 2 เล่ม 2. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
5. ศรัณยา ไชยสิทธิ์มงคล, มนัญชยา กองเมืองปัก, กรุณา ชูกิจ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2564.
6. นางลักษณะ สรรสม, มัณฑนา จินตะยนต์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจลำบาก. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2562.
7. ปิยรัตน์ วงศ์นายโกฏ, ดลวิวัฒน์ แสนโสม. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <chromeextension://efaidnbmninnnibpcajpcglclefindmkaj/https://gsbooks.gs.kku.ac.th/60/nigr2017/pdf/MMO10.pdf>



## Nursing care of patient with acute ST- elevation myocardial infarction and received intravenous thrombolytic drug : A case study

Thidarat Khambanlue, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction** : Acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) is a significant cause of mortality in Thailand. Enhancing the capabilities of community hospitals in providing thrombolytic therapy can reduce patient mortality.

**Objective** : To establish nursing guidelines for managing patients with acute STEMI who receive thrombolytic therapy.

**Case study** : A 49-year-old Thai man experienced chest tightness, without any accompanying radiating pain, and felt cold for 11 hours before reaching the hospital. He had a history of high cholesterol and diabetes. During the initial assessment at the ER, ST-elevation was observed in V2-5, leading to the diagnosis of anteroseptal wall STEMI. The patient was fast-tracked for STEMI and consulted with a cardiologist from Kamphaeng Phet Hospital, discussing the possibility of administering Streptokinase (SK) and arranging a referral for Percutaneous Coronary Intervention (PCI) at Sawanpracharak Hospital. While receiving SK, a drug complication occurred, resulting in low blood pressure. Nursing diagnoses were formulated based on the patient's condition as follows : 1. Severe anterior chest pain due to acute coronary insufficiency. 2. Development of cardiogenic shock following thrombolysis treatment. 3. Risk of tissue hypoxia due to a significant reduction in cardiac output (within 1 minute). 4. Risk of deterioration during transfer. 5. The patient and their family expressed concerns and anxiety regarding the disease's pathophysiology and treatment plan. The patient safely reached the destination hospital, underwent successful artery opening, and received Primary Percutaneous Cardiac Intervention to the right coronary artery without treatment complications.

**Conclusion** : Acute STEMI accompanied by comorbidities presents severe and acute symptoms. This case study emphasizes the critical role of nursing in managing patients with acute STEMI in critical conditions. Accurate and swift assessment upon the patient's arrival at the hospital is crucial, leading to proper diagnosis and rapid initiation of thrombolytic treatment. Nurses should possess expertise in medication management, monitor for potential changes in the patient's condition, and facilitate transfers to more advanced hospitals, ultimately reducing patient mortality rates.

**Keywords** : Nursing care for patients with acute myocardial infarction, Nursing care for patients receiving thrombolytic medication

---

\*Registered Nurse, Professional Level, Nursing work for emergency accident patients and forensic medicine, Lan Krabue Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ : กรณีศึกษา

ธิดารัตน์ คำบรรลือ, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทย การรักษาในบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนที่เพิ่มศักยภาพโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ สามารถลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี มาด้วยอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีร้าวไปที่ไหน ตัวเย็น ก่อนมาโรงพยาบาล 11 ชั่วโมง มีประวัติเป็นโรคไขมันในเส้นเลือดสูงและเบาหวาน แกร็บที่ ER ตรวจคลื่นหัวใจ 12 lead พบ ST -elevation at V2-5 วินิจฉัยโรค STEMI of anteroseptal wall ให้เข้าระบบ FAST TRACK STEMI ปรีกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร พิจารณาให้ SK ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) และติดต่อ refer for PCI โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ขณะให้ยามีภาวะแทรกซ้อนคือ ความดันโลหิตต่ำ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะรับไว้ในการดูแล ได้แก่ 1) เจ็บหน้าอกรุนแรงเนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) มีภาวะ Cardiogenic Shock หลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง และ 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อ 5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา ผลการดูแล ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลปลายทางด้วยความปลอดภัย จากการติดตามมีความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด และพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการทำ Primary Percutaneous Cardiac Intervention to right coronary artery ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

**สรุป :** โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีโรคร่วมจะมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเฉียบพลัน จากกรณีศึกษา บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภาวะวิกฤต มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ขณะมาถึงโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องการบริหารยาและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่งผลทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, การพยาบาลผู้ป่วยให้ยาละลายลิ่มเลือด

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลลานกระบือ

## บทนำ

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST- elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อยหรือเท่ากับ 2 lead ที่ต่อเนื่องกันหรือเกิด LEFT Bundle Branch Block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ ร่วมกับมีอาการเจ็บหน้าแน่นอกนานมากกว่า 20 นาที ซึ่งเกิดจากการอุดตันแบบทั้งหมดของหลอดเลือดหัวใจแบบเฉียบพลันและเกิดการปริแตกของรอยโรค (plaque) อย่างรุนแรงและเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วภายใน 6 ชั่วโมงจะส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและเสียชีวิต จึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว<sup>1</sup> ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลกและประเทศไทย<sup>2</sup> จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ปีงบประมาณ 2563-2565 ดังนี้ ร้อยละ 72.54, 59.48 และ 55.85 ตามลำดับ<sup>3</sup> อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปีงบประมาณ 2563 – 2565 ดังนี้ ร้อยละ 5.25, 4.90 และ 5.09 ตามลำดับ<sup>3</sup> จังหวัดกำแพงเพชรอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 – 2565 ดังนี้ ร้อยละ 5.07, 5.19 และ 6.23 ตามลำดับ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดโดยได้รับยาละลายลิ้มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัยของเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2563 – 2565 ได้แก่ 49.02 47.76 และ 50.34 ตามลำดับ<sup>3</sup>

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับระบบการรักษาแบบทางด่วน (Fast track) การรักษาเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง(STEMI) ที่ต้องการรักษาเฉพาะเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจให้มีการไหลเวียนในกล้ามเนื้อหัวใจ ภายใน golden period มีเป้าหมายเพื่อรักษาทั้งชีวิตและกล้ามเนื้อหัวใจของผู้ป่วยให้มีผลลัพธ์การรักษาสูงสุด<sup>2</sup> ส่วนระบบทางด่วนของการรักษาได้แก่ จัดระบบการส่งผู้ป่วยจากที่เกิดอาการเข้าห้องสวนหัวใจหรือห้องผู้ป่วยอาการหนักโดยตรง เพื่อให้การรักษาได้ทันทีโดยไม่รอการตรวจวินิจฉัยในแผนกฉุกเฉิน เหล่านี้ล้วนเป็นการจัดระบบที่ช่วยเพิ่มการไหลเวียนกลับสู่กล้ามเนื้อหัวใจและลดอัตราการตายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน<sup>4</sup> ปัจจุบันโรงพยาบาลเครือข่ายระดับ 30 เตียงขึ้นไป ได้พัฒนาศักยภาพการเข้าถึงยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วย STEMI โดยสามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ้มเลือด<sup>2</sup> ซึ่งการให้ยาละลายลิ้มเลือดมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยและดูแลขั้นต้นได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว มีสมรรถนะในการระบุดัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สามารถแปลผลเบื้องต้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน บทบาทในการบริหารยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างมีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยาและหลังให้ยาอย่างใกล้ชิดและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติได้อย่างทันท่วงที<sup>2</sup>

โรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคหัวใจ แต่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan เขตสุขภาพที่ 3 โดยมีเป้าหมายลดอัตราการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้ระบบช่องทางด่วน (STEMI Fast Track) ได้พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลสามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ้มเลือดและสามารถนำส่งในระบบ By Pass ไปที่โรงพยาบาลจังหวัดกำแพงเพชรและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ จากสถิติของผู้รับบริการของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่ามีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับการรักษา ปีงบประมาณ 2563 – 2565 จำนวน 16, 6, 11 ราย ได้รับยาละลายลิ้มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย จำนวน 14, 4, 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.50, 66.67, 90.91 และพบอัตราการตายของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 2.94, 7.14 และ 0 ตามลำดับ<sup>5</sup> กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ชายไทย อายุ 49 ปี สถานภาพคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

## อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ฉุกเฉินได้ลิ้นปี 11 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีปวดท้อง ถ่ายอุจจาระลำบากหลังไปรับประทานลาบดิบ มาตรวจที่โรงพยาบาลได้ยาไปรับประทาน อาการทุเลา

22 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีฉุกเฉินท้องและจุกคอ ไม่มีเจ็บหน้าอกไปรักษาที่คลินิกใกล้บ้าน ได้ยาฉีด และยารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น

11 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการจุกแน่นท้องและจุกแน่นใต้ลิ้นปี่มากขึ้น มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่ร้าวไปไหน ไม่มีเจ็บหน้าอก จึงมาโรงพยาบาล

การวินิจฉัย : STEMI (ST elevate myocardial infarction) of anteroapical wall with Cardiogenic shock

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ความดันโลหิตสูง และไขมันสูง 3 ปี โรคเบาหวาน 2 ปี รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วน ผิวดำแดง น้ำหนัก 69.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ค่า BMI = 27.22

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 134 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิต 149/91 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95%

ผิวหนัง : ผิวคล้ำ เหงื่อออก ผิวหนังเย็นชื้น ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีบวม

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้าสมมาตร ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดำ ลืมตาได้เอง ตาทั้ง 2 ข้างมองเห็นปกติ ไบฮู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ หน้านิ้วคิ้วมวด สีหน้าวิตกกังวล

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่มีอกบวม อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังปอดเสียงปกติ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 134 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นเร็ว จังหวะและความแรงสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ไม่มีปลายมือปลายเท้าซีดเขียว คลำชีพจรส่วนปลายได้ปกติ

ช่องท้องและระบบทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปปกติ ผิวหนังหน้าท้องปกติ เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ กดนุ่ม ไม่มีกตเจ็บ คลำตับไม่โต

กล้ามเนื้อและกระดูก : การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ ไม่มีรอยโรคการหักเคลื่อนหรือผิดรูปของกระดูก motor power grade 5

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตามตอบรูเรื่อง ทำตามคำสั่งได้ E4V5M6 Glasgow coma score = 15

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะได้เอง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : สีหน้าไม่สุขสบาย หน้าตาบูดเบี้ยว สีหน้าวิตกกังวล มีญาติคอยดูแล

### ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Troponin T = 1,512 ng/L (< 40) DTX 256 mg%

EKG : Sinus tachycardia, ST- elevation at V2-5, CXR: Cardiomegaly, no infiltration

Complete blood count : Hemoglobin = 13.7 g/dl Hematocrit = 42% WBC = 18,5100 cell/mm<sup>3</sup>

Pletelet count = 283,000 cell/mm<sup>3</sup> RBC = 5.2 cell/mm<sup>3</sup> Neutrophil = 82% Lymphocyte = 11%

Biochemistry : BUN = 17 mg/dl Creatinine = 1.09 mg/dl eGFR = 79 ml/min/1.73m<sup>2</sup> Potassium = 3.9 mmol/L

Sodium = 135 mmol/L Chloride 103 mmol/L HCO<sub>2</sub> = 21 mmol/L



## สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

เวลา 17.45 น. แกร็บที่ ER ชักประวัติ ประเมินอาการฉุกเฉินได้ดังนี้ Pain score = 7/10 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ และคัดแยกผู้ป่วย (Triage) เป็นประเภท 1 เข้าห้องฉุกเฉินทันที

เวลา 17.50 น. ตรวจคลื่นหัวใจ 12 lead ทันที รายงานแพทย์ แพทย์อ่าน EKG พบ ST - elevation at V2-5 วินิจฉัย STEMI of anteroseptal wall ให้เข้าระบบ FAST TRACK STEMI ส่งตรวจ CBC BUN Cr electrolyte LFT Trop-T

เวลา 18.13 น. แพทย์ปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร ใน Line group KPPSTEMI อายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร รับ case ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) และติดต่อ refer for PCI

เวลา 18.25 น. ดูแลให้ยา Streptokinase 1.5 mu iv drip in 1 hr ด้วยเครื่อง Infusion pump และให้ยา ASA (300) 1 tab เคี้ยวกลืน Plavix (75 mg) 4 tab oral stat

เวลา 18.40 น. มีเหงื่อออกตัวเย็น ใจสั่น ความดันโลหิต 73/47 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 94% P/S 7 คะแนน รายงานแพทย์ทราบ on O<sub>2</sub> canular 3LPM และ on 0.9% NaCl 1000 ml IV load 500 ml วัดความดันโลหิต 94/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้ง/นาที on 0.9% NaCl 1000 ml IV 80 ml/hr

เวลา 18.50 น. ให้ Isordril 5 mg. 1 tab SL stat เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก

เวลา 19.05 น. ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิต 70/40 มิลลิเมตรปรอท ให้ Dopamine 2:1 start 5 ml/hr. ประเมิน P/S=7 คะแนน

เวลา 19.26 น. ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ครบ GCS = E4V5M6 ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99% Urine 200 ml flow ดี สีเหลืองใส ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม

เวลา 19.30 น. ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์พบแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจเพื่อทำ PCI อาการก่อนส่ง E4V5M6 ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที P/S 7 คะแนน

เวลา 21.40 น. ถึงโรงพยาบาลปลายทาง อาการเมื่อถึง E4V5M6 ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99% P/S 5 คะแนน

## การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เจ็บหน้าอกรุนแรงเนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า จุกแน่นท้องและจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ไม่ร้าวไปไหน มีเหงื่อออกตัวเย็น

O : ผิวหนังชื้น เหงื่อออก ตัวเย็น Pain score 7/10 ผลการตรวจ EKG พบ Sinus tachycardia, ST- elevation at V2-5 ผลการตรวจเลือด Troponin-T =1,512 ng/L

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการเจ็บหน้าอก

### 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. Pain score ลดลง
3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินอาการเจ็บหน้าอก และซักประวัติตามหลัก PQRST mnemonic บันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอก และรายงานแพทย์ให้ได้รับการรักษาทันทีทันใด

2. ประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ขณะเกิดอาการและทุก 2-4 ชั่วโมง เมื่ออาการเจ็บหน้าอกทุเลา เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

3. ติดตามเส้นกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดย EKG Monitor และบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก ติดตามผลการตรวจเลือด Troponin-T ให้รายงานแพทย์ทันที

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนบนเตียง (Absolute bed rest) จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30-60 องศา และการจำกัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

5. ดูแลให้ห้อมยา Isordril 5 mg. 1 tab SL stat เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอกและประเมินอาการเจ็บหน้าอกทุก 5 นาที รวมทั้งลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ทราบ

6. ดูแลให้ได้รับยา ASA (300) 1 tab oral stat เคี้ยวกลืน Plavix (75 mg) 4 tab oral stat ตามแผนการรักษา เพื่อลดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดที่ก่อให้เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันจนส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง เฝาระวังผลข้างเคียงจากยาที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ อาการระคายเคืองกระเพาะอาหารหรือมีเลือดออกในทางเดินอาหาร<sup>6</sup>

7. ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ไม่มีข้อห้ามใช้ ดูแลให้ยา Streptokinase 1.5 mu iv drip in 1 hr ด้วยเครื่อง Infusion pump และติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยาทุก 15 นาที เตรียมรถ Emergency ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา สังเกตอาการสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น มีผื่น อาการแน่นหน้าอก ถ้ามีอาการดังกล่าวหยุดให้ยาทันทีพร้อมรายงานแพทย์

8. ดูแลให้ได้ออกซิเจนตามแผนการรักษา on O<sub>2</sub> canular 3 LPM โดยรักษาระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้ว > 95%

#### การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที สม่าเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/62 มิลลิเมตรปรอท และ O<sub>2</sub> saturation 99%

2. อาการเจ็บหน้าอกลดลง pain score 5/10 ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย สีหน้าสดชื่นขึ้น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มีภาวะ Cardiogenic Shock หลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ผู้ป่วยมีผิวหนังขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น Pain score 7/10 ผลการตรวจ EKG พบ Sinus tachycardia, ST- elevation at V2-5 ผลการตรวจเลือด Troponin-T = 1,512 ng/L

หลังได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ 15 นาที มีภาวะ Hypotension ความดันโลหิต 73/47 มิลลิเมตรปรอท MAP 56 ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Cardiogenic Shock

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผิวหนังอุ่น ชุ่มชื้น ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG Arrhythmias เช่น PVC, VT, VF, Brady arrhythmias
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน Bleeding เช่น GI bleed, Brain Hemorrhage, Injection site, Bleed per gum

#### กิจกรรมพยาบาล

1. เฝาระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiogenic Shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

2. ประเมินความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 5 นาที ถ้าอาการคงที่ประเมินซ้ำทุก 10 นาที เพื่อช่วยให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของการเกิด Cardiogenic Shock และให้การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

3. ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดย Monitor EKG เพราะอาจเกิด cardiac arrhythmia และเพื่อประเมินการเปิดหลอดเลือดหัวใจ เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งานเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันต่อเหตุการณ์<sup>8</sup>

4. เผ่าติดตามอาการต่าง ๆ อย่างใกล้ชิดระหว่างการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ตรวจประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวทุก 5 นาทีพบว่าหลังให้ยาไป 15 นาที ผู้ป่วยมีเหงื่อออก ตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำ 73/47 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์และดูแลให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml iv load 500 ml then 80 ml/hr ประเมินสัญญาณชีพหลังให้ครบ 500 ml<sup>8</sup>

5. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต Dopamine (2:1) เริ่มต้น 5 ml/hr. ตามแผนการรักษา ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการติดตามวัดความดันโลหิต เนื่องจากเกิดภาวะ hypotension ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ให้รายงานแพทย์ทันที<sup>8</sup>

6. ดูแลให้ยา Streptokinase 1.5 mu iv drip in 1 hr ด้วยเครื่อง Infusion pump จนครบ ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยาทุก 15 นาที ประเมินการให้ยาตามแบบฟอร์มการให้ยาละลายลิ่มเลือด

7. จัดทำกึ่งนั่งกึ่งนอนให้ผู้ป่วยเนื่องจากการจัดท่าที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาความเมื่อยและรู้สึกสบายท่าศีรษะสูง จะลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ลดภาระงานของหัวใจและทำให้หายใจสะดวกขึ้นการประเมินผล<sup>9</sup>

8. ดูแลให้ on O<sub>2</sub> canular 3 LPM ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ

9. ดูแลใส่สายสวนคาปัสสภาวะไว้ ประเมินปริมาณปัสสาวะ บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายเพื่อเปรียบเทียบความสมดุลกันเพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจหยุดเต้น

10. ดูแลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมโดยเร็วที่สุด

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผิวหนึ่งอุ่น ชุ่มชื้น ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Cardiogenic shock ได้รับการดูแลและส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจเพื่อทำ PCI

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG Arrhythmias ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน Bleeding

4. GCS = E4V5M6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub>sat 99%

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง

#### ข้อมูลสนับสนุน

มีเหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจรเบาเร็ว อัตราชีพจร 130 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub>sat 94% ให้ O<sub>2</sub> Cannula 3 ลิตรต่อนาที MAP ลดลง 28 มม.

EKG : Sinus tachycardia, ST- elevation at V2-5, CXR: Cardiomegaly

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีปริมาณเลือด ที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพียงพอ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีภาวะ Cyanosis

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub>sat 95 - 100%

3. ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงปกติ

4. Capillary refill ≤ 2 วินาที

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะ อัตราการหายใจภาวะ Cyanosis เพราะอาการหายใจหอบ ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว แสดงถึงมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

2. การประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ถ้าอาการคงที่ประเมินซ้ำทุก 10 นาที และบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อช่วยให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและทราบถึงความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน เป็นการติดตามอาการของผู้ป่วย และทำการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

3. ดูแลจัดท่านอนราบยกปลายเท้าสูงเล็กน้อยในช่วงที่มีภาวะช็อค เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น เมื่อควบคุมภาวะช็อคได้ จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยให้กระบังลมหย่อนตัวช่วยให้ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้มากขึ้น<sup>9</sup>

4. ดูแลระบบหายใจโดยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและให้ได้รับ On Oxygen Cannula 3 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอและสอนให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ (Deep breathing) เพื่อช่วยให้มีการขยายของทรวงอกได้เต็มที่<sup>9</sup>

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ on 0.9% NaCl 1000 ml iv load 500 ml และครบ 500 ml วัดความดันโลหิตซ้ำ then on 0.9% NaCl 1000 ml iv 80 ml/hr

6. ดูแลให้ Dopamine 2:1 start 5 ml/hr เป็นยาที่มีผลกระตุ้นทั้ง beta และ alpha adrenergic receptor เพื่อเพิ่มความดันโลหิต ประเมินอาการและสัญญาณชีพ

7. ดูแลใส่สายสวนคาปัสสภาวะไว้ ประเมินปริมาณปัสสาวะ บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายเพื่อเปรียบเทียบความสมดุลกัน

8. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนอยู่บนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรมและประเมิน O<sub>2</sub>sat และประเมินดู capillary refill เพื่อดูระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด

#### การประเมินผล

1. หายใจสะดวกดี หายใจไม่หอบ ไม่มีภาวะ Cyanosis ฟังเสียงปอดปกติ
2. GCS = E4V5M6 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99%
3. Capillary Refill น้อยกว่า 2 วินาที
4. urine 200 ml flowดี สีเหลืองใส

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อ

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : Pain score 7/10 ผลการตรวจ EKG พบว่า Sinus tachycardia, ST- elevation at V2-5 แพทย์พิจารณาดูแลให้ยา Streptokinase 1.5 mu iv drip in 1 hr หลังได้รับยา Streptokinase 15 นาที มีเหงื่อออกตัวเย็น ใจสั่น ความดันโลหิต 73/47 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 94% หลัง on 0.9% NaCl 1000 ml IV load 500 ml และครบ 500 ml ความดันโลหิต 94/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้ง/นาที ส่งต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. GCS = E4V5M6 สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีอาการทรุดลงขณะส่งต่อ
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG Arrhythmias เช่น PVC, VT, VF, Brady arrhythmias
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านเลือดออกภายในและภายนอกในร่างกาย เช่น จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ เลือดออกในสมอง เลือดออกบริเวณที่ฉีดยา เลือดออกตามไรฟัน

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อด้านเตรียมเจ้าหน้าที่ส่งต่อ อุปกรณ์เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ รถ อุปกรณ์ในรถให้มีความพร้อมในการใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพที่ครบถ้วน และมีประสิทธิภาพสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารสำคัญต่างๆก่อนถึงสถานพยาบาลปลายทาง แบบบันทึกอาการระหว่างส่งต่อและติดต่อบริการประสานงานศูนย์รับส่งต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

2. การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ ประเมินผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ABCD และรวมทั้งมีการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการรักษา เหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้การบริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติและโรงพยาบาล<sup>2</sup>

3. ระหว่างนำส่ง ติดตามสัญญาณชีพ ประเมิน O<sub>2</sub> sat, pain score และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาททุก 5-15 นาที ในขณะที่ส่งต่อ ดูแลให้ออกซิเจนเพียงพอและให้ O<sub>2</sub> canular 3 LPM เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ดูแลให้ 0.9% NaCl 1000 ml iv 80 ml/hr ให้การพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดอาจเกิดภาวะ hypotension จากการขยายตัวของหลอดเลือด<sup>๑</sup> หากพบสัญญาณชีพที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการ รอยขีดตามตัว มีผื่น อาการแน่นหน้าอก และบันทึกอาการ สัญญาณชีพระหว่างนำส่ง<sup>๑</sup>

4. ขณะส่งต่อบรรเทาพยาบาลติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดย Monitor EKG ไร้อัตโนมัติเส้นทางเดินทาง เพราะอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น VT, VF จาก reperfusion จากหลอดเลือดที่ไม่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เฝ้าระวังลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะนำส่งผู้ป่วยและดูแล mental support ผู้ป่วยเพื่อให้ผ่อนคลายลดความวิตกกังวล

5. กรณีที่พบความผิดปกติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะส่งต่อ ให้รายงานแพทย์ผู้สั่งการรักษารับทราบตามแนวทางที่กำหนดไว้ ติดต่อบริการประสานงานโรงพยาบาลปลายทางเป็นระยะเพื่อแจ้งกำหนดเวลาและเตรียมความพร้อมก่อน ตามแนวทางที่กำหนดไว้

6. กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสภาวะวิกฤตในขณะที่ส่งต่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นหรือขอความช่วยเหลือตามระบบ และนำส่งโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด และแจ้งข้อมูลให้กับโรงพยาบาลปลายทางทราบด้วย (ช่องทางการสื่อสาร คือ โทรศัพท์โดยมีสมุดเบอร์โทรศัพท์ติดบนรถ refer)

7. พยาบาลที่ได้รับมอบหมายไปส่งผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยที่ ER หรือตามจุดที่นัดหมาย ส่งต่อข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาลและปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยพร้อมส่งข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงที่พบขณะเคลื่อนย้ายกับพยาบาลหัวหน้าเวร/แพทย์รับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอย่างปลอดภัย<sup>2</sup>

## การประเมินผล

ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 ตามตอบรู้อธิบาย ทำทางเหนือยอ่อนเพลีย ไม่มีอาการทรุดลงขณะส่งต่อ ผู้ป่วยได้รับการดูแลและส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่องในเวลาที่กำหนดและปลอดภัย ไม่มีภาวะ EKG Arrhythmias ปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นระยะ รวมระยะเวลา 2 ชั่วโมง 10 นาที ถึงโรงพยาบาลปลายทาง E4V5M6 ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99% P/S 5 คะแนน มีนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีyarรับประสานต่อเนื่องที่บ้าน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลลานกระบือ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา

## ข้อมูลสนับสนุน :

S : ผู้ป่วยถามว่า"ผมจะรอดไหม" ญาติคอยสอบถามอาการผู้ป่วยตลอดเวลา

O : ผู้ป่วยและญาติมีใบหน้ามีหน้าผากวิตกกังวล แสดงสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ : เพื่อคลายความวิตกกังวล เข้าใจภาวะโรค แผนการรักษาและปฏิบัติตนถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน : ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในแผนการรักษา



## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและวิเคราะห์ความวิตกกังวลและการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ โดยการซักถามและสังเกตการแสดงทางสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนในการพยาบาลและอธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบได้ถูกต้อง<sup>6</sup>
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุยซักถาม แสดงความเป็นกันเองและให้เกียรติผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและได้ระบายความรู้สึกถึงปัญหา รวมทั้งให้ความร่วมมือในการร่วมการวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วยพร้อมอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวล และท่าทีที่เป็นกันเองเพื่อลดความวิตกกังวลและเกิดความไว้วางใจ<sup>6</sup>
4. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เห็นอกเห็นใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความกังวลใจและให้ความร่วมมือในการรักษา
5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค ลักษณะการเจ็บป่วย สาเหตุของโรค แผนการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
6. อธิบายให้ข้อมูลผู้ป่วย เรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) เหตุผลความจำเป็นใน การให้ยา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
7. อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
8. พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ไม่แสดงอาการรำคาญหรือไม่พอใจ<sup>6</sup>
9. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์และเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669

## การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติยอมรับเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีสีหน้าคลายความกังวลลง ไม่มีหน้าหน้าวิตกกังวล

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันสูงและเบาหวาน ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา มาด้วยอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 11 ชั่วโมง อาการแรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีร้าวไปที่ใด มีเหงื่อออกตัวเย็น สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/91 มิลลิเมตรปรอท GCS = E4V5M6 O<sub>2</sub> sat 95% Pain score = 7/10 คะแนน ตรวจคลื่นหัวใจ 12 lead ทันที ผล EKG พบ ST - elevation at V2-5 Troponin T=1,512 ng/L แพทย์วินิจฉัย STEMI of anteroseptal wall ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) หากไม่มีข้อห้าม ดูแลให้ยา Streptokinase 1.5 mu iv drip in 1 hr ด้วยเครื่อง Infusion pump ระหว่างให้ยาไป 15 นาที ผู้ป่วยมีภาวะ Cardiogenic shock เหงื่อออกตัวเย็น ใจสั่น ความดันโลหิต 73/47 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 94% แพทย์ได้แก้ไขภาวะ Cardiogenic shock โดยให้ Dopamine 2:1 start 5 ml/hr. on 0.9% NaCl 1000 ml IV load 500 ml และครบ 500 ml. วัดความดันโลหิต 94/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้ง/นาที ดูแลให้ได้รับยารับประทาน ASA (300) 1tab เคี้ยวกลืน Plavix (75 mg) 4 tab oral stat ตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์ติดต่อโรงพยาบาลศรีสวรรค์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PCI แต่เนื่องจากแพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจไม่อยู่ จึงต้องติดต่อส่งตัวโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจเพื่อทำ PCI, Last Dx. STEMI (ST elevate myocardial infarction) of anteroseptal wall with Cardiogenic shock ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนนำส่ง ประเมิน P/S=7 คะแนน GCS=E4V5M6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99% ติดตามอาการต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการทำ Primary Percutaneous Cardiac Intervention to right coronary artery ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา



นัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์ มีيارับประทานต่อเนื่องที่บ้านให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายโรงพยาบาลลานกระบือ

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันสูง ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติ ประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วและให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก สามารถตรวจและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องเข้ารับบริการแบบช่องทางด่วนและได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องการบริหารยา ภาวะแทรกซ้อนจากยาและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนกระทั่งส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่งผลทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะพัฒนา

1. ควรมีการฟื้นฟูวิชาการให้พยาบาลทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผูกอบรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้บริหารควรส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้อย่างสม่ำเสมอทั้งการอบรมระยะสั้นและการเรียนเฉพาะทางสาขาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งการนิเทศ ติดตามเพื่อนำความรู้วิชาการใหม่ ๆ มาถ่ายทอดแก่บุคลากรในหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ปลอดภัย
3. ให้ข้อมูลแก่ประชาชนทั่วไปในรูปแบบสื่อสาธารณะเกี่ยวกับวิธีการจัดการเบื้องต้นอย่างเหมาะสม หากเกิดอาการที่อาจมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ การปฏิบัติช่วยเหลือเมื่อพบเห็นผู้ป่วย วิธีการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินต่อศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ รวมทั้งข้อมูลโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถให้การรักษาเฉพาะสำหรับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### เอกสารอ้างอิง

1. นพดล ชำนาญผล. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์; 2563.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ปีงบประมาณ 2563 – 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3&id=9fb3a84cf0feae3615a63f476252bf34](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3&id=9fb3a84cf0feae3615a63f476252bf34)
4. จรรยา ภูยาฟ้า. การจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. [อินเทอร์เน็ต]. [2565]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/Jemst-01JHS/article/view/445/513>.
5. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลลานกระบือ. สถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ปี 2563-2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล ; 2566.
6. อนุสร กระเกษ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-Elevated Myocardia Infraction) โดยใช้แนวคิดการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพ:กรณีศึกษาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ; 2(2),50-63. 2565.



7. เกรียงไกร เสงร์รัมย์. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
8. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 11. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
9. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม = Critical care nursing : a holistic approach. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์; 2560.



## Nursing care in Elderly patient of Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A case study

Korakoch Tomthong, B.N.S.\*

### Abstract

**Background :** The chronic obstructive pulmonary disease (COPD) reduces a patient's ability to perform daily activities, impacting their health, mental well-being, and overall quality of life. Exacerbations can lead to acute respiratory failure and even death. Advanced age is a significant risk factor contributing to the severity of the disease. The goal of care is to alleviate breathlessness of patients to perform daily activities, slow down disease progression, prevent exacerbations as well as its complication, and reduce mortality rates. Therefore, nurses must have knowledge and understanding of the disease's pathology, closely monitor symptoms, watch for complications, and provide guidance to patients and caregivers for proper management.

**Objective :** To provide guidelines for providing nursing care for elderly people with chronic obstructive pulmonary disease.

**Case Study :** A 96 years old Thai male patient visited emergency room of Kamphaeng Phet Hospital due to symptoms of dyspnea, nausea, and fatigue. His respiration rate was 26 times/minute, blood oxygen saturation was 92%, and wheezing was heard upon lung examination. He received a Berodual inhaler at a ratio of 1:3 and was admitted to the private ward. Upon admission, he felt weak, experienced nausea, and had difficulty breathing. He was given 3 liters per minute of oxygen via a cannula, and both lungs were clear after initial treatment. His temperature was 37.7 degrees Celsius, and blood sugar level was 92 mg/dL. During his stay, nursing care issues were identified: 1. Respiratory tract infection. 2. Oxygen deficiency due to decreased gas exchange efficiency. 3. Risk of complications due to electrolyte imbalance. 4. Patient and family concern regarding illness and treatment plan. 5. Decreased activity tolerance due to insufficient oxygen supply. 6. Risk of recurrence due to lack of knowledge in self-care upon discharge. These issues were addressed, leading to the patient's improvement. He became less fatigued, maintained regular breathing, resumed eating, and managed daily activities. The physician permitted his discharge after 27 days of hospitalization.

**Conclusion from this case study :** The patient is safe from critical conditions. Therefore, nurses must have knowledge, understanding, and skills in caring for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Providing prompt nursing care that is standardized, efficient, and holistic contributes to the safety of patients, enabling them to carry out their daily activities normally. It also promotes an improved quality of life for the elderly.

**Keywords :** Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Nursing in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Elderly

---

\*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา

กรกช ถมทอง, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ส่งผลต่อสุขภาพ นำไปสู่สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลง หากอาการกำเริบจะเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้ อายุที่มากเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เป้าหมายการดูแล คือ บรรเทาอาการหอบเหนื่อยเพื่อให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ชะลอการดำเนินโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาการกำเริบ และลดอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ 96 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยง่าย ญาตินำส่งโรงพยาบาล กำแพงเพชรที่แผนกฉุกเฉิน อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 92% ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing ฟันยา Berodual 1:3 NB รับไว้นอนรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ 8 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย คลื่นไส้ หายใจหอบ On oxygen cannular 3 LPM both lung clear ฉุกเฉิน 37.7 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 92 mg% ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาล คือ 1. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 3. เสี่ยงต่ออาการแทรกซ้อนจากการมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย 4. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา 5. ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 6. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อย หายใจสม่ำเสมอ รับประทานอาหาร ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 27 วัน

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้การพยาบาลที่รวดเร็ว มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) หมายถึงโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจแบบเรื้อรัง มีความผิดปกติที่หลอดลมและถุงลม เนื่องจากปอดถูกทำลาย โดยพบว่าหลอดลมจะเกิดการอักเสบแบบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และถุงลมจะโป่งพอง (Emphysema) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคือควันจากการสูบบุหรี่ มากกว่าร้อยละ 75<sup>1</sup> ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลม นำไปสู่การอักเสบเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก เพราะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต จากสถิติองค์การอนามัยโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 251 ล้านคน และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของโลกในปี ค.ศ. 2030<sup>2,3,4</sup> สำหรับประเทศไทย ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมามีอัตราการเสียชีวิต 40 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย<sup>5,6</sup>

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเรื้อรัง ต้องออกแรงหายใจมากขึ้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหายใจในผู้สูงอายุ สมรรถภาพปอดลดลงมากขึ้น อาการเหนื่อยรุนแรงขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมประจำวันลดลง มีภาวะฟุ้งพามากขึ้น นำไปสู่สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลง<sup>7</sup> ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจตามมา หากเกิดภาวะกำเริบผู้ป่วยจะเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้ เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การบรรเทาอาการหอบเหนื่อย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และป้องกันความเสี่ยงในอนาคต โดยการชะลอการดำเนินโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาการกำเริบ และลดอัตราการเสียชีวิต<sup>8</sup>

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชรในปี 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 745, 517 และ 507 ราย ตามลำดับ มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในปี 2563, 2564 และ 2565 คิดเป็นร้อยละ 9.09, 10.49 และ 9.58 ตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 10.4, 11.99 และ 14.99 ตามลำดับ ในหอผู้ป่วยพิเศษ ปี 2563 - 2564 (เม.ย.64 - ก.ย. 65 รับผู้ป่วยโควิด) พบจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 68 และ 32 ราย ตามลำดับ มีอัตราการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ปี 2563 และ 2564 คิดเป็นร้อยละ 5.55 และ 3.7 ตามลำดับ และยังไม่มีพบผู้ป่วยเสียชีวิต<sup>9,10,11</sup> ดังนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยพิเศษมีบทบาทที่สำคัญ จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค ติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวที่บ้านและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## กรณีศึกษา

ชายไทยสูงอายุ อายุ 96 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

### อาการสำคัญ

อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยง่าย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมารู้สึกหายใจไม่อิ่ม เจ็บชายโครงขวาเป็นระยะ รับประทานอาหารได้น้อย เวียนศีรษะ

1 วันก่อนมา อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยง่าย จึงมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไชมันน์ในเลือดสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### ประวัติการแพ้ยา

แพ้ยาเพนนิซิลิน

### ประวัติการใช้สารเสพติด

ดื่มสุรามากกว่า 20 ปี ปัจจุบันเลิกดื่ม 15 ปี และสูบบุหรี่มากกว่า 50 ปี ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ 4 ปี



**การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ**

**รูปร่างทั่วไป :** รูปร่างผอม ผิวเหี่ยวแห้ง น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI=18.37

**สัญญาณชีพ :** อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 139/89 มิลลิเมตรปรอท oxygen saturation 92 %

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

**ผิวหนัง :** ผิวสีขาวเหลือง ไม่ซีด ไม่มีอาการบวม ไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น ผิวกายร้อนเล็กน้อย

**ศีรษะและใบหน้า :** ผมสั้นสีขาว ศีรษะรูปทรงปกติ ไม่มีบาดแผล คล้ำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้าง สายตายาว ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

**ทรวงอกและทางเดินหายใจ :** ทรวงอกรูปร่างปกติ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ฟังเสียงปอดผิดปกติคล้ายมีอุตุตัน/ตีบของทางเดินหายใจ (Wheezing sound at both lungs)

**หัวใจและหลอดเลือด :** การเต้นของหัวใจเต้นเร็วเล็กน้อย อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียงหัวใจเต้นผิดปกติ no murmur ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

**ช่องท้องและทางเดินอาหาร :** ท้องไม่อืด คล้ำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ มีคลื่นไส้อาเจียนก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีสีดําหรือสีแดง เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ตับ ม้าม ไม่โต

**กล้ามเนื้อและกระดูก :** โครงสร้างร่างกายปกติ แนวกระดูกสันหลังตรง กล้ามเนื้อ แขน-ขาไม่ตึงตัว หย่อนคล้อย

**ระบบทางเดินปัสสาวะ :** ปัสสาวะเองได้ สีเหลืองเข้มเล็กน้อย ไม่มีตะกอน

**ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ :** อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

**สภาพจิตใจ :** สีหน้าไม่สุขสบาย ทำทางอ่อนล้า ไม่อยากนอนโรงพยาบาล

**ผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ**

ผลการตรวจเลือด Complete blood count WBC 12.1 cells/mm<sup>3</sup> RBC 5.59 cells/mm<sup>3</sup> Hemoglobin 11.6 gm%  
Hematocrit 35.5 % Platelet 322,000 Neutrophil 73 % Lymphocyte 14 %

**ผลการตรวจ Biochemistry**

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ				
		11/05/66	13/05/66	15/05/66	19/05/66	29/05/66
BUN (mg%)	8-20	22	-	-	-	-
Creatinine (mg%)	0.72-1.18	1.12	-	-	-	-
eGFR	ml/min/1.73m <sup>2</sup>	55	-	-	-	-
Sodium (mmol/L)	136-146	125	129	133	142	140
Potassium (mmol/L)	3.4-4.5	4.5	4.5	4.4	3.2	4.5
Chloride (mmol/L)	101-109	90	99	102	95	97
CO <sub>2</sub> (mmol/L)	21-31	22	22	19	35	-
Magnesium (mg/dL)	1.8-2.6	1.4	-	2.1	1.4	1.8

**ผลการตรวจทางรังสีวิทยา**

Film chest วันที่ 11 พ.ค.66 Infiltration right lung

Film chest วันที่ 15,17 พ.ค.66 decrease Infiltration right lung

Film chest วันที่ 21 พ.ค.66 no Infiltration

**การวินิจฉัย :** Chronic Obstructive Pulmonary Disease



## สรุปการดำเนินของโรค

วันที่ 11 พ.ค. 66 : เวลา 12.20 น. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่แผนกฉุกเฉิน แพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินอาการ อนุญาตให้นอนรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ 8 ได้ แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที On O<sub>2</sub> cannula 3 LPM O<sub>2</sub> saturation 92 % ฟังปอดมีเสียง Wheezing both lungs ผล CXR พบ Infiltration Right Lung มีไข้ต่ำๆ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/91 มิลลิเมตรปรอท On 0.9% NaCl 1000 ml iv. Drip 80 ml/hr ผลตรวจเลือด ค่า Sodium 125 mmol/L, Magnesium = 1.4 mg/dL แพทย์สั่งให้ 50%MgSO<sub>4</sub> 4 ml. iv. Drip in 4 hr. x 3 days ให้ ceftriaxone 2 gm. iv OD ตรวจ DTX = 92 mg% ผู้ป่วยมีอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย

วันที่ 12-13 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที On O<sub>2</sub> cannula 3 LPM O<sub>2</sub> saturation 95-96% อุณหภูมิ 36.8-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98-109 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132-138/89-90 มิลลิเมตรปรอท on 0.9% NaCl 1000 ml iv. Drip 80 ml/hr ให้ 50% MgSO<sub>4</sub> 4 ml. iv. Drip in 4 hr. ให้ ceftriaxone 2 gm. ผลเลือดค่า Sodium 125 mmol/L, DTX = 89-196 mg% ผู้ป่วยทุเลาเวียนศีรษะ ยังมีคลื่นไส้เป็นบางครั้ง ยังอ่อนเพลีย

วันที่ 14-18 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที On O<sub>2</sub> cannula 3 LPM O<sub>2</sub> saturation 95 -96 % on 0.9% NaCl 1000 ml iv. Drip 80 ml/hr ค่า Sodium 125 mmol/L Magnesium =2.1 mg/dL ตรวจ DTX = 96-125 mg% ผู้ป่วยทุเลาเวียนศีรษะ ทุเลาคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย

วันที่ 19 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที On O<sub>2</sub> cannula 2 LPM O<sub>2</sub> saturation 93-94 % on 0.9% NaCl 1000 ml iv. Drip 60 ml/hr ดูแลให้ยาพ่นตามแผนการรักษา ตรวจ DTX = 96-187 mg% ผลตรวจเลือด ค่า Sodium 142 mmol/L Magnesium =1.4mg/dL แพทย์ให้ Magnesium Oxide Cap 1x4 pc for 3 days Potassium=3.2mmol/L แพทย์ให้ Elixir KCL 30 ml. pc for 2 dose

วันที่ 20-24 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี โอนานๆ ครั้ง หายใจหอบลดลง อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที On O<sub>2</sub> cannula 1 LPM O<sub>2</sub> saturation 95 -96% on 0.9% NaCl 1000 ml iv. Drip 40 ml/hr ตรวจ DTX = 144-189 mg% ผู้ป่วยทุเลาเวียนศีรษะ ทุเลาคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้มากขึ้น ผล CXR no Infiltration

วันที่ 25-31 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ไอ หายใจสม่ำเสมอ ทุเลาหอบ อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที On O<sub>2</sub> cannula 1 LPM สลับ Room air O<sub>2</sub> saturation 95 -99 % อุณหภูมิ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72-82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122-138/72-88 มิลลิเมตรปรอท เจ้าหน้าที่มาทำกายภาพบำบัดที่เตียง ผลตรวจเลือด ค่า Sodium 140 mmol/L Magnesium =1.8mg/dL ตรวจ DTX = 105-165 mg% ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่คลื่นไส้

วันที่ 1-7 มิ.ย. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> saturation 95 -97% no cyanosis อุณหภูมิ 36.8-37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120-130/66-87 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ DTX = 168 mg% ส่งทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และอาการผิดปกติที่ต้องพามาพบแพทย์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 7 มิถุนายน 2566

การวางแผนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤติ ระยะต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย ดังนี้

### ระยะวิกฤติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที oxygen saturation 92%
2. อุณหภูมิ = 37.7 องศาเซลเซียส
3. ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง wheezing
4. ผลภาพถ่ายรังสีปอดพบ Infiltration right lung
5. ผล CBC WBC 12.1 cells/mm<sup>3</sup> Neutrophil 73%

## วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ไอมีเสมหะลดลง หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
2. อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส
3. ไม่มีอาการหนาวสั่น ผิวชุ่มชื้น ปากไม่แห้ง
4. ฟังปอดเสียงหายใจเข้า-ออกปกติ
5. ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติ no Infiltration
6. ผล CBC ปกติ

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
2. วัดอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินภาวะไข้ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูลเพื่อรายงานแพทย์
3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm.iv. OD ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ขณะให้ยา เช่น อุจจาระร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
4. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 1 tab Oral เวลาไข้สูง สังเกตผลข้างเคียงของยา
5. เช็ดตัวลดไข้ หลังเช็ดตัวดูแลสวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มีความสุขสบาย
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะออกได้
7. ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังบ้วนเสมหะและน้ำลาย เพื่อลดการติดเชื้อในช่องปาก
8. สังเกตลักษณะเสมหะ สี กลิ่น ถ้าเสมหะมีกลิ่นเหม็น สีเหลืองหรือเขียว บันทึกและรายงานแพทย์
9. สังเกตอาการ อาการแสดงอื่น เช่น อ่อนเพลีย ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
10. ดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม
11. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินปอดว่าพบความผิดปกติหรือไม่
12. ติดตามผล CBC เพื่อประเมินอาการติดเชื้อ

## การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอ มีเสมหะลดลง หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8 – 37.1 องศาเซลเซียส ฟังปอดเสียงหายใจเข้า-ออกปกติ ผลภาพถ่ายรังสี no Infiltration ไม่มีอาการหนาวสั่น บัสสาวะปกติ (CBC แพทย์พิจารณาไม่ได้ตรวจซ้ำ)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

## ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่น “เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม” Hx สูบบุหรี่ > 50 ปี
2. ไอ หายใจหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> Saturation 92%
3. ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง wheezing
4. ผลภาพถ่ายรังสีพบ Infiltration right lung

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

## เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจเหนื่อยหอบลดลง อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 16-24 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท (mmHg)

2. เสียงหายใจเข้า-ออก/ฟังเสียงปอดปกติ
3. ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวหรือซีด O<sub>2</sub> saturation 88-92%

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนคือหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก ผิวซีดริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า ซีด เย็นเขียว หยุดหายใจ เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที
2. ประเมินอาการ และอาการแสดงของการอุดตันของทางเดินหายใจ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย ปลายมือและเท้าเขียว หากพบอาการผิดปกติให้รีบดูดเสมหะทันที
3. วัดและบันทึก HR-RR-BP ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง เมื่อพบว่าสัญญาณชีพคงที่วัดและบันทึกทุก 2 ชั่วโมง ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
4. ดูแลให้ออกซิเจนตามแนวทางการรักษา On O<sub>2</sub> cannular 3 LPM ระวังระดับออกซิเจนให้ออกซิเจนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน Keep O<sub>2</sub> Saturation 88- 92% หากผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ
5. ดูแลให้ยาพ่น Berodual 1:3 NB ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงคือ หัวใจเต้นเร็วหรือผิดจังหวะ
6. ดูแลจัดท่านอนหงายศีรษะสูง โดยปรับระดับเตียงไฟฟ้าให้สูงประมาณ 40-60 องศา และปลายเตียงให้เข้าสูงประมาณ 30-40 องศา และใช้หมอนหนุนบริเวณแขน ขา จะช่วยลดการเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อเพื่อความสบาย และช่วยให้ปอดขยายตัวให้ดีขึ้น
7. สอนวิธีการหายใจที่ถูกต้อง โดยหายใจเข้าและลึก ขณะหายใจออกให้ห่อปากและหดกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อให้อากาศถูกขับออกมาได้มากที่สุด
8. สอนวิธีไออย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยในการกำจัดเสมหะออกมา
9. แนะนำญาติให้ช่วยดูแลผู้ป่วยขณะไอ โดยช่วยเคาะปอด และพลิกตะแคงตัว เพื่อไม่ให้เสมหะค้างค้ำ
10. ฟังเสียงปอด ประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ เช่น Wheezing, Rhonchi, Crepitation สังเกตอาการไอ ลักษณะเสมหะ อาการหายใจลำบากทุก 2 ชั่วโมง ประเมินเสียงหายใจที่เบาลง แสดงถึงการมีลมเข้า-ออกปอดได้น้อย
11. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้พลังงาน

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบลดลง อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 16 - 20 ครั้ง/นาที เสียงหายใจเข้า-ออก/ฟังเสียงปอดปกติ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวหรือซีด O<sub>2</sub> saturation 95-97%

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสียงต่ออาการแทรกซ้อนจากการมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก “อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ขากระตุกบางครั้ง”
2. ค่า sodium ในเลือด 125 mmol/L, ค่า potassium 3.2 mmol/L, ค่า Magnesium = 1.4 mg/dL

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับของเกลือแร่ปกติ ค่า sodium 135-145 mmol/L, potassium 3.5-5.1 mmol/L, Magnesium =1.8-2.6 mg/dL
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 60-100 ครั้ง/นาที และไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเต้นช้า
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่พบอาการท้องอืด ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่พบกล้ามเนื้ออ่อนแรง ขา ชักเกร็ง
4. ไม่มีอาการกระหายน้ำ ความตึงตัวของผิวหนังดี ไม่เหนียวเหนียว เป้าตาไม่ลึก ริมฝีปากชุ่มชื้น
5. ปริมาณน้ำเข้า ออกสมดุล ไม่มีอาการบวม บัสสาวะออก >0.5ml/kg/hr.

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายจากอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyponatremia เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือและเท้า ชักเกร็ง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ให้จดบันทึกและรายงานแพทย์
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะแรก เพื่อประเมินผลการรักษาพยาบาล และเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NaCl IV drip 80 ml/hr. ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาสมดุลของเกลือแร่อย่างเคร่งครัด
4. ดูแลให้ได้รับ Elixir KCL 30 ml ☉ ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการและอาการแสดง Hypokalemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก หัวใจเต้นช้า เป็นต้น
5. ดูแลให้ได้รับ 50% MgSo<sub>4</sub> 4 ml. iv. Drip in 4 hr. โดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตร monitor EKG ตรวจสอบขณะให้ยาทุก 1-2 ชั่วโมง ติดตามผลข้างเคียงของยา เฝ้าระวังอาการและอาการแสดง Hypomagnesemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น กระตุก ชักเกร็ง เป็นต้น
6. แนะนำรับประทานอาหารที่มีโซเดียม โพแทสเซียม แมกนีเซียมสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วลิสง กล้วย มะเขือเทศ แครอท อาโวคาโด นมถั่วเหลือง น้ำผลไม้ เป็นต้น
7. ติดตามบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr. รายงานแพทย์
8. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม
9. ติดตามผล Electrolyte หลังให้ยาครบตามแผนการรักษา

## การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อัตราการเต้นของหัวใจ 70 - 90 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง - ชาอ่อนแรง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีชา ชักเกร็ง ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าปกติ ค่า serum sodium 140 mmol/L, serum potassium 4.5 mmol/L, ค่า serum Magnesium =1.8 mg/dL, ปริมาณน้ำเข้า - ออกสมดุล ไม่มีอาการบวม ปัสสาวะออก 1.4 ml/kg/hr.

## ระยะดูแลต่อเนือง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสอบถาม จะหายไหม ผลเลือดเป็นอย่างไรบ้าง นอนโรงพยาบาลกี่วัน
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ากังวล ไม่ยิ้มแย้ม สอบถามเกี่ยวกับอาการบ่อยครั้ง

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยวาจาสุภาพ มีกิริยาที่เป็นมิตร ให้ความเป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ และมั่นใจในแผนการรักษา
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุย ระบายความรู้สึก ให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ข้อสงสัยหรือสิ่งที่กังวลใจ
3. ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษา
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

5. ประธานแพทย์เจ้าของไข้ชี้แจงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา ผลการตรวจเลือด เอกซเรย์ และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และตอบข้อซักถามกรณีมีข้อสงสัย
6. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ห้องพิเศษใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวหลายโรค มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อลดความวิตกกังวล
7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง พร้อมอธิบายเหตุผล มีการยืดหยุ่นเวลา เข้าเยี่ยมตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในห้องพิเศษ จะให้ความเป็นส่วนตัว
8. อธิบายระเบียบปฏิบัติของห้องพิเศษ และวิธีการใช้อินเตอร์คอมสื่อสารกรณีฉุกเฉิน เร่งด่วน
9. แนะนำให้มีญาติอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา หากพบอาการผิดปกติแจ้งพยาบาลทราบ
10. ประเมินความรู้สึกกลัว วิตกกังวล โดยสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติ

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล สดชื่นขึ้น เข้าใจแนวทางการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย  
**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยบอก “อ่อนเพลียไม่มีแรง เหนื่อย” On oxygen cannular 3 LPM
2. หลังเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เพราะมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง

#### วัตถุประสงค์

ความทนต่อกิจกรรมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบหรือหัวใจเต้นผิดปกติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจปกติ 16-24 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะหายใจลำบากหรือไม่สุขสบายขณะมีกิจกรรมหรือหลังมีกิจกรรม
2. ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของการเต้นหัวใจผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 60-100 ครั้ง/นาที หรือความดันโลหิตปกติ 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นจนเป็นปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. ประเมินและเฝ้าติดตามการหายใจของผู้ป่วยที่มีต่อกิจกรรม ได้แก่ อัตราและความลึกของการหายใจ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และการใช้กล้ามเนื้อเสริมช่วยในการหายใจ เพราะผู้ป่วยจะมีภาวะพร่องออกซิเจนได้ หากมีการทำกิจกรรมมากขึ้น
3. วางแผนปฏิบัติการที่ควรทำได้และค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมขึ้นตามสภาพของผู้ป่วยให้การดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่ทำไม่ได้
4. ปรึกษาแพทย์และนักกายภาพบำบัดในการจัดโปรแกรมการเพิ่มกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสม
5. วัตถุประสงค์ก่อนและหลังทำกิจกรรม สังเกตอาการหัวใจเต้นเร็ว เต้นผิดปกติ หายใจลำบาก หรือมีเหงื่อออก
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพักสลับกับการทำกิจกรรมหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้พัก เพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไป
7. จัดกิจกรรมในช่วงที่ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนไม่มาก เช่น หลีกเลี่ยงการมีกิจกรรม หลังมีอาหาร เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนขณะมีกิจกรรม
8. สอนวิธีการหายใจที่ถูกต้อง โดยหายใจเข้าและลึก ขณะหายใจออกให้ห่อปากและหดกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อให้อากาศถูกขับออกมาได้มากที่สุด
9. สอนวิธีไออย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยในการกำจัดเสมหะออกมา
10. จัดเวลาในการให้การพยาบาล การตรวจเยี่ยมเหมาะสม เพื่อลดอาการอ่อนเพลียของผู้ป่วย

11. จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อลดภาระงานการหายใจ  
การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังอ่อนเพลียเล็กน้อย เริ่มทำกิจกรรมได้ ดีขึ้นตามลำดับ ลูกนั่งรับประทานอาหารได้บนเตียง การตอบสนอง  
ต่อกิจกรรมในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นตามลำดับ อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจปกติ 16-20 ครั้ง/นาที  
ความดันโลหิตปกติ 120-130/66-87 มิลลิเมตรปรอท

#### ระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และกลัวว่าจะเกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้นอีก
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติตัว
2. เพื่อป้องกันอาการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และตอบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและญาติ คลายความกังวล มีสีหน้าสดชื่น

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ
2. จัดให้มีกิจกรรม Family Meetings โดยให้ญาติผู้ดูแลมานั่งคุย เพื่อให้เห็นประเด็นปัญหา สอบถามความรู้  
ความเข้าใจร่วมกัน แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้าน เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย
3. วางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD
  - D-Diagnosis : อธิบายผู้ป่วยและญาติด้วยคำพูดที่เข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ การดำเนินของ  
โรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำ
  - M-Medicine : รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ตรงเวลา เนื่องจากยาจะควบคุมอาการไอ หอบ แนะนำ  
และสอนวิธีการพ่นยาที่ถูกต้องอีกครั้ง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาโรคประจำตัว อาการข้างเคียงของยา แนะนำไม่ควร  
ซื้อยารับประทานเอง และไม่ควรปรับขนาดยาเอง
  - E-Environment : แนะนำผู้ป่วยและญาติในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดูแลภายในบ้านให้สะอาด ไล่กำจัดสิ่งกระตุ้นที่  
จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ หลีกเลี่ยงฝุ่นละออง การไปชุมชนแออัด สถานที่ที่มีบุหรี่ คิวไฟ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย และ  
ถ้าอากาศเย็นจัดควรสวมเสื้อผ้าเพิ่มความอบอุ่นให้ร่างกาย ลดกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ
  - T-Treatment : ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแผนและแนวทางการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ
  - H-Health แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สอนวิธีการบริหารร่างกายง่ายๆ จะช่วยให้กล้ามเนื้อต่างๆ ในร่างกายให้  
แข็งแรงขึ้น และแนะนำพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง
  - O-Out patient : แนะนำมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการ หากมีอาการผิดปกติให้พามาพบแพทย์ เช่น มีไข้  
มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอมาก เสมหะมีสีเหลือง สีเขียว หายใจหอบ หรือกรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อผ่าน 1669
  - D-Diet : แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย และมีสารอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค  
การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาด วันละ 2-3 ลิตร เพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ คลายความกังวล มีสีหน้าสดชื่น และสามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง



## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ วัย 96 ปี มาโรงพยาบาลกำแพงเพชรด้วยอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยง่าย แกร็บรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที On O<sub>2</sub> cannular 3 LPM O<sub>2</sub> saturation 92 % wheezing both lung ระหว่างรับไว้ในความดูแลที่หอผู้ป่วยพิเศษ 8 ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญคือ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ให้การพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีภาวะสมดุลของเกลือแร่ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัญหาต่างๆได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยหายใจไม่หอบเหนื่อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน มีการวางแผนจำหน่ายโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพามาพบแพทย์ รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 27 วัน

## วิจารณ์และเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่มีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลายาวนานเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แม้ว่าปัจจุบันจะเลิกสูบแล้ว ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย เนื่องจากผู้สูงอายุมีความทนต่อภาวะพร่องออกซิเจนได้น้อยกว่าคนปกติ พยาบาลได้ใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินและการติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว การสร้างแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต จากกรณีศึกษาครั้งนี้ จึงมีข้อเสนอแนะการดูแล ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีแนวทางการดูแลรักษาร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย
2. พยาบาลผู้ดูแลควรเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## บทสรุป

ผู้ป่วยกรณีศึกษามีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ปอดเสื่อมลงตามอายุร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ดังนั้นการพยาบาลจึงแก้ไขภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจน สารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ โดยวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์ ทำให้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้โรคเลวลงได้ สำหรับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาจึงเป็นเพียงการประคับประคองแก้ไขปัญหตามสภาพที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า รวมทั้งการหยุดหรือชะลอพยาธิสภาพของโรค ไม่ให้ดำเนินต่อไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการพยาบาลในระยะวิกฤติ จึงเป็นการดูแลแก้ไขติดตามภาวะพร่องออกซิเจน เมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นระยะต่อมาดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้เร็ว ส่วนระยะวางแผนจำหน่ายให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลตนเองที่ดี ทั้งนี้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทำให้อาการกำเริบซ้ำช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

## เอกสารอ้างอิง

1. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2565.
2. ปานดวงใจ ไทยดำรงเดช. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบหายใจ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. GOLD Report 2020. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2020.



4. ชมขวัญ แก้วพลงาม และคณะ. ปัจจัยพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลแพร่. 2565;30(1): 99-111.
5. ชลดา รัตนสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2): 292-300.
6. บุญสว่าง พิลาโสภา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน:กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1): 232-43.
7. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และคณะ. บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565;38(3):12-25.
8. ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย, สุณี เลิศสินอุดม. GOLD guideline 2017 for COPD Management. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. Available from : [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail& subpage=article\\_detail&id=332](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail& subpage=article_detail&id=332).
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2563.
10. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2564.
11. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.



## The Model Development of the comprehensive one day surgery care

Wandee Jaisaen, M.N.S(Adult Nursing)\*

Wilawan Chongmeekhamsuk, B.N.S\*\*

### Abstract

**Introduction** : One Day Surgery [ODS] is performed when a patient can be safely discharged from hospital on the same day that they admitted or not more than 24 hours admission after operation or surgery. It is the quality improvement of the health care system including; improving healthcare accessibility, reducing hospital congestion, or reduce waiting surgery list. Consequently, comprehensive surgery services comprise of preparation, peri-operative, and post-operative stages should be short time management and effectiveness. The meet standardization and safety are the criteria for credibility and reassuring for the health system from the customer.

**Objectives** : Aim to develop and implement the comprehensive care model the One Day Surgery patients at Kamphaeng Phet Hospital.

**Methods** : This research and development consisted with the four phases including; 1) situation analysis of the patient's needs, 2) ODS care model development 3) ODS care model implementation, and 4) evaluation the ODS care model outcomes. The participants from this study were selected by the purposive sampling. The 17 health care providers were participants and the 438 patients who attended the ODS department were divided in 219 participants for each control and experimental groups. The data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, and t-test.

**Results** : The designed comprehensive care model for ODS patients consist of three components consisted of.: 1) ODS center creation, 2) job description and assignment of ODS case manager nurse 3) The ODS clinical pathway. The ODS outcomes presented that the control group that received regular nursing were low the successful discharge rate within 24 hours and high rate of the complications when compared with the experimental group significantly ( $P < .05$ ). Furthermore, overall and each item of the ODS care model satisfaction were significantly higher more standard care ( $P < .05$ ) and the health care providers satisfaction Finally, mean of patient's satisfaction higher level all item and overall health care provider's satisfaction were the highest level of this model.

**Conclusions** : ODS Comprehensive care model enhanced the positive quality of care consequences. It also reduced complication from surgery and improved the satisfaction among patients and health care professionals. Therefore, the ODS care model were recommended to implement in other organization for improving effectiveness, quality of care and outstanding excellent hospital.

**Keyword** : One Day Surgery, Comprehensive care, Care model

\*Registered nurse, Professional Level, Surgical Department, Kamphaeng Phet hospital

\*\*Registered nurse, Professional Level, Surgical Department, Kamphaeng Phet hospital

## การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร

วันดี ใจแสน, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)\*

วิลาวัณย์ จงมีความสุข, พย.บ.\*\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** การผ่าตัดวันเดียวกลับเป็นการรับผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ได้รับการเตรียมการไว้ล่วงหน้า และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกับวันผ่าตัดหรืออยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง เป็นการยกระดับบริการสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย รูปแบบการดูแลแบบครบวงจรตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ในระยะเวลาอันสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน จะส่งผลให้การบริการมีความปลอดภัย สร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจในระบบบริการ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจรโรงพยาบาลกำแพงเพชร

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแล ไปใช้ ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรที่มสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ จำนวน 17 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ จำนวน 438 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแล จำนวนกลุ่มละ 219 ราย วิเคราะห์ด้วยสถิติ เชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที

**ผลการศึกษา :** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ประกอบด้วย 1) จัดตั้งศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS Center) 2) มอบหมายพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case Manager Nurse) 3) แผนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS Clinical Pathway) ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแล มีภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถจำหน่ายได้ใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแล มีความพึงพอใจโดยภาพรวมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวมของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด

**สรุป :** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร เพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มระดับความพึงพอใจผู้ป่วย และผู้ให้บริการ จึงควรรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไปใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพคุณภาพ สู่ความเป็นเลิศในการบริการ

**คำสำคัญ :** การผ่าตัดวันเดียวกลับ การดูแลครบวงจร รูปแบบการดูแล

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลกำแพงเพชร

\*\*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One day surgery : ODS) คือ การรับผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ได้รับการเตรียมการไว้ล่วงหน้า และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกับวันผ่าตัด หรืออยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ซึ่งการผ่าตัดวันเดียวกลับเป็นที่ยอมรับในระดับโลกว่ามีความสำคัญ<sup>1,2</sup> เป็นนัยยะระดับการบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยในปัจจุบันเป็นที่นิยมและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริการ้อยละ 75 และประเทศอังกฤษร้อยละ 65 ของการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นการผ่าตัดวันเดียวกลับ<sup>2,3</sup> สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดในยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 จัดบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับแก่หน่วยบริการสุขภาพในสังกัด<sup>4</sup> มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูงที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและประชาชน<sup>1,3</sup> จากรายงานข้อมูลของกรมการแพทย์ ในปีพ.ศ. 2561-2565 พบการให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ จำนวน 90,418 ราย สามารถลดวันนอนโรงพยาบาลได้ 180,863 วัน ลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชน ได้จำนวน 144,668,800 บาท<sup>4</sup> สถิติผลการดำเนินงานการผ่าตัดวันเดียวกลับของกรมการแพทย์<sup>4</sup> ในปีพ.ศ.2563-2565 แยกตามเขตบริการสุขภาพ พบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 3 ให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ เท่ากับ 1,219 ราย 949 ราย และ 2,112 ราย ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ในลำดับที่ 9 ของประเทศ จากการมีผลลัพธ์การดูแลภาวะแทรกซ้อนในการให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 1) และไม่พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้การผ่าตัดวันเดียวกลับบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ 1) ด้านระบบ (System) 2) ด้านบริการ (Service) 3) ด้านโครงสร้าง (Structure) 4) ด้านบุคลากร (Staff)<sup>2,6</sup>

โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลระดับทั่วไปในเขตบริการสุขภาพที่ 3 รับนโยบายการผ่าตัดวันเดียวกลับ นำสู่การปฏิบัติโดยเริ่มเปิดให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับตั้งแต่ปีพ.ศ.2561 หลังได้รับการประเมินจากกรมการแพทย์ ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับตามข้อกำหนด จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับของโรงพยาบาลกำแพงเพชร<sup>5</sup> ปี พ.ศ.2561-2565 พบจำนวน 126, 195, 263, 259, 310 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.75, 19.5, 13.74, 12.36, 14.39 ตามลำดับ<sup>5</sup> ยังไม่ผ่านเกณฑ์ชีวิตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ของการผ่าตัดโรคนั้นๆ<sup>2</sup> เมื่อแยกสถิติรายโรคและหัตถการพบว่า มีโรคและหัตถการที่ผ่านเกณฑ์ในปี พ.ศ.2564-2565 คือ Breast mass คิดเป็นร้อยละ 77 และร้อยละ 96 ตามลำดับ ส่วนโรค/หัตถการอื่นยังไม่ผ่านเกณฑ์ และจากการทบทวนวาระเบียนการดูแลผู้ป่วยในปีพ.ศ.2565<sup>5</sup> พบว่าผู้ป่วยรับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับจำนวน 310 ราย มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดต้องรับรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.25 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายแต่ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admission) เท่ากับ 0 ส่วนความพึงพอใจผู้รับบริการโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 95.67

ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนาได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ พบว่า ด้านระบบบริการ ยังไม่เป็น One Stop Service ไม่มีสถานที่เฉพาะเจาะจง ขาดพยาบาลผู้รับผิดชอบประจำระบบบริการ บุคลากรมีกรปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน แพทย์ยังไม่ค่อยเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเนื่องจากความไม่สะดวกในด้านศูนย์ประสานงาน และผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในระหว่างการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดซึ่งมีระยะสั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พร้อมในวันผ่าตัด ด้านผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ขาดความรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ตลอดจนความยุ่งยากต่อขั้นตอนการรับบริการที่หลากหลาย ซึ่งข้อเสนอแนะของกรมการแพทย์<sup>4,7</sup> ได้แนะนำว่า การจัดการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับจำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมในการผ่าตัดแก่ผู้รับบริการอย่างรอบด้าน ต้องมีแพทย์และพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วย มีศูนย์การประสานงานดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ตลอดจนมีระบบการดูแลที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจดำเนินการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้จะช่วยยกระดับบริการ ส่งผลให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ สร้างความเชื่อมั่น ไว้วางใจให้แก่ทีมและผู้รับบริการ อีกทั้งตอบสนองต่อนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านการบริการเป็นเลิศ (Excellent Service)

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการ Donabedian Model<sup>8</sup> เป็นกรอบในการประเมินและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1. ด้านโครงสร้าง (Structure) หมายถึง ปัจจัยนำเข้าของการบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยนำเข้า

ด้านสถานที่ ด้านพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case Manager Nurse) ด้านขั้นตอนและแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย 2. ด้านกระบวนการ (Process) หมายถึง กระบวนการกิจกรรม และวิธีการทั้งหมดที่นำไปสู่เป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาเครื่องมือ สหนาทากลุ่มสหสาขาวิชาชีพ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ประกอบด้วย 1) จัดตั้งศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery Center: ODS Center) 2) มอบหมายพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case Manager Nurse) และ 3) แผนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแล ไปใช้ และสะท้อนการปฏิบัติ ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ตามที่กำหนด 3. ด้านผลลัพธ์ (Out come) หมายถึง ลักษณะที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลตามปกติและการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลลัพธ์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร และผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถจำหน่ายได้ใน 24 ชั่วโมง และการกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน (Re-admission)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิทยุแพทย์ วิทยุพยาบาล พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน และพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วย และในการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้านความพึงพอใจ 2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับทางศัลยกรรมในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม 2566 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการรับความรู้สึกร่วมจาก PAC 2) ผู้ป่วยมีผู้ดูแล สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทย 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามหลักอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) จากงานวิจัยของชญาณี ธัมธนะวัฒน์ การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น<sup>9</sup> คำนวณค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.23 เป็นการทดสอบทางเดียวด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .08 ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องศึกษากลุ่มละ 199 คน เป็นขนาดศึกษาที่ครอบคลุมผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดอัตราการเข้ารับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20<sup>9</sup> และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลประมาณร้อยละ 10 การวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 219 ราย คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติ เข้ารับการผ่าตัดระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2566 และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร เข้ารับการผ่าตัดระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม 2566

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแล** คือ แบบสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผ่านมุมมองแนวคิดของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วย แนวคำถามจำนวน 7 ข้อ ครอบคลุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยใน 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล**

1.1 **แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา** เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา โรคประจำตัว ชื่อโรค ชนิดการผ่าตัด ชนิดการได้รับยาระงับความรู้สึก 2) ข้อมูลผลลัพธ์ผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ภายใน 24 ชั่วโมง (ปวด บวม ตกเลือด บัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด) และการกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน (การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเจ็บปวดแผลผ่าตัดเรื้อรัง)

1.2 **แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแล** ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์มาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ของเยาวเรศ ก้านมะลิและคณะ<sup>10</sup> และแบบประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับของเบญจวรรณ มนูญญา และสกวเดือน ขำเจริญ<sup>11</sup> เป็นแบบสอบถามมีข้อคำถามเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ จาก 1 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 มีความพึงพอใจมากที่สุด เกณฑ์การพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้



1.0-1.8 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 1.9-2.6 มีความพึงพอใจน้อย 2.7-3.4 มีความพึงพอใจปานกลาง 3.5-4.2 มีความพึงพอใจมาก และ 4.3-5.0 มีความพึงพอใจมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แบบสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแล แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วย ศัลยแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 1 ท่าน และที่ปรึกษาพยาบาลด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว จึงนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ได้เท่ากับ 0.91, 1, 0.96, และ 1 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

### 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

2.1 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ interrater reliability นำแบบบันทึกข้อมูลที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ จำนวน 5 ราย โดยทีมผู้วิจัย 2 คน แยกกันทบทวนเวชระเบียน และนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแล หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.91 ตามลำดับ

2.2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเชิงคุณภาพ จัดให้มีการสนทนาตามแบบสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านบุคคลจากผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คนทั้งบุคคลในกลุ่มเดียวกันและนอกกลุ่ม รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มโดยการนำเสนอผลการวิเคราะห์เนื้อหา ให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรับทราบการตีความและวิจารณ์ข้อสรุปของผู้วิจัยว่าถูกต้องและยืนยันข้อมูลว่าเป็นจริง<sup>12</sup>

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ ดังนี้ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ จากสถิติเวชระเบียนฐานข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเมษายน 2566 ร่วมกับศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสรุปประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วย และจัดสนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ โดยผู้วิจัยใช้แบบสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ใช้ระยะเวลาสนทนาประมาณกลุ่มละ 1 ชั่วโมง เพื่อศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ประเด็นปัญหาและความต้องการในการกำหนดรูปแบบการดูแล ที่จะพัฒนา จากนั้นพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร (ระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม 2566) ดังนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ นำมาร่างเป็นรูปแบบการดูแล ที่ประกอบด้วย 1. จัดตั้งศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS center) 2. มอบหมายพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case Manager Nurse) 3. แผนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS clinical pathway) จากนั้นนำ(ร่าง)รูปแบบการดูแล มาประชุมระดมสมองร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้เนื้อหา มีความสมบูรณ์ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับเปลี่ยนเรื่องการทำ check list ในการโทรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัด การประเมินความพร้อมก่อนเข้าห้องผ่าตัด และการรายงานแพทย์ผู้ผ่าตัดโดยตรงเมื่อพบปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยในแต่ละระยะ และจึงนำไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย สังเกตและติดตามผลที่ได้ นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแล ไปใช้ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2566 มีขั้นตอนดังนี้ 1.เตรียมความพร้อมบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ และพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัย รูปแบบการดูแล ขอความร่วมมือและยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนต่างๆ 2.นำรูปแบบการดูแล ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มศึกษา จำนวน 219 ราย ที่เข้ารับการรักษา

ด้วยการผ่าตัดวันเดียวกลับในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ติดตามความถูกต้องครบถ้วนในการปฏิบัติ และสะท้อนการปฏิบัติ ทุกสองสัปดาห์ โดยผู้วิจัยสรุปปัญหาการปฏิบัติและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ประชุมร่วมกันกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่เกี่ยวข้อง

**ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ตามผลลัพธ์ที่กำหนด ได้แก่** ภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถจำหน่ายได้ใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ ปวด บวม ตกเลือด บัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด การกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน (Re-admission) ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเจ็บปวดแผลผ่าตัดเรื้อรัง ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 สรุปข้อมูลการสนทนากลุ่มเป็นประเด็นหลัก ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยเริ่มจากการจัดระเบียบข้อมูลจากการจดบันทึกและการถอดเทป จัดหมวดหมู่ข้อมูลจากคำหลัก และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้มากที่สุด<sup>12</sup>

1.2 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test

1.3 ข้อมูลผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถจำหน่ายได้ใน 24 ชั่วโมง (ปวด บวม ตกเลือดบัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด) การกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน (การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเจ็บปวดแผลผ่าตัดเรื้อรัง) และคะแนนความพึงพอใจโดยภาพรวมของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติ กับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแล ด้วยสถิติ Independent t-test

1.4 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแล และระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาตัดสินระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์ที่กำหนด

#### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ตามเอกสารรับรองเลขที่ 3/2566 อนุมัติวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2566

#### ผลการศึกษา

**วัตถุประสงค์ที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร มีรายละเอียดดังนี้**

##### 1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ผลการศึกษาสถิติและการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลัง ปีพ.ศ. 2563-2565 พบว่า 1) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ ร้อยละ 13.74 (273 ราย), 12.36 (259 ราย) และ 14.39 (310 ราย) ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ 2) ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับร้อยละ 0.68% (2 ราย), 0 และร้อยละ 2.31 (7 ราย) ตามลำดับและไม่พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป และพบการกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน ปีพ.ศ. 2563 จำนวน 1 ราย จากอาการปวดแผล 3) การคัดผู้ป่วยออกจากโครงการ (Drop out of project) และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด ปี 2563-2565 เท่ากับศูนย์ 4) การยกเลิกการทำหัตถการก่อนผ่าตัด ร้อยละ 2.19 (6 ราย), 0.38 (1 ราย) และร้อยละ 0.64 (2 ราย) สาเหตุเกิดจากทั้งผู้ป่วยและระบบบริการ 5) ร้อยละความพึงพอใจภาพรวมของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับในระดับมากที่สุดพบร้อยละ 78.5, 92, และ 84 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการดูแลผู้ป่วยจากการสนทนากลุ่มที่มีสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องระบบบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ พบว่า ประเด็นสถานการณ์ปัญหาด้านระบบและบุคลากร: ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 ท่าน ทุกท่านรับรู้ถึงประโยชน์ของการให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ แต่ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจระบบบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ชัดเจนเรื่องเกณฑ์การคัดเลือก ขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติในการให้บริการ ทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพทุกหน่วยงานให้ข้อมูลตรงกันว่า การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ ส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีระบบที่ชัดเจนขาดพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลระบบโดยตรง ส่งผลให้เกิดความเสียหายกับผู้ป่วยและทีม แม้ไม่เกิดความเสียหายในระดับรุนแรงแต่ก็ทำให้สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายทั้งโรงพยาบาลและผู้ป่วย ทีมแพทย์: ศัลยแพทย์ ทั้ง 8 ท่าน ให้ข้อมูล

ตรงกันว่า บางครั้งไม่แนะนำผู้ป่วยเข้าโครงการ เพราะจำกัดการคัดเลือกเข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไม่ได้ และส่วนหนึ่งรู้สึกไม่มั่นใจในระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง และไม่มีศูนย์ประสานงานคอยให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียโอกาสและกระทบกับระบบคิวผ่าตัดผู้ป่วยรายอื่น ด้านผู้ป่วย: 1) รู้สึกควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ จากการไม่รู้คิวการผ่าตัดทำให้วิตกกังวล 2) ความไม่สะดวกสบายจากการไม่มีศูนย์บริการแบบเฉพาะเจาะจง ต้องเดินรับบริการหลายจุด 3) ความไม่พร้อมในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ประเด็นรูปแบบการดูแล: ผู้สหภาพกลุ่มทุกท่าน มีความเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับของโรงพยาบาล ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานตามบริบทของโรงพยาบาล ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติแตกต่างกันและไม่ครอบคลุมเหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งไม่มีพยาบาลผู้จัดการดูแล และศูนย์บริการเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับให้ครอบคลุมครบวงจร เพื่อผลลัพธ์ที่ดีและความเป็นเลิศในระบบบริการ

## 2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ประกอบด้วย 1. จัดตั้งศูนย์ผ่าตัด

วันเดียวกลับ (ODS Center) โดยจัดให้มีสถานที่ตั้งศูนย์ประสานงานรวมถึงจัดให้มีระบบสารสนเทศของศูนย์ฯ 2. มอบหมายพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case Manager Nurse) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติบทบาทหลัก 4 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านการบริหารหน่วยงาน 3) ด้านประสานการบริการ และ 4) ด้านการจัดการข้อมูลข่าวสาร โดยผ่านการฝึกปฏิบัติงานที่ศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับระยะเวลา 1 เดือน ร่วมกับอบรมหลักสูตรระยะสั้นพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับและผ่าตัดแผลเล็ก ระยะเวลา 4 วัน 3. แผนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS Clinical Pathway) สำคัญสำคัญตามหลักความปลอดภัย SIMPLE<sup>4,7</sup> ประกอบด้วย 1) การดูแลตามมาตรฐาน (Standard care & Safe Surgery) 2) การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control) 3) การได้รับอาหาร ยาและเลือดอย่างปลอดภัย (Meal & Medication & Blood Safety) 4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Process) 5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ (LAB Test & Diagnostic/ Procedures) 6) การสอน/ การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน (Education/Empowerment & Emergency Response)

## วัตถุประสงค์ที่ 2 ผลลัพธ์ของการดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มศึกษา จำนวน 318 ราย แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติ 219 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.25 และ 56.16 อายุเฉลี่ย 55.15 และ 56.28 ปี อยู่ในกลุ่มอายุ 30-60 มากที่สุดร้อยละ 56.16 และ 55.25 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.86 และ 67.12 การจำแนกผู้ป่วยออกเป็นระดับต่างๆ ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยและโรคที่เป็นอยู่ (ASA Class) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ASA class II ร้อยละ 42.47 และ 47.49 ชนิดการใช้ยาระงับความรู้สึก ส่วนใหญ่เป็น conscious sedation ร้อยละ 38.36 และร้อยละ 39.73 รองลงมาคือ General anesthesia ร้อยละ 23.29 และ 22.83 โรคที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับทางศัลยกรรมของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คือ screening colonoscopy ร้อยละ 36.99 และร้อยละ 37.90 รองลงมาคือโรค colorectal polyp ร้อยละ 20.55 และ 22.37 เมื่อทดสอบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ chi-square พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแล พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติ พบร้อยละ 2.28 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้กลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน ไม่พบทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 2

3. เปรียบเทียบความพึงพอใจโดยภาพรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแล มีความพึงพอใจโดยภาพรวมที่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.8 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติ ร้อยละ 89.95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  ดังตารางที่ 1

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.96$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านความสะดวกสบาย ( $\bar{X}=4.96$ ) ดังตารางที่ 2

5. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแล พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.88$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านอัตราประโยชน์ และด้านความเป็นไปได้และง่ายในการปฏิบัติ ( $\bar{X}=4.77$ ) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านความเหมาะสม (ระยะเวลาสถานที่) ( $\bar{X}=4.0$ ) ดังตารางที่ 3



**ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ**

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มได้รับรูปแบบการดูแล (n=219)		กลุ่มได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติ (n=219)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ภายใน 24 ชั่วโมง</b>					
มี	0	0	5	2.28	0.031*
ไม่มี	219	100.00	214	97.72	
<b>การกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน</b>					
มี	0	0	0	0	1.000
ไม่มี	219	100.00	219	100.00	
<b>ความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ</b>					
ความพึงพอใจน้อยที่สุด	0	0	0	0	0.005*
ความพึงพอใจน้อย	0	0	0	0	
ความพึงพอใจปานกลาง	1	0.46	1	0.46	
ความพึงพอใจมาก	6	2.76	21	9.59	
ความพึงพอใจมากที่สุด	212	96.80	197	89.95	

\*p<.05

**ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร (n=219)**

ความพึงพอใจผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	SD	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
ด้านความสะดวกสบาย	4.96	0.21	99.27	พอใจมากที่สุด
ด้านการได้รับข้อมูล (โรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเฉพาะโรค)	4.92	0.36	98.45	พอใจมากที่สุด
ด้านความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด	4.88	0.44	97.63	พอใจมากที่สุด
ด้านลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลารอคอยผ่าตัด	4.90	0.36	98.08	พอใจมากที่สุด
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	4.96	0.21	99.27	พอใจมากที่สุด

**ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร (n=17)**

ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแล	ค่าเฉลี่ย	SD	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
ด้านอรรถประโยชน์	4.47	0.42	89.41	พอใจมากที่สุด
ด้านความง่ายและเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	4.47	0.32	89.41	พอใจมากที่สุด
ด้านความเหมาะสม (เวลา สถานที่)	4.00	0.53	80.00	พอใจมาก
ด้านความถูกต้องและครอบคลุม	4.06	0.52	81.18	พอใจมาก
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	4.88	0.37	97.65	พอใจมากที่สุด

## วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากเวชระเบียน ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชร เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับบ้าน พบว่าอัตราการเข้ารับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ภายใน 24 ชั่วโมง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน การงด/เลื่อนผ่าตัดและการยกเลิกหัตถการก่อนผ่าตัด แม้ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียเวลา เสียโอกาสและค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ กระทบต่อระบบงานและคิวการผ่าตัดผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากการสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีประเด็นปัญหาอยู่ 2 ด้าน คือ 1.ด้านระบบและบุคลากร ยังไม่มีรูปแบบ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมและเป็นมาตรฐานเดียวกันที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ขาดผู้จัดการดูแลผู้ป่วย และขาดศูนย์การประสานงาน 2. ด้านผู้ป่วย มีความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ ความยุ่งยากจากไม่มีศูนย์บริการเฉพาะเจาะจง และความไม่พร้อมการเตรียมตัวผ่าตัดระยะสั้น ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัยจึงบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์<sup>2,4,7,9-11,13,14</sup> ร่วมกับใช้กรอบแนวคิดพัฒนาคุณภาพบริการโดนามีเดีย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้ จัดตั้งศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS Center) มอบหมายพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case Manager Nurse) และแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS clinical pathway)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1.จัดตั้งศูนย์บริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่เฉพาะเจาะจง ทำหน้าที่ให้บริการโดยตรงและประสานงานให้กับทีมและผู้รับบริการทั้งภายในภายนอกโรงพยาบาล 2.มอบหมายพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยท่าบทบาทหน้าที่หลักทั้ง 4 ด้าน ครอบคลุมทุกระยะของการรับบริการตั้งแต่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดวันเดียวกลับ โดยให้คำแนะนำระบบบริการแบบ Face to Face ระยะเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 1 วัน โทษนัดหมายติดตามอาการทบทวนการปฏิบัติตัว ระยะเวลาผ่าตัดและระยะดูแลต่อเนื่องให้บริการผู้ป่วยโดยตรงที่ศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับ และระยะติดตามผลทำการโทรเยี่ยมอาการอย่างใกล้ชิด 24-72 ชั่วโมง เป็นการเพิ่มช่องทางการสื่อสารและเสริมความรู้ความมั่นใจในการดูแลตนเอง 3.ใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับตามหลักความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย SIMPLE<sup>3,5</sup> จึงอาจกล่าวได้ว่ารูปแบบการดูแล ที่พัฒนาขึ้น ช่วยส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ส่งผลให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ผลลัพธ์การดูแล พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ภายใน 24 ชั่วโมงของกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้เป็นผลมาจากการได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับครบวงจร ซึ่งมีศูนย์ให้บริการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง ใช้แผนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ อย่างมีมาตรฐานเป็นแนวทางเดียวกัน มีช่องทางระบบติดตามช่วยกระตุ้นเตือน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ลดความกังวล ความวิตกกังวล<sup>10,14</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ มนูญญาและสกวเดือน ขำเจริญ<sup>11</sup> และงานวิจัยของอวยพร จงสกุลและคณะ<sup>13</sup> ที่พบว่า การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร ช่วยส่งเสริมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยภาพรวมของกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลฯ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้เป็นผลมาจากการพัฒนารูปแบบที่มีองค์ประกอบตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมและสะดวกสบาย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>10,14</sup> พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ทำให้การบริการมีความปลอดภัย มีคุณภาพ จึงส่งผลให้ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความพึงพอใจโดยรวมของผู้ให้บริการเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดคือ ด้านอรรถประโยชน์ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านความเหมาะสม (ระยะเวลาและสถานที่) ซึ่งทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจมาจากศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับที่จัดตั้งขึ้นอยู่ห่างไกลจากแผนกผู้ป่วยนอก คลินิก PAC และห้องผ่าตัด เกิดความไม่สะดวกสบายในการให้บริการ และระบบการส่งต่อผู้ป่วย



## สรุป

จากผลลัพธ์ของการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพโดยศูนย์ให้บริการเฉพาะเจาะจง มีพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ด้วยแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมทุกระยะของการรับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในการเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด และมีความปลอดภัยในการรับบริการ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับและผู้ให้บริการ เกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจในระบบ จึงควรนำไปใช้และขยายผลการบริการต่อไป เพื่อการบริการที่เป็นเลิศ (Excellent Service)

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับแบบครบวงจร สามารถนำไปปฏิบัติได้ ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในการบริการ
2. ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง โดยวัดผลก่อน-หลังการปฏิบัติตามแนวทาง/รูปแบบการพัฒนา เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มอื่นๆ เช่น การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery) การผ่าตัด Same Day Surgery

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.สุรัชย์ แก้วหิรัญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร หัวหน้าพยาบาล กลุ่มการพยาบาล พว.ยุคลธร จิตรเกื้อกุล พว.จีราพร มณีพราย ที่ปรึกษางานวิจัย แพทย์ พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Pónusz R, Endre D, Kovács D, Pónusz E, Kelemen B K, Elmer D, et al. The development of one-day surgical care in Hungary between 2010 and 2019. BMC Health Services Research [serial online] 2022(22) [cited 2023 Aug 26]; 22:798: [11 screens]. Available from: URL: <https://shorturl.asia/g8Eed>
2. ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์, ทวี รัตน์ชูเอก, กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์, วิบูลย์ ภัณฑชาติกรณ. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ปี 2565. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2564.
3. พงศธร พอกเพิ่มดี. แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;9(1):173-86.
4. ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์, กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์, วิบูลย์ ภัณฑชาติกรณ, จิตติภิญญา ดวงรัตน์. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ปี 2566. กรุงเทพฯ:จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2566
5. Kamphaeng Phet Hospital. [Hospital Database: HosXP]. 2558 – 2560. [cited 2019 Mar 20].
6. Almarzook MK, Alshammari SL, Alhaqbani FN, The Factors Influencing the Success of Day Surgery at Prince Sultan Military Medical City (PSMMC). Journal of Scientific and Technology Research. [serial online]; 2020. [cited 2023 May 4];31(5):[13 Screens] Available from: <https://shorturl.asia/DI7qk>
7. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Safety in One Day Surgery (ODS). Nonthaburi: Thepphenwanis Printing Factory; 2018
8. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
9. ชญานิศ ธัมธนพัฒน์. การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาล สิรินคร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2564;6(1):57-63.





10. ยาวเรศ ก้านมะลิ, ถนอมศิลป์ ก้านมะลิ, สะคราญจิตร คงพันธ์. การพัฒนารูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;7(2):183-95.
11. เบญจวรรณ มนูญญา, สกาวเดือน ขำเจริญ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564 ; 1(1) : 13-24.
12. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2550.
13. อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์, ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39(1):109-25.
14. นัยนา ผาณิตบุศย์, วัลลภา ช่างเจรจา, สุนันท์ นกทอง. ผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2562;2(4):50-6.



## Nursing for the Prevention and Control of Infections in Burn Patients : A Case Study

Kunnaree Nakbumrung, B.N.S\*

### Abstract

**Introduction :** Severe burns lead to increased metabolism and energy expenditure, as well as elevated inflammation. Burn patients are at significant risk of infection due to the loss of the skin barrier and compromised immune response. Infections, especially bloodstream infections, are major contributors to morbidity and mortality. The nurses role in infection control and prevention, requiring awareness of potential issues and preparedness for management strategies such as patient isolation, controlling infection sources, and immediate administration of antimicrobial medications.

**Objectives :** To provide guidance on nursing care for infection prevention and control in burn patients

**Case Study :** The Burn and Smoke Inhalation Patients Admitted Between February 19 and March 30, 2023.

A 3-year-old and 6-month-old child with facial, neck, bilateral arm, and bilateral leg burns, including a smoke inhalation injury, was treated from February 19 to March 30, 2023. The patient was initially transferred from a community hospital. The diagnosis revealed a deep second-degree burn covering 37.5% of the total body surface area with an inhalation injury. The patient required respiratory support, and a central line was inserted for medication and fluid administration. Nursing interventions included wound cleaning, dressing with Vaseline gauze and normal saline-soaked gauze, and central line care. Nursing diagnoses encompassed the risk of burn wound infection, pneumonia related to respiratory support, urinary tract infection related to catheterization, prevention of bloodstream infection related to central line insertion, the risk of thrombophlebitis, and drug-resistant infection. Nursing care focused on burn wound care assessment, personal protective equipment usage, environmental safety recommendations, and managing the preparation of sterile equipment and cloth. The patient recovered well, and the hospital stay lasted for 39 days.

**Conclusion :** The pediatric burn patient in this case study did not develop a burn wound infection. However, pneumonia related to respiratory support and urinary tract infections due to catheterization were identified and effectively treated. No bloodstream infections were observed. The outlined nursing practices for infection prevention and control in the hospital setting can serve as a guide for future burn patients.

**Keywords :** Nursing for the prevention and control of infection, burn wounds.

---

\*Registered Nurse, Infection Prevention and Control Department, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในผู้ป่วยแผลไหม้ : กรณีศึกษา

กุลนรี นาคบำรุง, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** แผลไหม้ที่รุนแรงทำให้เพิ่มกระบวนการเผาผลาญพลังงาน และเพิ่มการอักเสบที่มากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยแผลไหม้จะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการสูญเสียเกราะป้องกันผิวหนังและการกดภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งการติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต โดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสเลือด บทบาทพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อต้องตระหนักรู้ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้น และเตรียมกลยุทธ์ในการบริหารจัดการ ตั้งแต่ การแยกผู้ป่วย การควบคุมแหล่งที่มาของเชื้อรวมถึงการดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาด้านจุลชีพที่เหมาะสม

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อผู้ป่วยแผลไหม้

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยแผลไหม้ และสูดสำลักควัน เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ – 30 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยเด็ก อายุ 3 ปี 6 เดือน มาโรงพยาบาลกำแพงเพชรโดยการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยมีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ แขนทั้ง 2 ข้าง และขาหนีบทั้ง 2 ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า Deep second degree burn 37.5 % with inhalation injury ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจจากโรงพยาบาลชุมชน ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกำแพงเพชรผู้ป่วยขยับคอออกแล้วต้องใส่ใหม่อีกครั้ง ต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร PC AC mode ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางบริเวณ Rt. internal jugular vein เพื่อให้สารน้ำและยา และได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต ตั้งแต่แรกรับที่หอผู้ป่วยหนักรวม แผลไหม้ทำความสะอาดด้วยน้ำเกลือ Normal saline ปิดแผลด้วย Vaseline gauze และ ปิดทับด้วย Gauze ชุบ normal saline ปิดหมด ชั้นนอกสุดปิดด้วย Gauze แห่งอีกชั้น มีสารคัดหลั่งชุ่มแผล วินิจฉัยการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยรายนี้ คือ 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลไหม้ 2) ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการใส่สายสวนปัสสาวะ 4) การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 5) เสี่ยงต่อการอักเสบที่หลอดเลือดดำส่วนปลาย 6) ติดเชื้อดื้อยา การพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้ คือ การประเมินการปฏิบัติเรื่องการดูแลแผลไหม้ การใส่อุปกรณ์ป้องกันของพยาบาล การแนะนำเรื่องการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย การวางแผนทำปราศจากเชื้ออุปกรณ์ทำแผล และเครื่องผ้าสำหรับผู้ป่วย ของงานจ่ายกลาง การควบคุมกำกับให้ผู้ป่วยได้รับยาด้านจุลชีพที่เหมาะสม การเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ผลลัพธ์ ผู้ป่วยแผลไหม้หายดี การติดเชื้อต่างๆ ลดลงจนหายเป็นปกติ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลรวม 39 วัน

**สรุปกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยเด็กรายนี้ไม่มีการติดเชื้อที่แผลไหม้ ส่วนการติดเชื้อจากการสอดใส่อุปกรณ์ พบภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ได้รับการรักษาพยาบาลหายเป็นปกติ และไม่พบภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด จากการนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มาเป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อผู้ป่วยแผลไหม้ต่อไป

**คำสำคัญ :** การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แผลไหม้

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

แผลไหม้ (Burn Wound) หมายถึง เซลล์ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายด้วยความร้อน ความเย็น สารเคมี กระแสไฟฟ้า ตั้งแต่ชั้นผิวหนังกำพวด อาจลึกถึงกระดูก ซึ่งการทำลายของผิวหนังลึกเพียงใดขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ และระยะเวลาที่สัมผัส<sup>1,2,3</sup> ส่งผลให้หน้าที่ต่างๆ ของผิวหนังบกพร่อง หรือสูญเสียไป อาจมีผลกระทบถึงอวัยวะ และระบบการทำงานของร่างกายทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล คือการติดเชื้อที่บริเวณแผลไหม้ และติดเชื้อจากการสอดใส่อุปกรณ์ในการรักษา เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ติดเชื้อจากการใส่สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ รวมไปถึงการติดเชื้อดื้อยาชนิดต่างๆ<sup>4,5,6</sup> ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าผู้ป่วยแผลไหม้ทั่วโลกเสียชีวิตประมาณ 180,000 รายต่อปี ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อ<sup>7</sup> ดังนั้นการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย การป้องกันการปนเปื้อนจากญาติ ผู้ป่วยอื่น และทีมให้การรักษายาบาล รวมถึงอุปกรณ์เครื่องใช้ การติดตามสังเกตแผลไหม้อย่างใกล้ชิด เพื่อตรวจจับอาการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว การพิจารณาทำ early excision ของแพทย์ เพื่อกำจัดเนื้อเยื่อที่ตายแล้วป้องกันการติดเชื้อ<sup>8</sup> ติดตามผลการเพาะเชื้อต่าง ๆ และผล CBC ใช้หลัก aseptic technique ในหัตถการที่มีความเสี่ยง เน้นการล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย การเฝาระวังไม่ให้ผู้ป่วยสัมผัสแผล และผ้าปิดแผล ส่วนบริเวณที่ไม่มีแผลก็ทำความสะอาดและเปลี่ยนเครื่องผ้าตามปกติ

งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีหน้าที่สำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย จากสถิติผู้ป่วยแผลไหม้ และจำนวนผู้ป่วยแผลไหม้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 พบจำนวนผู้ป่วย 45, 37, 48 รายและเสียชีวิต 2, 6, 5 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราส่วนได้ 4.4%, 16.2%, 10.4% ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแผลไหม้ถือว่ามีผลสำคัญไม่น้อยกว่าโรคอื่น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อผู้ป่วยแผลไหม้

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็ก อายุ 3 ปี 6 เดือน สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

### อาการสำคัญ

ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยมีแผลไหม้ ตามร่างกาย ใบหน้า ลำคอ แขนและขาหนีบ ทั้ง 2 ข้าง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ล้มใส่กองไฟ มีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำตัวและ แขน ขา 2 ข้าง ญาตินำตัวส่งโรงพยาบาลคลองลาน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

### ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ประวัติอาหาร/แพ้ยา/แพ้สารเคมีและอื่น ๆ ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดา / มารดาปฏิเสธโรคประจำตัว

การวินิจฉัย : Deep second degree burn 37.5 % with inhalation injury

การผ่าตัด : Scrub Burn วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วนตามวัย น้ำหนัก 16 กิโลกรัม ส่วนสูง 74 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราเต้นหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 28 ครั้ง/นาที สัมพันธ์กับ setting ventilator ความดันโลหิต 94/68 mmHg ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 95%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ไม่มีแขนขาอ่อนแรง (grade 5)

ผิวหนัง : ผิวคล้ำ มีบาดแผลไฟไหม้บริเวณใบหน้า ลำตัวและ แขน ขา 2 ข้าง ลีกระดับ 2 ขนาด 37.5% TBSA

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะไม่มีบาดแผล ตาทั้ง 2 ข้างไม่ซีด มีแผลไฟไหม้บริเวณใบหน้า และลำคอ



ทรวงอกและทางเดินหายใจ : หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตรา 30 ครั้ง/นาที เสียงหายใจโล่ง ไม่มีเสียง  
เสมหะ Chest X-ray : no infiltration ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100%

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้งต่อนาที

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ท้องไม่แข็งเกร็ง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ สมวัย

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส มีตะกอนเล็กน้อย กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการสิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	19 ก.พ. 2566	24 ก.พ. 2566	6 มี.ค. 2566	11 มี.ค. 2566
CBC: WBC	(5.0-10.0) $10^3$ /UL	26.6	8.9	22.8	
Hct	31-43%	48.9	28	35.4	
NE%	43.7-70.9%	69	46	85.7	
LY%	20.1-44.5%	23	45	8.3	
UA: WBC	0-5 cells/HPF		10-20	10-20	5-10
RBC	0-3 cells/HPF		>100	>100	10-20
Blood	Negative		3+	3+	1+
Nitrite	Negative		Negative	Positive	Negative
Sputum G/S					
WBC			>25 cells/LPF	10-20	
Gram + bacilli cocci				cells/LPF	
in chain			Moderate		
Gram + bacilli			Few	Few	
Gram - bacilli			Few	Numerous	
				Few	
Sputum C/S			Acinetobacter baumannii complex		
Hemo C/S			No growth	No growth	
Urine C/S			No growth	> $10^5$ CFU/ml Mixed growth of 3 different organism	No growth

#### สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยหายใจ on ET-tube with ventilator PC AC mode มีเสียงเสมหะ พบน้ำใน circuit, On Rt.C-line at IJV ไม่มีรอยบวมแดง แผลใหม่ที่หน้า ลำคอ แขนและขาหนีบ 2 ข้าง ปิดด้วยก๊อช แผลซึมชุ่ม Retained Foley's catheter with urine bag ปัสสาวะสีเหลืองใส มีตะกอนเล็กน้อย มีไข้

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่เหนื่อย เสียงหายใจโล่ง ตำแหน่ง Rt.C-line ไม่มี รอยบวมแดง แผลใหม่ ซึมชุ่มก๊อช ปัสสาวะสีเหลืองใส มีตะกอนเล็กน้อย มีไข้

วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง เหนื่อยเล็กน้อย มีเสียงหลอดลมตีบและเสียงเสมหะ CXR no infiltration ตำแหน่ง Rt.C-line ไม่มีรอยบวมแดง แผลใหม่ที่ใบหน้า และลำคอแดงดี แผลที่ใบหูขวามีเลือดซึม เล็กน้อย บัสสาวะสีเหลืองขุ่น ยังมีไข้ ติดตามผล Septic work up อีก 3 วัน

วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ตำแหน่ง Rt.C-line ไม่มีรอยบวมแดงแผลใหม่ที่ใบหน้า และลำคอ เริ่มแห้ง ส่วนที่แขน และขาหนีบ 2 ข้างแห้งดีสารคัดหลั่งซึ่มลดลง บัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีไข้

วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่มีบวมแดงตำแหน่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย แผลไฟไหม้ที่ใบหน้า ลำคอแห้งดี ส่วนที่แขน และขาหนีบ 2 ข้างแห้งดีแผลซึ่มเล็กน้อย บัสสาวะเองสีเหลืองใส ไม่มีไข้

#### การวางแผนการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลไหม้ เนื่องจากผู้ป่วยมีแผลไหม้ลึกระดับ 2 ขนาด 37.5% TBSA

#### ข้อมูลสนับสนุน

มีแผล Deep second degree burn 37.5 % TBSA แผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ แขนและขาหนีบ 2 ข้าง อุณหภูมิร่างกาย 37.6 – 39.1 องศาเซลเซียส ในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ – 2 มีนาคม 2566 CBC : WBC  $26.6 \times 10^3/UL$

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลไหม้

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ /Temperature ปกติ =  $36.5 - 37.5^{\circ}C$
2. แผลไม่มีหนอง ปริมาณสารคัดหลั่งจากแผลไหม้ลดลง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้อยู่ห้องแยก และแยกอุปกรณ์เครื่องใช้จากผู้ป่วยอื่น เครื่องผ้าทั้งหมดที่ใช้กับผู้ป่วยต้องผ่านการฆ่าเชื้อ และจัดเก็บอย่างถูกหลักก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วย
2. ร่วมประเมินขนาดและความลึกของแผลไหม้ เพื่อให้งานจ่ายกลางจัดเตรียมอุปกรณ์ทำแผลปราศจากเชื้อ
3. ติดตามการประเมินลักษณะแผล ปริมาณ สี และกลิ่นของสารคัดหลั่งจากแผล
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Cefotaxime 400 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง
5. สังเกตการทำแผลและให้คำแนะนำ 3 วันแรกล้างแผลทุกวัน วันละ 2 ครั้งด้วย NSS ปิดด้วย Vaseline gauze ที่ออกแบบและผลิตโดยงานจ่ายกลางของโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้ ปิดตามด้วย gauze ชุบ NSS หมาด และปิดทับด้วย gauze แห้ง และให้ทา chloramphenicol ointment บริเวณใบหน้าโดยไม่ต้องปิดแผล ผู้ป่วยได้รับการ scrub burn ในห้องผ่าตัดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 หลังจากนั้นให้ทำแผลแบบเดิมแต่ทำวันเว้นวัน
6. แนะนำญาติเรื่องการดูแลความสะอาด และการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย
7. ประเมินการหายของแผล ลักษณะ สี กลิ่นของสารคัดหลั่งจากแผลไหม้ และเนื้อตาย

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย ปกติ  $36.5 - 37.5$  องศาเซลเซียส
2. แผลไหม้ไม่มีหนอง ปริมาณสารคัดหลั่งจากแผลไหม้ลดลง แผลไหม้เนื้อตาย

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

#### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ ใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ครั้งเสมหะมีเขม่าสีดำ มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 – 39.1 องศาเซลเซียส ผล Sputum C/S: Acinetobacter baumannii complex Sense ต่อ Meropenem

#### วัตถุประสงค์

เพื่อลดการติดเชื้อที่ปอด และป้องกันการติดเชื้อซ้ำ



## เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ หรือไม่มีความผิดปกติเพิ่มขึ้น
3. ปริมาณเสมหะลดลงหรือหมดไป ลักษณะสีเสมหะปกติ
4. ผลเพาะเชื้อเสมหะไม่พบเชื้อ

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ ยืนยันการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมการพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุปัจจัยของปัญหา ทบทวนความรู้ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และร่วมพัฒนามาตรฐานการพยาบาลการป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้มีประสิทธิภาพ
3. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อและคืนข้อมูลการติดเชื้อ ให้แก่หน่วยงานรับทราบ
4. เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมการพยาบาล ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือเรื่องการปฏิบัติการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย
5. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้
  - 5.1 การทำความสะอาดช่องปากและฟัน โดยการแปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่มกับยาสีฟัน วันละ 2 ครั้ง จัดทำนอนศีรษะสูงตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการสำลักขณะทำความสะอาดช่องปากและฟัน
  - 5.2 การประเมินช่องปากและเหงือก หากพบว่ามีฟันผุ เหงือกอักเสบผิดปกติหรือเป็นหนอง ปฏิบัติทันตแพทย์เพื่อขจัดเชื้อโรคในช่องปาก
  - 5.3 การดูดเสมหะ ด้วยหลักปราศจากเชื้อ
  - 5.4 การป้องกันการสำลัก จัดทำนอนศีรษะสูงท่ามุม 30-45 องศา วัด cuff pressure เวนละ 1 ครั้ง cuff pressure อยู่ระหว่าง 20-30 mmH<sub>2</sub>O
  - 5.5 เมื่อพบว่าสายเครื่องช่วยหายใจสกปรก เปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจทั้งระบบ และเทน้ำที่ค้างในสายเครื่องช่วยหายใจทิ้งทุกครั้งก่อนพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันน้ำไหลย้อนกลับเข้าสู่ผู้ป่วย
  - 5.6 การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ พร้อมตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด
  - 5.7 ทำความสะอาดมือแบบ hygienic handwashing ทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส
  - 5.8 การได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด
  - 5.9 การติดตามภาพถ่ายรังสีปอด และการตรวจเสมหะเพาะเชื้อตามแผนการรักษา
6. นิเทศ กำกับ และติดตามการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน
7. สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น close suction กระป๋องรองรับเสมหะแบบใช้ครั้งเดียว เป็นต้น

## การประเมินผล

ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ปริมาณเสมหะลดลง ลักษณะสีของเสมหะสีขาวขุ่น ภาพถ่ายรังสีปอดไม่พบ infiltration และหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ สามารถหายใจได้เอง ไม่มีการส่งเสมหะเพาะเชื้อซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจซ้ำ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

## ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ 3 ครั้งปัสสาวะสีเหลืองมีตะกอน
2. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 – 38.7 องศาเซลเซียส

3. วันที่ 6 มีนาคม 2566 UA พบ WBC 10 – 20 cells/HPF RBC 5 – 10 cells/HPF

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. ลักษณะสีปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน
3. ผลเพาะเชื้อปัสสาวะไม่พบเชื้อ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ ยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ
2. ประชุมร่วมกับทีมการพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุปัจจัยของปัญหา ทบทวนความรู้ พยาธิสรีรวิทยา อาการ และอาการแสดง การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และร่วมกันพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ
3. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อและคืนข้อมูลการติดเชื้อ ให้แก่หน่วยงานรับทราบ
4. เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมการพยาบาล ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ รวมถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย
5. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ดังนี้
  - 5.1 ประเมินข้อบ่งชี้ของการคาสายสวนปัสสาวะทุกวัน เพื่อพิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อหมดข้อบ่งชี้
  - 5.2 คาสายสวนปัสสาวะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และอุปกรณ์การคาสายสวนปัสสาวะปราศจากเชื้อ
  - 5.3 ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา ไม่หัก พับงอ ถูรงรับปัสสาวะไม่สัมผัสผิวกาย และยึดตรึงสายสวนปัสสาวะให้แน่นกับตัวผู้ป่วย
  - 5.4 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยสบู่ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น หรือหลังขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง
  - 5.5 ทำความสะอาดมือแบบ hygienic handwashing ทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล
  - 5.6 ติดตามผลการตรวจเพาะเชื้อปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ
  - 5.7 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา
6. นิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน
7. สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เช่น สารหล่อลื่นปราศจากเชื้อชนิดให้ครั้งเดียว

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ 11 มีนาคม 2566 UA พบ WBC 0 – 5 cells/HPF RBC 0 – 5 cells/HPF ผลการเพาะเชื้อปัสสาวะ ไม่พบการเจริญเติบโตของเชื้อโรค

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิต เนื่องจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

#### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 9 มีนาคม 2566

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่น กระสับกระส่าย
2. ตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ไม่บวม แดง ร้อน หรือมีสารคัดหลั่งซึม

## กิจกรรมการพยาบาล

1. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางดังนี้
    - 1.1 การดูแลก่อนใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
      - 1.1.1 ล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสายสวนหลอดเลือดดำด้วยน้ำและสบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือใช้ Alcohol-based hand rub
      - 1.1.2 ใช้เทคนิคปลอดเชื้อตลอดเวลาขณะใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
    - 1.2 การดูแลขณะใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
      - 1.2.1 มีการสวมใส่เครื่องป้องกันร่างกายขณะใส่และช่วยแพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ได้แก่ หมวกคลุมผม ผ้าปิดจมูก เสื้อคลุมปราศจากเชื้อ ถุงมือปราศจากเชื้อ ใช้ผ้าปราศจากเชื้อผืนใหญ่มีช่องสำหรับเปิดทำหัตถการ คลุมตัวผู้ป่วยจากศีรษะจรดเท้า
      - 1.2.2 การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะแทงสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
      - 1.2.3 ใช้ 2% Chlorhexidine with alcohol เตรียมบริเวณผิวหนังผู้ป่วยก่อนแทงสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
      - 1.2.4 หากมีข้อห้ามการใช้ 2% Chlorhexidine with alcohol ให้เตรียมผิวหนังโดยใช้ 10% Povidone iodine หรือ 70% alcohol
      - 1.2.5 ทิ้งระยะเวลาให้ Antiseptic แห้งก่อนแทงสายสวนตามระยะเวลาของ Antiseptic แต่ ละประเภทที่เลือกใช้ (2% Chlorhexidine with alcohol และ 70% Alcohol เมื่อแห้ง ส่วน 10% Povidone iodine ทิ้งไว้ 2 นาที)
      - 1.2.6 ทำหัตถการตามหลัก Aseptic technique
    - 1.3 การดูแลหลังใส่สายสวนหลอดเลือดดำ
      - 1.3.1 การปิดแผลบริเวณตำแหน่งที่ใส่สายสวน
      - 1.3.2 ใช้ผ้าก๊อสปราศจากเชื้อปิดแผลบริเวณตำแหน่งที่ใส่สายสวนในวันแรก และกรณีมี bleeding หรือ oozing
      - 1.3.3 เมื่อครบกำหนดทำแผลครั้งต่อไปและกรณีแผลแห้งปิดแผลด้วย sterile transparent film หรือ semipermeable
      - 1.3.4 เปลี่ยนผ้าปิดแผลทันทีเมื่อเปียกชื้น ร้อนหลุด หรือเห็นว่าสกปรก
      - 1.3.5 ระวังอย่าให้ส่วนใดของสายสวนหลอดเลือดดำเปียกน้ำขณะเช็ดตัวหรืออาบน้ำผู้ป่วย
      - 1.3.6 กรณีผู้ป่วยใส่ Central line เปลี่ยนผ้าก๊อสทุก 2 วัน หากเป็น sterile transparent หรือ semipermeable เปลี่ยนทุก 7 วัน
      - 1.3.7 ประเมินตำแหน่งแทงเข็มทุกเวรและทุกครั้งขณะที่เปลี่ยนผ้าปิดแผล หรือใช้มือกดเบาๆ บริเวณรอบสายสวนหากผู้ป่วยมีอาการกดเจ็บ มีไข้ มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเฉพาะที่หรือการติดเชื้อในกระแสโลหิต ควรเปิดผ้าปิดแผลออกเพื่อตรวจบริเวณรอบสายสวน
      - 1.3.8 ประเมินและบันทึกความจำเป็นในการคาสายสวนลงใน “แบบฟอร์มการเก็บข้อมูล การใส่ และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง” วันละ 1 ครั้ง หรือเมื่อพบว่ามีอาการและอาการแสดงการติดเชื้อ หากไม่มีข้อบ่งชี้ในการคาสายสวนให้รีบเอาออกทันที
- การประเมินผล**
1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หนาวสั่น
  2. ตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ไม่บวม แดง ร้อน หรือมีสารคัดหลั่งซึม
  3. ผล Hemo C/S no growth

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบตำแหน่งให้สารน้ำ

### ข้อมูลสนับสนุน

ได้รับการให้ให้สารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด และยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม 2566 ถึง 30 มีนาคม 2566

## วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการอักเสบบริเวณหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Phlebitis)

## เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. ไม่พบอาการปวด บวม แดง ร้อน ตำแหน่งเข็มให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

## กิจกรรมการพยาบาล

1. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งที่สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายดังนี้
  - 1.1 ตรวจสอบบริเวณข้อต่อต่าง ๆ ของสายให้สารน้ำ และเข็มให้อยู่ในสภาพไม่หลวม หลุดง่าย และเป็นระบบ ปิดเสมอ ถอดข้อต่อต่าง ๆ ที่ไม่จำเป็นต่อการใช้งานออกทันที
  - 1.2 ตรวจสอบตำแหน่งให้สารน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งเพื่อประเมินการรั่วซึมและการระคายเคือง ปวดบวม แดงร้อน ให้เปลี่ยนตำแหน่งใหม่ทันที และประเมินบริเวณปวด บวม แดง แต่หากไม่พบอาการผิดปกติให้เปลี่ยนตำแหน่ง แขนงเข็มทุก 4 วัน
  - 1.3 หากพบว่าตำแหน่งที่แทงเข็มมีคราบเลือด หรือคราบสกปรก ให้ทำงานเปลี่ยน dressing ทันทีด้วย Aseptic technique
  - 1.4 ดูแลตำแหน่งแทงเข็มไม่ให้เปียกน้ำ และไม่ทา Antibiotic ointment และ cream ในตำแหน่งที่แทงเข็ม เพราะส่งเสริมการเกิดเชื้อรา และเชื้อดื้อยา
  - 1.5 เปลี่ยนสายให้สารน้ำทุก 96 ชั่วโมง กรณีผสมยา KCL ให้เปลี่ยนทุก 24 ชั่วโมง
  - 1.6 เปลี่ยนชุดสายให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดทุกยูนิต
  - 1.7 กรณี Injection plug เตรียม NSS 3 ml. ใช้สำลีชุบ 70% Alcohol เช็ดรอบตำแหน่งฉีดแล้วรอให้แห้ง ฉีด NSS 1 ml. เพื่อทดสอบว่าเกิดการ clot หรือไม่ หากสงสัยว่ามี การ clot เกิดขึ้น ห้ามใช้แรงดันเพื่อพยายามฉีดให้ได้ ให้ทำการเปลี่ยนตำแหน่ง Injection plug ทันที และภายหลังการฉีดยาให้ใช้ NSS 2 ml. ที่เหลือฉีดเพื่อเป็นการไล่อายบริเวณปลาย Injection plug
  - 1.8 ถอดเข็มออกทันทีเมื่อไม่มีความจำเป็นใช้งาน

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. ไม่พบอาการปวด บวม แดง ร้อน ตำแหน่งเข็มให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ติดเชื้อดื้อยา จากการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และได้รับการทำหัตถการหลายครั้ง  
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 – 39.4 องศาเซลเซียส
2. ผล Sputum culture วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 เป็น Acinetobacter baumannii complex และผล UA วันที่ 6 มีนาคม 2566

WBC 10-20 cells/HPF, RBC >100, Nitrite positive, Urine culture mixed growth

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้การติดเชื้อดื้อยาลดลง และไม่มีการติดเชื้อซ้ำ

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับยา antibiotic ตาม antibiogram
2. ผู้ป่วยไม่มีไข้
3. ผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อดื้อยา

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ ยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยา
2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมการพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุปัจจัยของปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันพัฒนา มาตรฐานการพยาบาลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อและคืนข้อมูลการติดเชื้อ ให้แก่หน่วยงานรับทราบ
4. เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมการพยาบาล ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยรวมถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เป็นต้น
5. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อดังนี้
  - 5.1 ข้อปฏิบัติสำหรับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย
    - 5.1.1 แยกผู้ป่วยทันที โดย strict contact precautions
    - 5.1.2 ล้างมือก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย
    - 5.1.3 สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ได้แก่ เสื้อกาวน์และถุงมือทุกครั้ง
    - 5.1.4 แขนงป้าย contact precautions ที่เตียงหรือหน้าห้องผู้ป่วย
    - 5.1.5 จำกัดการเยี่ยมครั้งละ 1-2 คน กรณีผู้ป่วยเตียงรวม ญาติล้างมือ ใส่เสื้อกาวน์และถุงมือ กรณีผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก แนะนำเรื่องการล้างมือก่อนหลังสัมผัสผู้ป่วย
  - 5.2 ข้อปฏิบัติในการดูแลสิ่งแวดล้อม
    - 5.2.1 ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
    - 5.2.2 Terminal cleaning อย่างเคร่งครัด เมื่อจำหน่าย/ย้ายออกจากหอผู้ป่วย
    - 5.2.3 อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยจัดเตรียมเท่าที่จำเป็น ไม่ใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่น
    - 5.2.4 ห้ามนำสิ่งของที่ไม่ใช่โดยตรงกับผู้ป่วยไปที่เตียงหรือห้องผู้ป่วย
    - 5.2.5 การทิ้งขยะใส่ในถังขยะติดเชื้อ
    - 5.2.6 หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น x-rays ต้องทำความสะอาดอุปกรณ์ ที่ใช้กับผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับยา meropenems 14 วัน และ vancomycin 7 วัน ครบตามแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส
3. ผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อดื้อยาซ้ำ

#### สรุปกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็ก อายุ 3 ปี 6 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยมีแผลไหม้ Deep second degree burn 37.5 % with inhalation injury ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลรวม 39 วัน ปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยรายนี้คือเรื่องความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้เน้นการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตั้งแต่การแยกผู้ป่วย การจัดเตรียมของเครื่องใช้ปราศจากเชื้อให้ผู้ป่วย การแนะนำพยาบาลผู้ดูแลเรื่องการทำความสะอาดเรื่องการใช้วัสดุทำแผลปราศจากเชื้อที่ผลิตจากงานจ่ายกลาง เน้นหลักการ contract precaution ให้ญาติ ในผู้ป่วยรายนี้พบการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และที่ระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน ซึ่งการติดเชื้อดังกล่าวได้ลดลงจนหายเป็นปกติก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน

#### วิจารณ์

จากกรณีศึกษา แนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยแผลไหม้ มุ่งเน้นพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม หากเกิดการติดเชื้อนั้นส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงขึ้น ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงขึ้น อีกทั้งส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อ โดยเฉพาะค่ายาต้านจุลชีพ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และครอบครัวเสียรายได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยต่อได้เมื่อกลับบ้าน

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้มีความรู้ความชำนาญ และทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มทุกกระบวนการในการดูแล จะต้องตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย จากความเสี่ยงในทุกด้านที่เป็นผลจากการให้การรักษายาบาลของทีม โดยเฉพาะเรื่องการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้
2. ควรจัดทำคู่มือการดูแลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อผู้ป่วยแผลไหม้

## สรุป

การติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ยังคงมีโอกาสดังเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกราย และคำถามคือทำอย่างไรในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้ผู้ป่วย ดังนั้นกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยแผลไหม้รายนี้สามารถนำมาเป็นแนวปฏิบัติ หรือเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการศึกษากลับมาเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อผู้ป่วยแผลไหม้ได้ในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

1. รัชนี้ ผิวผ่อง. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบผิวหนังและไฟไหม้น้ำร้อนลวก. การพยาบาลผู้ใหญ่ 1. [serial online]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. [24 หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบผิวหนังและไฟไหม้น้ำร้อนลวก>.
2. ทิววรรณ วัฒนเวช. การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ระดับรุนแรงมากที่มีภาวะสาส์กเขม่าควัน. วารสารโรงพยาบาลระยอง [serial online]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. [19 หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rayonghospital.go.th/images/webpage/>
3. เขียวลักษณ์ ปรัญญาวุฒิ. การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้น้ำร้อนลวกร่วมกับมีภาวะการติดเชื้อที่ปอด. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563; 29(1):65-80.
4. จตุพร ศิริกุล. Hemodynamic resuscitation in burn. ใน : ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สหอดล ปุญญถาวร, บรรณาธิการ. The Best ICU. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2560. หน้า 604-20.
5. สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ. Respiratory management in burn. ใน : ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สหอดล ปุญญถาวร, บรรณาธิการ. The Best ICU. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2560. หน้า 621-32.
6. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Burn.html>
7. World Health Organization <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>. [online]. 2023. [cited 2023 October 13]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563-2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2563-2566.
9. Joan Weber, Albert McManus. Infection control in burn patients. Burns. [online]. 2004 December. [cited 20 August 2023]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417904002189#preview-section-introduction>



## Nursing care for patient with degenerative spondylolisthesis who received spinal surgery : A case study

Wipa Pluppon, M.N.S\*

### Abstract

**Introduction :** Degenerative spondylolisthesis may result in patients having severe low back pain or pain radiating down the legs. There may be weakness in the leg muscles and numbness as well, causing an impact on daily activity and work. The complications of the disease may cause disability or even mortality. Effective nursing care helps the patients who received surgical treatment to recover rapidly from critical stages and return back to normal daily activity as soon as possible.

**Objective :** To provide nursing care guidelines for patients with degenerative spondylolisthesis who received spinal surgery.

**Case Study :** A 76-year-old Thai female patient had severe low back pain radiating down both legs, the pain was more on the left side. She was diagnosed severe degenerative spondylolisthesis and was planned to receive the operation TLIF L4L5 with PDS. On admission, the patient could breathe normally in room air and able to do self-care. She had pain in both hips and low back pain radiating down both legs, the pain was more on the left. Pain score rest was 0-3 points and Pain score move was 4-7 points. Motor power was grade 5 in all extremities, and she was able to ambulate with a pickup walker. Vital signs: BT= 36.6 degrees Celsius, PR = 70 times/minute, RR = 12 times/minute, BP = 150/81 mmHg and Room air oxygen sat = 95-96 %. Important preoperative nursing problems were: 1. Hip pain on both sides 2. Having neurological deficit 3. The patient worried about spinal surgery 4. Preparing the patient and relatives before returning home. Postoperative nursing problems were : 1. Surgical wound pain 2. Having neurological deficit 3. Risk of postoperative complications 4. Risk of accidental falls 5. Preparing the patient and relatives before returning home. The patient received effective nursing care according to the standards of inpatient nursing practice guideline from the Nursing Division. Postoperatively, the pain decreased with no complications. The patient was prepared to discharge from the hospital and was able to do self-care correctly and appropriately. The patient had the total hospital stay of 9 days, had a 1-month appointment for follow-up and was referred to the district hospital for continuous follow-up care. The surgical wound was dressed once a day and the stitches were removed 14 days after surgery.

**Conclusions :** The patient with degenerative spondylolisthesis was safe from the operation TLIF L4L5 with PDS without any complications or postoperative infection, but the patient still has osteoporosis. Therefore, the nurses must have knowledge, skills and expertise in providing care, leading to effective nursing practice in correlation with the patients' problem. This case study can be used as the nursing care guideline for patients with degenerative spondylolisthesis who received spinal surgery in order that the patients have a good quality of life and to prevent postoperative complication.

**Keywords :** Degenerative spondylolisthesis, nursing care for patients with spondylolisthesis who received spinal surgery

---

\*Registered nurse, Professional Level, Orthopedics Nursing Division, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง ที่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษา

วิภา พลับผล, พย.ม.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคทางกระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังระดับเอวหรือปวดร้าวลงขา อาจมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและอาการชาร่วมด้วย ทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน ความพิการหรือแม้กระทั่งการเสียชีวิตจากอาการแทรกซ้อนของโรคนี้ การพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้เปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤตสู่การฟื้นตัวที่รวดเร็ว กลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงสภาวะปกติ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนกดทับเส้นประสาทไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี มีอาการปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้าง ปวดด้านซ้ายมากกว่าขวา ได้รับการวินิจฉัย Spondylolisthesis แพทย์วางแผนทำการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกหลัง TLIF L4L5 with PDS แกร็บ หายใจ Room air ไม่เหนื่อยหอบ ช่วยเหลือตนเองได้ ลูกนั่งมีอาการปวดบริเวณสะโพกสองข้าง ปวดหลังร้าวลงขาเป็นพัก ๆ ปวดด้านซ้ายมากกว่าขวา Pain score rest = 0-3 คะแนน Pain score move = 4-7 คะแนน สามารถทำกิจกรรมได้ ไม่มีอ่อนแรง ขาทั้งสอง ข้าง Motor power grade 5 เดิน with walker เข้าห้องน้ำได้ T= 36.6 องศาเซลเซียส PR = 70 ครั้ง/นาที RR = 12 ครั้ง/นาที BP = 150/81 mmHg Room air oxygen sat = 95-96% ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญก่อนผ่าตัด ได้แก่ 1. ปวดสะโพกสองข้าง 2. มีภาวะ Neurological deficit 3. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อม 4. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ปัญหาทางการพยาบาลหลังผ่าตัด ได้แก่ 1. ปวดแผลผ่าตัด 2. มีภาวะ neurological deficit 3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุตุ้พลัดตกหกล้ม 5. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใน ของกองการพยาบาล พบว่าอาการปวดลดลงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล และสามารถดูแลตนเองถูกต้องเหมาะสม นอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 9 วัน นัดติดตามอาการ 1 เดือน และส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง ทำแผลวันละ 1 ครั้ง และตัดไหมเมื่อครบ 14 วันหลังผ่าตัด

**สรุป :** ผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง ปลอดภัยจากการผ่าตัด TLIF L4L5 with PDS ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือติดเชื้อเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยยังคงมีภาวะกระดูกพรุน ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญจะต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากกรณีศึกษาการรักษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลกระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง ร่วมกับได้รับการผ่าตัดได้ต่อไป

**คำสำคัญ :** กระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกหลัง

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

โรคทางกระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง (Spondylolisthesis) เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากขึ้นในประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรมการแพทย์เผยแพร่รายงานสถิติของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อม 8,763 ราย ตั้งแต่ พ.ศ. 2554 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 810 ราย<sup>1</sup> โรคกระดูกสันหลังเสื่อมจะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่อายุประมาณ 25 ปี และเสื่อมมากขึ้นตามอายุ โดยส่วนใหญ่จะปัญหาในช่วงอายุ 35 ถึง 50 ปี และพบที่บริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอว L4-L5 มากที่สุด<sup>2</sup> กระดูกสันหลัง (Spine หรือ Vertebral column) เป็นกระดูกแกนกลางของร่างกาย ทำหน้าที่ป้องกันอันตรายต่อไขสันหลัง (spinal cord) และรากประสาท (spinal nerve root) เป็นจุดยึดเกาะของกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นกระดูก ช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหวและความมั่นคงแก่ร่างกาย นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งสร้างไขกระดูก เป็นแหล่งกำเนิดของเม็ดเลือดต่างๆ และเป็นแหล่งสะสมแร่ธาตุที่มีประโยชน์ เมื่อเกิดพยาธิสภาพขึ้น โดยเฉพาะตำแหน่งของกระดูกสันหลังเสื่อม ทำให้ช่องของหมอนรองกระดูกแคบลงกดทับไขสันหลังหรือหรือหลอดเลือดที่มาเลี้ยงไขสันหลัง การทำงานของไขสันหลังที่ผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ<sup>3</sup> สาเหตุที่พบมากที่สุดคือ เกิดจากความเสื่อมทำให้เกิดพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเอว (Low back pain) หรือปวดร้าวลงขา (Leg pain) อาจมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและอาการชาร่วมด้วย ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการปวด เกิดความยากลำบากในการทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลให้เกิดความพิการได้<sup>4</sup>

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนได้มีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่หลากหลายมาให้การดูแลรักษาพยาบาล<sup>5</sup> การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นวิธีการรักษาพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังเมื่อการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ไม่ได้ผล<sup>4</sup> ซึ่งจะช่วยแก้ไขพยาธิสภาพทางระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ<sup>6</sup> พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วย ทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด การฟื้นฟู สภาพ จนกระทั่งการวางแผนจำหน่ายที่ถูกต้องเหมาะสม พยาบาลมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือและสนับสนุน ผู้ป่วยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>7</sup>

จากสถิติที่ได้จากผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2564 – 2566 พบผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมจำนวน 43, 86, และ 133 ราย ตามลำดับ<sup>8</sup> จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาความรู้ ทักษะความร่วมมือของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงมีความสำคัญมากที่จะทำให้การพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลครบทุกด้าน นำไปสู่การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>9</sup> กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนกดทับเส้นประสาทไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด อันจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการพยาบาล ก่อให้เกิดองค์ความรู้ในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้างมากขึ้น ก่อนมาโรงพยาบาล 6 เดือน

### ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ปีก่อนมา มีอาการปวดหลังร้าวลงขาเป็นพักๆ เดินได้ดี ไม่มีอ่อนแรง ปฏิเสธประวัติบาดเจ็บ เดินได้ไม่มีเข่าก้นปัสสาวะ อุจจาระได้ มารับการรักษา รพ. Film L-S spine - Lordosis alignment Seen narrow disc space at L3-4 with osteophyte at L2-3 รักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

6 เดือนก่อนมา ปวดหลังร้าวลงขาสองข้างเพิ่มขึ้น ปวดด้านซ้ายมากกว่าขวา เดินประมาณ 5-10 นาที แล้วปวดมากขึ้น นั่งพักและรับประทานยา paracetamol อาการดีขึ้น ทำ MRI พบ L4-5: Compression to bilateral L5 traversing and right L4 exiting nerve roots and with compromised left L4 existing nerve root. แพทย์วางแผนรักษาด้วยการผ่าตัด

1 เดือนก่อนมา เข้ารับการเตรียมผ่าตัด Transforaminal Lumbar Interbody Fusion L4L5 (TLIF L4L5) with Pedicle screw (PDS)

วันนี้มา admit โรงพยาบาลตามแพทย์นัดเพื่อทำผ่าตัด TLIF L4L5 with PDS

### ประวัติเจ็บป่วยอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 10 ปีรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรด้วยการรับประทานยา ควบคุมความดันโลหิตได้ที่ระดับ 130/70 มิลลิเมตรปรอท

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว : สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา : ไม่มีประวัติแพ้ยา

### การตรวจร่างกาย

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: รูปร่างทรวงอกปกติ หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ RR=18-20 ครั้ง/นาที ทรวงอกขณะหายใจเข้าออกทั้งสองข้าง ไม่พบก้อน/กตเจ็บ เสียงการหายใจ no wheezing, no stridor, no crepitation

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ลักษณะของทรวงอกด้านซ้าย คลำไม่พบ Heaving/ hyperdynamic, point of maximal impulse, Thrills เสียงหัวใจ (S1 & S2) ไม่มี Murmur อัตราการเต้นของชีพจร =70 ครั้ง/นาที

ระบบประสาท : การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้เข้าใจ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : แนวของกระดูกสันหลัง มีความโค้งของกระดูกสันหลังตามปกติ แนวไหล่ทั้ง 2 ข้าง และแนวกระดูกสะบักอยู่ในระดับเดียวกัน ไม่มีกล้ามเนื้อสลับทั้งสองข้าง คลำไม่พบก้อน คลำตลอดแนว Spinous process กตไม่เจ็บ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองหรือก้อนผิดปกติ กตเจ็บบริเวณสะโพกซ้ายด้านหลัง ลักษณะข้อความสามารถในการเคลื่อนไหว และเปลี่ยนอิริยาบถด้วยตนเอง ขาซ้ายสามารถทำได้ not full range of motion เนื่องจากปวดบริเวณสะโพกราวลงขาซ้าย

ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องสมมาตร ลักษณะกลมสมดุลง ไม่มีผื่น ไม่มีกตเจ็บ ไม่มีท้องแข็ง ไม่มีแผลเป็นบนหน้าท้อง ไม่พบเส้นเลือดโป่งพอง Bowel sounds 10 ครั้ง/นาที คลำไม่พบตับม้ามโต ทวารหนักลักษณะโดยทั่วไปมีตั้งเนื้อหรือรอยแผล

ผิวหนังและเล็บ: สีผิวขาว ไม่พบผื่น/รอยแดง/จุดจ้ำเลือด ชุ่มชื้นดี ผิวหนังมีความยืดหยุ่นดี ผิวหนังอุ่น เล็บมือ และเล็บเท้าเล็บสะอาด ตัดสั้น ไม่มี clubbing finger ไม่มี spoon nail การกระจายของขนสม่ำเสมอ ไม่พบกระดูกงอก

ศีรษะ ใบหน้า: ศีรษะตั้งอยู่กึ่งกลาง ขนาดปกติ หนังศีรษะสะอาด การกระจายของเส้นผมดี เส้นผมสีดำแซมผมหงอก ไม่มีรอยโรคไม่มีแผล ไม่มีรังแค ไม่มีก้อนหรือจุดกตเจ็บ ใบหน้าสองข้างมีความสมมาตรกัน ไม่บวม ไม่มีผื่น ไม่มีรอยฟกช้ำ

ตา: อยู่ในระดับเดียวกัน ตาไม่เหล่ พบสายตาสั้นทั้งสองข้าง สวมแว่นสายตา ไม่มีตาร่วม ไม่มีหนังตาบวม เยื่อตาไม่ซีด pupil 2 mm. reactive to light both eyes ไม่พบสิ่งคัดหลั่งไหลออกและกตไม่เจ็บ

หู จมูก: หูขนาดรูปร่างปกติเท่ากันทั้งสองข้าง อยู่ในแนว Eye occipital line กตไม่เจ็บ ได้ยินชัดจนปกติ ไม่มีก้อนหรือจุดกตเจ็บ ไม่มีอีกเสบวมแดง จมูกมีความสมมาตรกัน ไม่มีแผล ไม่มีบิดเบี้ยวหรือเอียง การรับกลิ่นเป็นปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

ระบบปัสสาวะ : ปัสสาวะกลางวันวันละ 3-4 ครั้ง กลางคืน ก่อนนอน 1 ครั้ง บางครั้งตื่นมาปัสสาวะ 1 ครั้ง ปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีแสบขัด สามารถกลั้นปัสสาวะได้

ระบบต่อมไร้ท่อ : ต่อมไทรอยด์ที่คอไม่โต คลำต่อมน้ำเหลืองไม่โต

เต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก: เต้านมทั้ง 2 ข้าง มีความสมมาตรดี ขนาดเท่ากัน คลำไม่พบก้อน ไม่มีบริเวณกตเจ็บ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้งสองข้างโตไม่โต ลักษณะอวัยวะเพศภายนอกปกติ คลำไม่พบ ไม่มีอีกเสบวมแดง ไม่มีแผล ไม่มีก้อนเนื้อหรือติ่ง ไม่มีสารคัดหลั่งผิดปกติออกทางช่องคลอด ทวารหนัก ไม่มีริดสีดวงทวารและไม่มีแผลรอบ ๆ ทวารหนัก

ประเมินสภาพจิตใจ : ไม่มีอาการหงุดหงิด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่แต่ให้ความร่วมมือดี



### การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Blood for CBC	ผลตรวจ	Unit	ค่าปกติ	แปลผล
Hemoglobin	12.1	g/dl	12.-14.9	ปกติ
Hematocrit	39.1	%	37.0-45.7	ปกติ
WBC count	5.81	×10 <sup>3</sup> /ul	4.4-10.3	ปกติ
Platelet count	227	×10 <sup>3</sup> /ul	179-435	ปกติ
Neutrophils	63	%	40.0-73.1	ปกติ
Lymphocytes	26.3	%	20.3-47.9	ปกติ
Clinical chemistry				
BUN	15.3	mg/ml	8-23	ปกติ
Creatinine	0.8	mg/dl	0.51-0.95	ปกติ
eGFR	71.84			ปกติ
Sodium (Na <sup>+</sup> )	142	mmol/L	136-145	ปกติ
Potassium (K <sup>+</sup> )	3.6	mmol/L	3.4-4.5	ปกติ
Chloride (Cl <sup>-</sup> )	103	mmol/L	98-107	ปกติ
Bicarbonate (HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> )	<b>33</b>	mmol/L	22-29	สูงกว่าปกติ

### วิเคราะห์ผลการตรวจ

ผลของ CBC อยู่ในระดับปกติ ไม่มีการติดเชื้อ ไม่มีภาวะซีด ไม่มีความผิดปกติ ของเม็ดเลือด ไม่มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ Bicarbonate 33 mmol/L สูงเล็กน้อย อาจเกิดจากขาดน้ำ การรับประทานยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะ ยาที่มี bicarbonate เช่น ยารักษากระเพาะอาหาร

### การตรวจทางรังสีวิทยาและการแปลผล

- **Film L-S spine** : Lordosis alignment Seen narrow disc space at L3-4 with osteophyte at L2-3
- **MRI** : L-spondylosis with mild retrolisthesis L2 over L3 and L4 over L5 bodies. Multi-level diffuse disc bulging, thickening ligamentum flavum and hypertrophy facet joints causing- L2/3 and L3/4 : attaching bilateral L3 and L4 traversing nerve roots. L4/5 : compression to bilateral L5 traversing and right L4 exiting nerve roots and with compromised left L4 existing nerve roots. L5/S1 : compression to bilateral S1 traversing and left L5 exiting nerve roots.

### สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ในการดูแล

**admit วันที่ 1** : รับใหม่ รู้สึกตัวดี พูดคุยตอบโต้ได้ดี ไม่เหนื่อยหอบ ช่วยเหลือตนเองได้ ลูกนั่งมีอาการปวดบริเวณสะโพก สองข้าง ปวดหลังร้าวลงขาเป็นพัก ๆ ปวดด้านซ้ายมากกว่าขวา เดินได้ไม่มีเซ เดินประมาณ 5-10 นาที แล้วปวดมากขึ้น นั่งพัก และรับประทานยา paracetamol อาการดีขึ้นเล็กน้อย Pain score rest = 0-3 คะแนน Pain score move = 4-7 คะแนน ขาดน้ำถึง ปลายเท้าข้างซ้าย และมีชาที่ปลายเท้าขวา สามารถทำกิจกรรมได้ Motor power grade 5 เดิน with walker เข้าห้องน้ำได้ (ประมาณ 10 เมตร) ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ปัสสาวะและอุจจาระปกติ พักผ่อนนอนหลับได้ สัญญาณชีพ T= 36.6 องศาเซลเซียส PR = 70 ครั้ง/นาที RR = 12 ครั้ง/นาที BP = 150/81 mmHg Room air oxygen sat = 95-96 %

**admit วันที่ 2 (วันผ่าตัด)** : ผู้ป่วยรู้สึกตัวคุยตอบโต้ได้ดี หายใจ Room air ไม่เหนื่อยหอบ Oxygen sat 95% นอนหลับ บนเตียงได้ post operation TLIF L4L5 with PDS ผลที่หลัง On Redivac drain clamp ไว้ ไม่ซึม มีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score rest = 7 คะแนน Pain score move = 7 คะแนน On Acetar 1,000 ml IV drip rate 60 ml/hr. Retain Foley' cath urine flow ดี เหลืองใสไม่มีตะกอน ผู้ป่วยไม่มีอาการขาแขนขาทั้งสองข้างมากขึ้น กำลังแขนขาปกติ สามารถขยับขา และกระดกข้อเท้าได้ Pain rest = 5 Pain move = 7

**หลังผ่าตัดวันที่ 1 :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยตอบโต้ได้ดี หายใจ Room air ไม่เหนื่อยหอบ Oxygen sat 95-96 % สัญญาณชีพ BT= 36.6 °c, P=70 /min ,RR= 18/min ,BP=140/75 mmHg ช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้ ลูกนั่งมีอาการปวดบริเวณสะโพกสองข้าง ลักษณะปวดเหมือนก่อนผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่ปวด Pain score rest = 0 คะแนน Pain score move = 4-6 คะแนน ประเมินแผลผ่าตัดที่หลังปิด Gauze ทับด้วย Fixomull มี Radivac drain 1 ขวด content สีแดง total 20 ml Retain Foley' cath urine flow ดี เหลืองใสไม่มีตะกอน ไม่พบผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด สีหน้าสดชื่น ทานอาหารของโรงพยาบาลได้ ¼ ถาด ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ทำกายภาพ Ambulate with walker with LS support และ Sitting balance ได้ Pain rest = 0 Pain move = 4

**หลังผ่าตัดวันที่ 2 :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ Room air ไม่เหนื่อยหอบ Oxygen sat 95-96 % สัญญาณชีพ BT= 36.8 °c, P=78 /min, RR= 18/min, BP=130/80 mmHg อาการปวดบริเวณสะโพกสองข้างลดลงจากเดิม แขนขาทั้งสองข้างมีแรงดี ไม่บ่นชา Pain score rest = 0 คะแนน Pain score move = 4-5 คะแนน ประเมินแผลผ่าตัดที่หลังปิด Gauze ทับด้วย Fixomull มี Radivac drain 1 ขวด ออกเพิ่มจากเดิม 10 ml total 30 ml แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการให้ drain continue สีหน้าสดชื่น ทานอาหารของโรงพยาบาลได้ ¼ ถาด ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ทำกายภาพ Ambulate with walker ได้ ไม่เวียนศีรษะ ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม แพทย์ให้ off foley' cath หลัง off foley' cath ผู้ป่วยบัสสระเอง ไม่มี bladder full Sitting balance with L-S support ได้ Ambulate with walker ข้างเดียว เดินได้ดี PS = 2 Pain rest = 0 Pain move = 4

**หลังผ่าตัดวันที่ 3-6 :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ Room air ไม่เหนื่อยหอบ Oxygen sat 95-96 % สัญญาณชีพปกติ อาการปวดบริเวณสะโพกสองข้างลดลงจากเดิม แขนขาทั้งสองข้างมีแรงดี ไม่บ่นชา Pain score rest = 0 คะแนน Pain score move = 3-4 คะแนน ประเมินแผลผ่าตัดที่หลังปิด Gauze ทับด้วย Fixomull แผลไม่ซึม ทำกายภาพ Ambulate with walker ได้ ไม่เวียนศีรษะ ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

**หลังผ่าตัดวันที่ 7 (จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ Room air ไม่เหนื่อยหอบ Oxygen sat 95-96% สัญญาณชีพปกติ ปวดสะโพกเล็กน้อย แขนขาทั้งสองข้างมีแรงดี ไม่บ่นชา Pain score rest = 0 คะแนน Pain score move = 3-4 คะแนน ประเมินแผลผ่าตัดที่หลังปิด Gauze ทับด้วย Fixomull แผลไม่ซึม เดิน with walker ได้เอง มากกว่า 10 เมตร แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ นัด F/U 1 เดือน และตัดไหมเมื่อครบ 14 วันหลังผ่าตัด

## การวางแผนการพยาบาล

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ปวดสะโพกสองข้าง

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยแจ้งว่า “ปวดสะโพกสองข้าง ข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา ปวดมากขึ้นเวลาเดิน”

O : ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวดเวลาขยับขาขึ้น เวลาลุกนั่ง

S : Pain score at rest = 0 คะแนน , Pain score at move = 4 คะแนน

**เป้าหมาย** อาการปวดสะโพกสองข้างลดลง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. Pain score  $\leq$  3คะแนน
2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมลุกนั่งได้
3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่บ่นปวดสะโพกสองข้าง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical rating scale (NRS) q 4 hr. อย่างต่อเนื่อง (โดยประเมินในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนพัก (at rest) และขณะมีการเคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรม (on move or activity) เพื่อพิจารณาแนวทางการจัดการความเจ็บปวด

2. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย โดยให้อนอนหงายกางสะโพกเล็กน้อยหรือนอนตะแคงก่ายหมอน 1 ใบ และ วางหมอนอีกใบไว้ข้างหลัง เพื่อลดอาการปวด แนะนำให้เปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวขยับ ในช่วงจังหวะที่ไม่มีอาการปวด เพื่อลดสิ่งกระตุ้นความปวดจากการกดทับ ลดความเหนื่อยล้าของร่างกาย



3. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความปวดโดยการที่ใช้หลายวิธีร่วมกัน คือ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหายใจเข้า-เบา-ยาว-ลึก เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ สวดมนต์ กำหนดจิตให้นิ่ง การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น พูดคุยกับผู้ป่วย เล่นโทรศัพท์ ดูแลบรยากาศให้ผ่อนคลายไม่ส่งเสียงดังเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก

4. ดูแลให้ยาแก้ปวด Paracetamol (500) 1 tab prn q 6 hr. ตามแผนการรักษา สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาได้แก่ ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน หรือแพ้ยา เช่น มีผื่น บวม และประเมินอาการปวดซ้ำหลังให้ยา 1 hr. แนะนำผู้ป่วยในการทราบระดับความปวด หากผู้ป่วยมีความปวดในระดับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ให้แจ้งพยาบาลรับทราบ และขอยาแก้ปวดเพื่อควบคุมความปวด

#### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาขยับยังปวดบริเวณสะโพกด้านขวา” pain score at rest = 0 pain score at move = 3
2. นอนหลับได้นอน 6 ชั่วโมง และช่วงกลางวัน ประมาณ 2 ชั่วโมง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่บ่นปวด ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มีภาวะ Neurological deficit

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยแจ้งว่า “มีอาการปวดขา 2 ข้าง ข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา”  
O : Sensory Light touch /Pin prick L5 ข้างซ้ายรับรู้การสัมผัสได้น้อยกว่าข้างขวา  
O : ผล MRI : Spondylolisthesis L4-5

เป้าหมาย ไม่เกิด Neurological deficit เพิ่มขึ้น

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการขาเพิ่มขึ้น
2. ไม่มีขาอ่อนแรงมากขึ้น ขาทั้งสองข้าง Motor power = 5

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับการรับรู้และการตอบสนองของกล้ามเนื้อ ทุก 4 ชั่วโมง ติดตามและสังเกตอาการผิดปกติของภาวะ neurological deficit เช่น อาการขามากขึ้น การรับรู้ความรู้สึก ลดลง และกำลังกล้ามเนื้อลดลงจากเดิม กระดกข้อเท้าไม่ได้ หากพบความผิดปกติให้แจ้งแพทย์ทราบ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าทางถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยนอนราบ ไม่ให้ flexion กระดุกสันหลัง
3. แนะนำให้ผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติของ Neurological deficit คือ มีการอ่อนแรงของแขนขามากขึ้น ขาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากไขสันหลังบวม ถูกกดทับ เน้นย้ำผู้ป่วยถ้ามีการเคลื่อนไหวหรือการรับรู้ความรู้สึกลดลงจากเดิมให้รีบแจ้งพยาบาล
4. ติดตามสังเกตอาการผิดปกติของภาวะ Neurological deficit เช่น อาการขามากขึ้น การรับรู้ความรู้สึกลดลง และกำลังกล้ามเนื้อลดลงจากเดิม รายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ

#### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักผ่อนได้ ไม่พบอาการผิดปกติ ไม่มีอาการขาบริเวณแขนขาเพิ่มขึ้น
2. motor power grade 5 ทั้งสองข้าง กระดกข้อเท้าได้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเลื่อน

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยสอบถามว่า “ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะโรค และแผนการรักษาของแพทย์ เป็นการผ่าตัดเป็นครั้งแรก จะผ่าตัดนานไหม ต้องทำอะไรบ้าง”

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมาย : ผู้ป่วยคลายวิตกกังวลลง ทราบถึงโรคการรักษาของแพทย์และวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง สีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยรับทราบและสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลเปิดโอกาสให้สอบถาม ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง คลายความวิตกกังวล อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค วิธีการผ่าตัด และประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อให้คำแนะนำได้ตรงประเด็น
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดทั่วไป เรื่องการงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา Pre-medication Amlodipine (5mgs) 1 tab oral hs, การได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน เบี่ยงเบนความสนใจลดความเครียดและความวิตกกังวล เช่น ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบหรืออ่านหนังสือ ฟังเพลงจากโทรศัพท์มือถือ

### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความกังวลลดลง มีความเข้าใจแผนการรักษา มีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น พูดคุยระบายความรู้สึก นอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

- : มีแผลผ่าตัดที่บริเวณหลัง, On radivac drain 1 ขวด, Retain Foley's cath
- : post-op TLIF L4L5 with PDS ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ

เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาดมสลบภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวหรือความง่วงซึมของผู้ป่วย (sedation score) 0-1 ซึ่พจรอัตราอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที
2. ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ได้แก่ ไม่มีไข้ BT < 37.5 C แผลผ่าตัด ไม่มีอาการบวม แดง ร้อน แผล ไม่มี Discharge ซึม
3. ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ไม่มีไข้ BT < 37.5 C , ปัสสาวะไม่ขุ่น ไม่แสบขัด

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว หรือประเมินความง่วงซึมของผู้ป่วย ด้วยการสอบถามชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วย และหรือการสอบถามวัน เวลา และสถานที่ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง กระทั่งสัญญาณชีพเป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัดหลังจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด สังเกต และบันทึกลักษณะการหายใจ เสียงหายใจ และประเมินลักษณะสีผิวที่อาจเปลี่ยนแปลงไป ตรวจสอบปลายมือปลายเท้าซีดเย็นหรือมีอาการหนาวสั่นผิดปกติหรือไม่
2. ดูแลจัดท่านอนให้เหมาะสมหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาแบบ GA c NB ให้จัดทำผู้ป่วยนอนราบ หุ่นหมอนเตี้ย 1 ใบ จนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่ปอด โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และให้ไออย่างถูกวิธี เพื่อช่วยระบายเสมหะหรือสิ่งคัดหลั่งที่คั่งค้างในปอดออกให้หมด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early movement and early ambulation ให้เร็วที่สุดและมากขึ้นเรื่อย ๆ ภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงไปแล้ว
3. ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเกี่ยวกับลักษณะบวมแดง รอบๆ แผล สารคัดหลั่งจากแผล หากมีกลิ่นเหม็น ให้รายงานแพทย์ทันที

4. ดูแลให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Aseptic technique ล้างมือให้สะอาดก่อนสัมผัสผู้ป่วยและก่อนทำหัตถการ
5. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด จัดตั้งสายไม่ให้พับงอ ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ
6. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะทุกวันเพื่อรายงานแพทย์พิจารณาถอดสายสวนออก

#### ประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวหรือความง่วงซึมของผู้ป่วย (sedation score) 0-1
2. HR 60 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที T= 36-37.2 องศาเซลเซียส
3. แผลผ่าตัด ไม่มีอาการบวม แดง ร้อน แผลไม่มี Discharge ซึม
4. ปัสสาวะมีสีเหลืองใส สามารถถอดสายสวนออกได้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ปวดแผลผ่าตัด

##### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดแผล 8 คะแนน” สีหน้าไม่สุขสบายเมื่อขยับตัว  
O : post-op TLIF L4L5 with PDS มีแผลผ่าตัดที่หลัง

เป้าหมาย อาการปวด ลดลง

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. PS ≤ 3 คะแนน
2. สีหน้าแจ่มใส นอนหลับพักผ่อนได้

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical rating scale (NRS) q 4 hr. อย่างต่อเนื่อง เพื่อพิจารณาแนวทางการจัดการความเจ็บปวด แนะนำผู้ป่วยในการทราบระดับความปวด หากผู้ป่วยมีความปวดในระดับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ให้แจ้งพยาบาลรับทราบ และขอยาแก้ปวดเพื่อควบคุมความปวด อธิบายผู้ป่วยถึงผลเสียของอาการปวดที่ไม่ได้รับการบรรเทา
2. ดูแลให้ยาบรรเทาปวด Morphine 2 mg iv prn q 1 hr. เมื่อ pain score PS ≥ 7 เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาโดยประเมินการหายใจ Sedation score อาการคลื่นไส้/ อาเจียน อาการท้องผูก และประเมินอาการปวดหลังให้ยา
3. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความปวดโดยการใช้หลายวิธีร่วมกัน คือ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหายใจช้า-เบา-ยาว-ลึก เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ สวดมนต์ กำหนดจิตให้นิ่ง จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การเบี่ยงเบน ความสนใจจากความเจ็บปวดไปสู่สิ่งอื่น ๆ เช่น พูดคุยกับผู้ป่วย เล่นโทรศัพท์ ดูแลบรรยากาศให้ผ่อนคลายไม่ส่งเสียงดังเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก
4. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนที่นอนในท่านอนหงายใช้หมอนรองใต้เข่าไปให้ข้อเข่าและข้อสะโพกงอเล็กน้อย ช่วยให้กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง กล้ามเนื้อหลัง และหน้าท้องผ่อนคลาย หรือท่านอน ตะแคง ใช้หมอนรองใต้ขาบน และใช้หมอนพุงทางด้านหลังตามแนวความยาวของหลัง เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลัง
5. แนะนำและดูแลให้ก่อนผู้ป่วยลุกทำกิจกรรมต่างๆ เช่น นั่งบนเตียงลุกยืน เดินต้องใส่อุปกรณ์พุงหลังจะช่วยพุงกล้ามเนื้อและลดอาการปวดได้

#### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยยังมีสีหน้าอ่อนเพลีย ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา ไม่มีขอยาแก้ปวดเพิ่ม PS หลังได้รับยา 3-4 คะแนน นอนพักผ่อนได้ อาการปวดสะโพกสองข้างลดลง (ไม่ปวดบริเวณแผลผ่าตัด) Pain score rest = 0 คะแนน Pain score move = 3 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถทำกิจกรรมได้ นั่งแปรงฟัน นั่งรับประทานอาหารได้ ยืนข้างเตียงได้ ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยแจ้งว่า “ยังมีอาการขาบริเวณต้นขาซ้าย”

O : เริ่ม ambulate นั่ง ยืนข้างเดียว Plan เดินด้วย walker mild assistant

O : ผู้ป่วยสายตาสั้นต้องสวมแว่นตา

เป้าหมาย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีแผล, รอยช้ำจากการพลัดตกหกล้ม

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลความเสี่ยงพลัดตกหกล้มแก่ผู้ป่วย จัดสิ่งของให้หยิบจับได้สะดวก/ จัดสัญญาณขอความช่วยเหลือไว้ให้อยู่ใกล้มือ ดูแลช่วยเหลือ กิจกรรมประจำวันทั่วไป แนะนำให้ใช้กริ่งสัญญาณ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ การจัดสิ่งแวดล้อม

2. Quadricep exercise เพิ่มความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพก โดยนอนหงายเหยียดขาเกร็ง กล้ามเนื้อต้นขาให้ตึงเข้าติดที่นอนมากที่สุด เกร็งเข่าค้างไว้ 1-10 ทำทั้ง 2 ข้าง 10-15 ครั้ง วันละ 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น หรือทำในท่าหนึ่ง โดยนั่งห้อยขาข้างเดียวหรือนั่งบนเก้าอี้ เหยียดข้อเข่าข้างที่ผ่าตัด โดยให้ข้อเข่าเหยียดตรงเกร็งค้างไว้ 1-10

3. แนะนำการเกร็งแขนลักษณะเหมือนเบ่งกล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นแขน (biceps) ในการใช้พยาง walker ขณะเดินโดยทำทั้งสองข้าง ทำค้างไว้ 10 วินาที 10 ครั้ง/ รอบ วันละ 3 รอบ

4. Ankle pumping exercise ข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง นอนหงายขาเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้น เต็มที่ค้างไว้ 1-5 จากนั้นคลาย แล้วกระดกข้อเท้าลงเต็มที 1-5 (รวมเป็น 1 set) ทำ 10 set ทำวันละ 100-200 ครั้ง โดยแบ่งทำวันละ 3 เวลา หรือทุก ๆ 2 ชั่วโมง

5. ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนลุกนั่ง ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ขณะลุกนั่งให้เคลื่อนไหวช้า ๆ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังขณะนั่งข้างเดียว ดูแลใกล้ชิดทุกครั้งทีลุกจากเตียง

### ประเมินผล

ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่มีแผล รอยช้ำจากการพลัดตกหกล้ม

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยสอบถามว่า “เมื่อกลับบ้านจะขึ้นไปนอนที่ชั้นสองได้ไหม และจะนั่งรถไปงานกินเจที่ต่างจังหวัดได้ไหม”

S : ผู้ป่วยสอบถามว่า “จะกลับมาทำกิจกรรมตามปกติได้เมื่อไหร่ ตอนกลับบ้านจะมียาโรคกระดูกให้ด้วยไหม”

O : ผู้ป่วยหญิง อายุ 76 ปี Case Osteoporosis with spondylolisthesis L4-5 Post operation TLIF L4-5 Left

เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อม มีความรู้ทักษะการดูแลตนเอง เมื่อกลับบ้าน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและบุตรชาย สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง
2. สามารถฝึกปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง
3. มีสิ่งแวดล้อมที่บ้านเหมาะสม

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของบ้าน ความต้องการความช่วยเหลือ สถานที่ห้องน้ำ ที่นอน สภาพแวดล้อม ภายในบ้าน อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย แนะนำการดูแลการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยผู้ดูแล โดยทบทวนความเข้าใจการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ เรื่องกระดูกสันหลังทรุดเคลื่อน และได้รับการผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลังส่วนเอวผ่านผิวหนังแบบแผลเล็ก รายละเอียดการใช้ยาเมื่อกลับบ้าน และการทานยาโรคประจำตัว แนะนำบุตรชายตรวจสอบและเตรียมสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย โดยไม่ให้มีสิ่งกีดขวาง ทานเดินพื้น พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่น แห้งสะอาดเสมอ แสงสว่างเพียงพอ เตียนนอนไม่หนุนหรือสูงเกินไป จัดให้อยู่ใกล้กับห้องน้ำ ใช้ walker ในการช่วยเดิน และไม่ควรขึ้นบันไดหรือนั่งเป็นระยะเวลานาน ในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

2. อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเส้นประสาทถูกกดทับมากขึ้น แนะนำการสังเกตอาการรับความรู้สึกไม่ได้ หรือมีขาอ่อนแรงมากขึ้น หากมีอาการให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

3. การปฏิบัติท่าทางให้ถูกในผู้ป่วยรายนี้เพื่อรักษาหลังให้อยู่ ในท่าที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน เช่น ไม่ก้มหลัง ไม่ยกของหนัก นั่งไม่ควรนานเกิน 15-20 นาที ภายใน 3 สัปดาห์แรกของการผ่าตัด สวมอุปกรณ์พยุงหลังก่อนที่จะยืนหรือนั่ง ยกเว้นเวลานอนอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ ขณะรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหารสามารถส่ายให้หลวมได้เล็กน้อย ไม่ควรบิดหรือเอี้ยวตัวแรงๆ อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด หลีกเลี่ยงการลากแบกของหนักอย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัด การเอื้อมหยิบของบนที่สูง อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ขับรถหรือโดยสารรถทางไกล อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด

4. แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เน้นการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว เพื่อส่งเสริมการหายของ แผลกินอาหารที่มีปริมาณแคลเซียมสูง หลีกเลี่ยงหรืองดกินสิ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ คาเฟอีน น้ำอัดลม และอย่าให้น้ำหนักตัวมาก ลดน้ำหนักลงอย่างน้อย 1 กิโลกรัม เพื่อให้ BMI ไม่เกิน 30 กก./ม<sup>2</sup> และรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร

5. แนะนำการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รับประทานอาหารโซเดียมไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัม/วัน หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีรสเค็มจัด โดยสามารถดูปริมาณโซเดียมได้จาก ฉลากโภชนาการที่อยู่ข้างบรรจุภัณฑ์ หรือ หากจะรับประทานให้ลดประมาณลงตามหน่วย บริโภคที่ระบุไว้ที่ฉลากโภชนาการ

#### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและบุตรชายรับทราบเข้าใจ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้องผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายกลับบ้าน

#### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี มาด้วยอาการปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้างมากขึ้น เดินประมาณ ปวดด้านซ้ายมากกว่าขวา เดินได้ไม่มีเซ เดินประมาณ 5-10 นาที แล้วปวดมากขึ้น นั่งพักและรับประทานยา paracetamol อาการดีขึ้นเล็กน้อย วินิจฉัย Spondylolisthesis L4-5 รักษาด้วยยาระงับปวด รับการผ่าตัด Transforaminal Lumbar Interbody Fusion L4L5 วันที่ 27 กันยายน 2566 จากการรวบรวมข้อมูลเพื่อวางแผนการพยาบาล พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีภาวะ Osteoporosis และ BMI 26.2 กก./ม<sup>2</sup> ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ พบคือ 1) ปวดสะโพกสองข้าง 2) มีภาวะ Neurological deficit 3) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเลื่อน 4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 5) ปวดแผลผ่าตัด 6) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และ 7) เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน หลังให้การพยาบาล ปัญหาต่างๆได้รับแก้ไข ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง วิธีปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

#### วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกสันหลังเลื่อน ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะการดำเนินชีวิต และภาวะกระดูกพรุน พฤติกรรมการทำงานในกิจกรรมซ้ำๆ และภาวะหมดประจำเดือน ส่วนสำคัญของการเรียนรู้จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ คือการระบุปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่สามารถส่งผลต่อภาวะกระดูกสันหลังเลื่อน กระดูกพรุน ซึ่งสามารถทำให้เสี่ยงต่อภาวะกระดูกเสื่อมและหักได้ง่าย

#### ข้อเสนอแนะ

1. การทำความเข้าใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกระดูกพรุน และการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต จึงเป็นส่วนสำคัญให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. ควรมีการร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ในการออกแบบแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกพรุน กระดูกเสื่อม เพื่อให้การส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดกับผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนต่อไป
3. หน่วยงานควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยภาวะภาวะเสี่ยงกระดูกพรุน กระดูกเสื่อม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่มีมาตรฐาน และคุณภาพ



## เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติโรค พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
2. Aoki Y, Takahashi H, Nakajima A. Prevalence of lumbar spondylolysis and spondylolisthesis in patients with degenerative spinal disease. [Internet]. Sci Rep 10. 2020. [cited 2023, Oct 15]. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63784-0>
3. Tenny S, Gillis CC. Spondylolisthesis In StatPearls. [Internet]. Island (FL) : StatPearls Publishing; 2023.[cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430767/>
4. García-Ramos CL, Valenzuela-González J, Baeza-Álvarez VB, Rosales-Olivarez LM, Alpizar-Aguirre A, Reyes-Sánchez A. Lumbar degenerative spondylolisthesis II: treatment and controversies. Espondilolistesis degenerativa lumbar II: tratamiento y controversias. Acta Ortop Mex. 2020;34(6):433-40
5. Albert, T. Recovery from lumbar fusion surgery [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 15]. Available from: <http://www.spineuniverse.com /displayarticle.php/article1534.html>
6. จินพิชญ์ชา มะम्म. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566.
7. อัจฉรา ไชยกุล. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง:กรณีศึกษา 2 ราย. บทความวิจัย. 2564;8(4):362-74
8. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. ตัวชี้วัดผู้ป่วยในปี 2564-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
9. ธีรยุทธยาน์ วีระพงษ์. การดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง. วารสารพยาบาลทหารบก.2562;20(3):62-71





## Nursing care in a palliative setting for a patient with advanced breast cancer : A Case Study

Kedsirin Yimprem, D.N.S\*

### Abstract

**Introduction :** Advanced breast cancer not only leads to physical, emotional, social, and spiritual distress for the patient but also emotional distress to the family members. To provide a comprehensive care to these patients and their families, nurses need to have the knowledge and understanding of the disease and be able to establish a good bond to understand and respond to the physical, emotional and social burdens of the patients and their families.

**Objectives :** To provide guidelines for nurses for palliative care of advanced breast cancer patients.

**Case Study :** A 49-year-old Thai woman visited the hospital 8 days PTA with severe nausea and vomiting and fatigue following radiation therapy. The doctor diagnosed her with acute kidney failure. She was treated with IV infusion of 0.9% NaCl, adjusting the flow rate based on BUN, Creatinine, and eGFR levels. Additionally, hypokalemia, hyponatremia and hypomagnesemia were addressed to maintain electrolytes at normal levels. During the admission she experienced pain on her right thigh. On consultation with an orthopedic surgeon, she was diagnosed with metastatic breast cancer to her bones and spine. The palliative care team was consulted to take care of the patient. Her pain was controlled with morphine and gabapentin. The team discussed with the patient and the family about the disease progression and prognosis and a decision was made to take care of the patient palliatively. Further plans on the place of death, goals of life and DNR was discussed with the patient and family and a decision was made to take care of the palliatively at home. Prior to discharge the patient was awake but responding slowly and felt weak and fatigue. Her Palliative Performance Scale score was 30 points. Before discharge the relatives were trained to take care of the patient at home. The patient was finally discharged from the hospital after 13 days of hospital stay with plans to follow up as outpatient. The challenged in nursing care of the patient can be categorized into 3 phases. 1. Initial phase. On admission the patient had AKI and multiple electrolyte imbalances including hypokalemia, hyponatremia and hypomagnesemia. She felt ill and had pain in her left thigh due to bone metastasis. The relatives were anxious seeing the patient suffer. 2. During hospitalization phase. Management of hypercalcemia due to metastasis to the bones and spine. 3. Discharge and continued care at home phase. Relatives were anxious and lacked understanding regarding end-of-life care for the patient for which the relatives had to trained and prepared prior to discharge.

**Conclusions :** The advanced breast cancer patient with bone and spine metastasis and the family received comprehensive medical, emotional and social support and were able to return back home as per patient's and relatives' wishes and preferences. Therefore, nurses must possess skills, knowledge, and expertise in providing comprehensive and holistic end-of-life care to palliative patients, reflecting humane and patient-centered nursing care for patients.

**Keywords :** Palliative nursing care, metastatic breast cancer

---

\*Register Nurse, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม : กรณีศึกษา

เกษศิริรินทร์ ยิ้มเปรม, ป.พ.ส.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมถึงภาวะจิตใจของคนในครอบครัวจนถึงระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีสัมพันธภาพที่ดี สามารถประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม สามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

**กรณีศึกษา :** หญิงไทย อายุ 49 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 8 วันก่อน หลังกลับจากฉายแสงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำย่อยอ่อนเพลียมาก แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะไตวายเฉียบพลัน อายุรแพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9% NaCl 1000 ml. ปรับลดอัตราการไหลตามค่า BUN (Blood Urea Nitrogen) Creatinine และ eGFR (estimated glomerular filtration rate) ร่วมกับการรักษาภาวะ hypokalemia hyponatremia hypomagnesemia จนอยู่ในระดับปกติ ระหว่างรักษาผู้ป่วยมีอาการปวดต้นขาซ้าย ปวดศีรษะ แพทย์สั่งยาแก้ปวดให้ การวินิจฉัย คือ มะเร็งเต้านมลุกลามกระดูกและไขกระดูก รักษา Palliative care team ให้ยาบรรเทาอาการโดยได้รับ Morphine Gabapentin จนสามารถควบคุมอาการปวดได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค แต่การพยากรณ์โรคมะเร็งไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยและญาติเกิดความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจการช่วยฟื้นคืนชีพ วางแผนเรื่อง place of death or goal end of life และเตรียมวางแผนพาผู้ป่วยกลับบ้าน ประเมิน Palliative performance scale = 30 คะแนน ผู้ป่วยหลับมากกว่าตื่น เรียกร้องตัว ตอบคำถามช้าลง อ่อนเพลียมากขึ้น ญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลรวม 13 วัน ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญแบ่งเป็น 3 ระยะ 1. ระยะแรกเริ่ม มีของเสียในกระแสเลือดเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ Hypokalemia Hyponatremia Hypomagnesemia ไม่สุขสบายมีอาการปวดต้นขาซ้ายเนื่องจากมะเร็งเต้านมลุกลามกระดูกและไขกระดูก และญาติมีความวิตกกังวล 2. ระยะต่อเนือง มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมลุกลามไปกระดูกและไขกระดูก 3. ระยะจำหน่ายวางแผนการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ญาติมีความกังวลและพร้อมความเข้าใจเรื่องการเตรียมตัวผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนกลับบ้าน

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามกระดูกและไขกระดูกได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ จนสามารถกลับบ้านได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีทักษะความรู้ ความชำนาญอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สามารถนำไปเป็นแนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาลแบบประคับประคอง มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

จากอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมในประเทศไทยปี 2562, 2563, 2564 มีผู้เสียชีวิต จำนวน 4,673, 4,732, 4,887 คน และอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็น 14.0, 14.4, 14.6 ตามลำดับ<sup>1</sup> มะเร็งเต้านมพบได้เป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในหญิงไทยและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี<sup>2</sup> มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพันธุกรรม และการกลายพันธุ์ของยีนในเซลล์ปกตินำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งโดยจะแพร่กระจายไปตามเนื้อเยื่อ ลูกกลมจนอวัยวะสูญเสียหน้าที่ตามปกติและเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนเสียชีวิตในที่สุด

องค์การอนามัยโลกและวงการแพทย์ สร้างระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีเป้าหมายหลัก คือ การดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีคุณภาพพร้อมจากไปอย่างสงบหรือตายดี (good death)<sup>3</sup> โดยตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีสัมพันธภาพที่ดีสามารถประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม สามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารักษา ปี2563, 2564, 2565 จำนวน 4,175 คน, 4,175 คน และ 4,956 คน ตามลำดับ ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิตจำนวน 5 คน, 0 คน และ 5 คน ตามลำดับ<sup>4</sup> พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองคือ บุคลากรไม่เพียงพอ ไม่มีความมั่นใจ ขาดอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน ความล่าช้า ไม่ชัดเจนในการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงปัญหาและสนใจการส่งเสริมแนวทางดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการให้มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม เป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่องภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดโดยบูรณาการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย วัย 49 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

วินิจฉัยโรค : Malignant neoplasm of breast with secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย 8 วันก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 เดือนก่อน คลำพบก้อนที่หน้าอกด้านซ้าย ขนาดประมาณ 10 เซนติเมตร ไม่มีแผล ไม่มีน้ำนม เลือด หนองไหลออกมา จึงมาโรงพยาบาล แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จากผลการตรวจ Mammogram พบ BIRADS 5 (Breast Imaging – Reporting and Data System 5) upper rt. Breast 6 cm. (Highly suggestive of malignancy) และจากการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพบ Invasive carcinoma of no special type (ductal) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจนครบที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างการรักษามีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง

5 เดือน ได้รับการผ่าตัด Modified Radical Mastectomy Right. ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรและส่งตัวไปรับการรักษาด้วยการฉายแสงที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

8 วันก่อนมาโรงพยาบาล หลังฉายแสงครบ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียนตลอด อ่อนเพลีย ปวดต้นขาข้างขวามาก ลูกนั่งไม่ได้

### ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง มาประมาณ 10 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตได้ดี



ประวัติการแพ้ : ปฏิเสธการแพ้อาหาร ยาและสารเคมี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : สมส่วน น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI=25.4

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 109/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

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

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีเลือด ไม่มีผื่น

ศีรษะและใบหน้า : ผสมสีน้ำตาล ศีรษะไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน มองเห็นปกติ ปาก จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ หายใจสม่ำเสมออัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที มีรอยแผลผ่าตัดเต้านมขอบเรียบแห้งดี ไม่มีบวมแดง

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง เสียงการหายใจปกติ

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด มีคลื่นไส้อาเจียน

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ปวดต้นขาซ้ายมาก ลูกนั่งไม่ได้

ระบบทางเดินปัสสาวะ : สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ปัสสาวะสีเหลืองเข้มเล็กน้อย กระเพาะปัสสาวะไม่โป่ง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมด้านขวาถูกตัด ด้านซ้ายปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สีหน้าไม่สุขสบาย ไม่ตอบคำถามบางครั้ง กังวลและกลัวเรื่องการรักษา การทำหัตถการ เช่น การเจาะเลือด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	20/05/66	21/05/66	24/05/66	26/05/66	31/05/66	01/06/66
BUN	8-20 mg/dL	61	47		38		
Creatinine	0.55-1.02 mg/dL	2.61	2.41		1.99	2.02	2.06
eGFR	ml/min/1.73m <sup>2</sup>	21	23		29	28	28
Na	136-146 mmol/L	133	137		143	140	
K	3.4-4.5 mmol/L	3.1	3.5		3.5	4.1	
Cl	101-109 mmol/L	94	102		104	108	
Mg	F 1.9-2.5 mg/dL	1.3			1.9	2.1	
Ca	8.8-10.6 mg/dL					17.6	15.7
Hct.	Female 37-47%	23		21	26		
Hb.	12-16g/dL	7.5		7.0	8.6		

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

20/05/66 วันแรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียนเป็นน้ำตลอด เวียนศีรษะ ต้องการนอนมากกว่าหนึ่ง ประเมิน Palliative performance scale (PPS) = 60 คะแนน ปวดเมื่อยตามตัว ระดับความเจ็บปวด (pain score) 3/10 คะแนน แพทย์ให้การรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9%NaCl 1000 ml. IV drip 100 ml./hr. ให้ยารักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน คือ Metoclopramide injection 10 mg IV then pm for N/V q 8 hr และ Dimenhydrinate 50 mg. 1tab oral tid pc ค่า Magnesium 1.3 mg/dL แพทย์ให้การรักษาโดยปรับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 50% Magnesium sulfate 2 gm ผสมใน 0.9%NaCl 100 ml. IV drip 25 ml./hr. รวม 3 วัน ได้รับการรักษาเพิ่มโดยการให้ E.KCl 30 ml. oral q 4 hr 2 dose และ Tolperisone 50 mg. 1 tab oral tid pc หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยทุเลาคลื่นไส้อาเจียน

21/05/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย ประเมิน Palliative performance scale (PPS) = 40 คะแนน อาการปวดกระดูก  
ต้นขาซ้ายมากขึ้น Pain score 6/10 คะแนน แพทย์ได้ให้ยาแก้ปวด Morphine SR tab 30 mg. 1 tabs oral bidpc และ Fentanyl 50 mcg  
iv pm for bone pain วางแผนปรึกษา Palliative care team

22-23/05/66 ญาติต้องการคุยเรื่องแผนการรักษาต่อเนื่อง แพทย์อายุรกรรมปรึกษาแผนกศัลยกรรมเรื่องระยะของมะเร็งเต้านม  
นมเพื่อยืนยันการวินิจฉัยรวมทั้งแผนการรักษาต่อ แพทย์ศัลยกรรมได้ให้การปรึกษาคือนัดติดตามอาการหลังผู้ป่วยจำหน่าย  
1 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคมะเร็ง แพทย์อายุรกรรมปรึกษาแผนกศัลยกรรมกระดูกเรื่องปวดกระดูกต้นขาซ้าย แพทย์  
ศัลยกรรมกระดูกแจ้งว่ามะเร็งลุกลามไปที่กระดูกไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ ต่อมาพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแต่หอบมากขึ้น  
เกินไป ค่าOxygen satution 93% ให้ on O2 canular 2 lit/min แพทย์ Palliative care จึงให้ Morphine SR tab 10 mg. 1 tabs oral bid  
pc Gabapentin 100 mg. 1 tabs oral hs. และ Morphine Syrup 6 mg. oral pm for dyspnea หลังได้ทราบผลการปรึกษาแพทย์แผนก  
ศัลยกรรมและแผนกศัลยกรรมกระดูก แพทย์อายุรกรรมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินของโรคมะเร็ง การพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยและ  
ครอบครัวแล้วลงความเห็นว่าเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจการช่วยฟื้นคืนชีพ และวางแผนคุยเรื่อง place of death or goal end of life

24/05/66 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Hct. 21% ขอ Pack Red cell (PRC) 1unit

25/05/66-01/06/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้น้อย หายใจเองเหนื่อยง่ายหลังเคลื่อนไหวหรือพลิก  
ตะแคงตัว on O2 canular 2 lit/min อัตราการ 20 ครั้ง/นาที ค่า Oxygen satution 98% ประเมิน Palliative performance  
scale (PPS) = 40 คะแนน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการแนวทางการรักษา ยอมรับการดูแลแบบประคับประคอง เตรียม  
วางแผนพาผู้ป่วยกลับบ้าน

02/06/66 ผู้ป่วยหอบมากกว่าตื่น เรียกร้องตัวตอบคำถามช้าลงอ่อนเพลีย หายใจเองเหนื่อยง่ายหลังเคลื่อนไหว  
on O2 canular 2 lit/min อัตราการ 20 ครั้ง/นาที ค่า Oxygen satution 99 % Palliative performance scale (PPS)= 30 คะแนน  
แพทย์จำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลรวม 13 วัน

## การวางแผนการพยาบาล

### ระยะแรกเริ่ม

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1** ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ Hypokalemia Hyponatremia Hypomagnesemia  
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียนเป็นน้ำตลอด
2. Potassium 3.1 mmol/L Sodium 133 mmol/L Magnesium 1.3 mg/dL

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย
2. เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของ Hypokalemia Hyponatremia Hypomagnesemia

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรีบแจ้งพยาบาลทันที เช่น
  - อาการแสดงของโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจลำบาก ท้องอืด ท้องผูก เป็นตะคริวหรือกระดูก
  - อาการแสดงของโซเดียมต่ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อกระดูก ช้ำมลง
  - อาการแสดงของแมกนีเซียมต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะ เห็นบวม เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง

### เกร็ง สั่น กระตุก

2. บันทึกลักษณะและจำนวนของสิ่งที่ผู้ป่วยอาเจียน เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ/เกลือแร่
3. ให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการคลื่นไส้อาเจียน

4. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน คือ Metoclopramide injection 10 mg IV then pm for NV q 8 hr. ตามแผนการรักษา

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณตามการรักษา คือ 0.9%NaCl 1000 ml. IV drip 100 ml/hr. และ 50% Magnesium sulfate 2 gm ผสมใน 0.9%NaCl 100 ml. IV drip 25 ml/hr. O.D รวม 3 วัน ตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา โดยปฏิบัติตามการพยาบาลตามข้อกำหนดการให้ยาความเสี่ยงสูง

6. ดูแลให้ได้รับ E.KCl 30 ml. oral q 4 hr. 2 dose ตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา

7. แนะนำการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร โดยการรับประทานอาหารเหลว/เสริม รับประทานอาหารสุกใหม่ บริโภคเครื่องดื่มที่มีรสชาติเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มปริมาณสารอาหารและพลังงานให้แก่ร่างกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสชาติช่วยทำให้การรับรสดีขึ้นและเพิ่มความอยากอาหาร

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานให้แพทย์ทราบทันทีที่มีความผิดปกติ

#### การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของHypokalemia Hyponatremia Hypomagnesemia

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของเกลือแร่และน้ำตาลในร่างกายอยู่ในระดับปกติ

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2** ผู้ป่วยมีของเสียในกระแสเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

**ข้อมูลสนับสนุน** BUN 61 mg/dL Creatinine 2.61 mg/dL eGFR 21 ml/min/1.73m<sup>2</sup>

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด

#### เกณฑ์การประเมินผล

มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ BUN, Creatinine, eGFR ในร่างกายอยู่ในระดับปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

2. บันทึกน้ำเข้า - ออก ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออก

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณตามการรักษา คือ 0.9%NaCl 1000 ml. IV drip 100 ml/hr.

4. สังเกตอาการของเสียคั่งในร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย บวม หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง

5. ติดตามผล lab BUN, Cr, eGFR เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย

#### การประเมินผล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ BUN, Creatinine, eGFR ในร่างกายอยู่ในระดับเท่าเดิม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3** ผู้ป่วยมีอาการปวดต้นขาซ้าย เนื่องจากมะเร็งเต้านมลุกลามกระดูก

**ข้อมูลสนับสนุน** มีก้อนนูนๆ บริเวณต้นขาซ้าย ผู้ป่วยปวดต้นขาซ้ายมาก Pain score 6/10 คะแนน

**วัตถุประสงค์** เพื่อลดอาการปวดต้นขาซ้าย

#### เกณฑ์การประเมินผล

Pain score < 3/10 คะแนน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวด (pain score) ทุก 4 ชั่วโมง โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวด (Visual analog scale) และสังเกตปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยแสดงออกมา เช่น หน้าหน้าคิ้วขมวด ลูบคลำบริเวณที่ปวด ร้องไห้หน้าตาไหล สอบถามลักษณะอาการ เวลา และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น

2. ดูแลให้ยา Fentanyl 50 mcg ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง เมื่อปวดกระดูก ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ให้ยา Morphine SR tab 30 mg. 1 tabs oral bidpc ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงตามข้อกำหนดการให้ยาความเสี่ยงสูง



- 4.การจัดการความปวดปรับขนาดยาจนผู้ป่วยทุเลापวด ลงบันทึก ติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา
5. สังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับยา ติดตามสัญญาณชีพ

#### การประเมินผล

ทุเลापวดชาซ้าย pain score = 3 /10 คะแนน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4** ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

**ข้อมูลสนับสนุน** ญาติและผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการตลอดเวลา

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล สอบถามอาการลดลง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย และญาติด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางเป็นมิตร แสดงความเห็นใจ และพร้อมให้ความช่วยเหลือ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาลที่ได้ทำไปแล้ว ผลการรักษาในปัจจุบัน แผนการรักษาพยาบาลที่จะต้องดำเนินต่อ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย ระบายความวิตกกังวลและปัญหาที่ต้องการให้การช่วยเหลือ
4. ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การรับรู้ เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย และกลไกการปรับตัว
5. อธิบาย แนะนำ เสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติสร้างความมั่นใจ วางใจในการรักษาของแพทย์

#### การประเมินผล

ญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย สอบถามอาการลดลง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

#### ระยะต่อเนื่อง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5** เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการทำงานของปอดมีประสิทธิภาพลดลง

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O2 sat = 90%
2. X-ray ปอด ไม่พบ Infiltration

**วัตถุประสงค์**

เพื่อไม่ให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจ = 16-20 ครั้ง/นาที O2 sat = 95-100%
2. ผล X-Ray ปอดปกติ
3. ไม่มีลักษณะของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียว

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ อาการหอบเหนื่อย การตรวจสภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้า
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดได้ขยายได้เต็มที่
3. วัดประเมิน VS ทุก 4 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน ฟังปอด วัด O2 saturation เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย
4. On O2 Canular 2 lit/min โดยวัด O2 saturation ให้ระดับออกซิเจนอยู่ในช่วง 96-100 เปอร์เซ็นต์
5. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดการทำกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจเองได้ อัตราการหายใจ = 20-22 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat = 95-97% ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว
2. ผล X-ray ปอดปกติ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6** ผู้ป่วยมีภาวะชืดเนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และโรคมะเร็งเต้านม

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก เพลีย ไม่ค่อยมีแรง
2. เยื่อบุตาขาวชืด Hct 21.6 % Hb 7.0 g/dL

### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะชืด

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) และค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ในร่างกายอยู่ในระดับปกติ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะชืด เช่น ชืด มึนงง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ใจสั่น หายใจลำบากขณะออกแรง
2. รายงานแพทย์ทราบอาการ และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) และค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin)
3. เเจาะเลือดขอ Pack red cell 1unit เมื่อได้ Pack red cell จึงตรวจสอบตามมาตรฐานการให้เลือด และให้เลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือด แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการแพ้ เลือด ได้แก่ หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ ผื่น คัน เจ็บพบบทบาททันที
4. ติดตามค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) และค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) เพื่อประเมินภาวะชืด

### การประเมินผล

ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 26% และค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน 8.6 g/dL

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7** มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเนื่องจากโรคมะเร็งลุกลามไปกระดูก

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยตอบสนองด้วยคำพูดช้าลง หลับมากขึ้น
2. Calcium 15.7-17.6 mg/dL

### วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะ Hypercalcemia

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ Calcium อยู่ในระดับปกติ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระหายน้ำ อาการทางระบบประสาท ผิวน้ำแข็ง
2. ประเมินและติดตามอาการของระดับแคลเซียมในเลือดสูง ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร เหนื่อย เพลีย บัสสาวะมาก ท้องผูก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึพจรเต้นช้าหรือไม่สม่ำเสมอ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยตอบสนองด้วยคำพูดช้าลง ซึมลง หรือมีอาการสับสน กระวนกระวาย

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ จึงติดตามและบันทึกเป็นทุก 4 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณตามการรักษาคือ Acetar 1000 ml iv drip 80 ml/hr และประเมินการได้รับน้ำเกิน เช่น ความลึกและอัตราการหายใจ อาการกระวนกระวาย การเปลี่ยนแปลงของ O2 saturation เป็นต้น
5. ดูแลให้ได้รับยาเพื่อเพิ่มการขับแคลเซียมคือ Lasix 40 mg. เข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อให้สามารถขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะได้มากขึ้น
6. กระตุ้นให้ดื่มน้ำได้ 2-3 ลิตร เพื่อช่วยขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะมากขึ้น
7. บันทึกสารน้ำเข้า-ออก (Intake-Output : I/O) ทุก 8 ชั่วโมง สังเกต สีของปัสสาวะ ติดตามผลตรวจความถ่วงของ ปัสสาวะ (Sp.gr.) เพื่อประเมินการได้รับน้ำว่าเพียงพอหรือไม่
8. กระตุ้นให้ ผู้ป่วย ambulate เพื่อป้องกันการสลายของกระดูก (bone resorption) และส่งเสริมการนำแคลเซียมเข้ากระดูกมากขึ้น ควรมีการออกกำลังกายเบาเช่น เหยียดขาตรง ระวังกระดูกแตกหักเนื่องจากกระดูกเปราะบาง
9. แนะนำรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูง ผลิตภัณฑ์จากนม เช่น โยเกิร์ต ฟอสเฟส ช่วยจับแคลเซียม และเพิ่มความเป็นกรดของปัสสาวะ ละลายแคลเซียมและขับออกทางปัสสาวะได้มากขึ้น ร่วมกับการงดอาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม ปลาตัวเล็ก
10. แนะนำเติมเกลือแกงในอาหารหรือเครื่องดื่ม เพื่อเพิ่มการขับแคลเซียมออกจากร่างกาย
11. เจาะเลือดและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของแคลเซียม แมกนีเซียมในเลือดและ serum Cratinine เพื่อประเมินการทำงานของไต
12. ระวังการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ตกเตียง เนื่องจาก ผู้ป่วยระดับการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง ซึม กำลั้ง กล้ามเนื้อแขนขาลดลง จึงไม่กั้นเตียงและทดสอบ ทุกครั้งก่อนออกจากเตียงผู้ป่วย

#### การประเมินผล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของค่าแคลเซียมอยู่ที่ 15.7 mg/dL

#### การพยาบาลระยะจำหน่ายวางแผนการดูแลต่อเองที่บ้าน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8** ญาติมีความกังวลและพร่องความเข้าใจเรื่องการเตรียมตัวผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

#### ข้อมูลสนับสนุน

ญาติผู้ป่วยสอบถามว่าควรทำอย่างไร หากผู้ป่วยอาการทรุดลง

#### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบสุข มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบในสถานที่ที่ผู้ป่วยเลือก

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติพูดคุยให้ผู้ป่วยมีจิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม ให้นำสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาไว้ที่ห้อง เพื่อให้ระลึกนึกถึงให้ญาติสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตรในวันที่มีพระมารับบิณฑบาต
2. แนะนำเรื่องการช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ ได้แก่ ภาระกิจการงานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินสมบัติที่ยังไม่มีผู้จัดการ หรือมีความรู้สึกผิดบางอย่างอยู่ในใจ
3. แนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆที่ ผู้ป่วยยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ทำให้เกิดความกังวล ควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รัก แนะนำผู้ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึกไม่ยึดติด
4. สอนให้ญาติสร้างบรรยากาศที่สงบ และเป็นส่วนตัว งดร้องไห้ ให้ผู้ป่วยเห็นหรือได้ยิน ใช้วิธีทางศาสนามาช่วยสร้างบรรยากาศได้ เช่น เปิดบทสวดมนต์ให้ฟัง

#### การประเมินผล

ญาติและผู้ป่วยเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 9 ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกอยากกลับบ้าน
2. ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่เคยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน

### วัตถุประสงค์

ญาติมีความพร้อมของในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนกลับบ้านได้เหมาะสม

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้กลับบ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
2. ญาติสามารถบอกถึงกิจกรรมที่ควรทำ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสิ่งต้องระวังได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนกลับบ้าน
2. แนะนำและฝึกทักษะญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่องการสังเกตอาการที่ผิดปกติ วิธีปฏิบัติในการมารับยา

ช่องทางการขอความช่วยเหลือจากพยาบาล รพ.สต. หรือโรงพยาบาล

3. แนะนำการสังเกตอาการผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงท้ายของชีวิต เช่น ปลายมือปลายเท้าเย็น สีผิวหนังคล้ำขึ้น เป็นจ้ำ การหายใจเริ่มผิดปกติ ไม่เร็วขึ้นก็ช้าลง หรือ หายใจเป็นช่วงๆ การรับรู้แยลง ไม่สื่อสาร ซึมหลับ ปลูกไม้ตื่น คาร์ปอลอยให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ลดการรบกวนต่าง เช่น พลิกตัว การดูดเสมหะ เพราะทำให้ผู้ป่วยทรมาน เมื่อถึงช่วงนี้ระบบประสาททำงานไม่ดี การรับรู้ และความเจ็บปวดจะน้อยลงจนไม่รู้สึกรึ้น จึงอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดอีก ระยะนี้ผู้ป่วยต้องการให้คนอยู่ใกล้ ญาติจึงต้องควรอยู่เป็นเพื่อนเสมอ พูดคุย ปลอบโยน กอด สัมผัสอย่างอ่อนโยนให้คลายความกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ

### การประเมินผล

ญาติตอบคำถามและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 10 สร้างเสริมความปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในห้องพิเศษ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
2. ผู้ป่วยอยู่ในห้องพิเศษ เป็นส่วนตัว มิดชิด ยากต่อการเข้าถึง

### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ
2. ญาติมั่นใจและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนกลับบ้านได้เหมาะสม

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ
2. ญาติสามารถบอกถึงกิจกรรมที่ควรทำในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสิ่งต้องระวังได้ถูกต้อง
3. ญาติสามารถบอกถึงอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงที่โอกาสเกิดขึ้น เช่น พลัดตกเตียง อาการทรุดลงโดยที่พยาบาลไม่ทราบ
2. แนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เรียกไม่ตอบ ซึมลง ปลูกไม้ตื่น ให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
3. แนะนำญาติดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ยกเหล็กกันเตียงทุกครั้งหลังให้การดูแลผู้ป่วย
4. แนะนำการใช้กริ่งฉุกเฉินเรียกพยาบาลเพื่อขอความช่วยเหลือ
5. เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
6. พูดคุยให้กำลังใจเสริมสร้างความมั่นใจ (Empowerment) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ
2. ญาติสามารถตอบคำถาม ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ และบอกว่ามีใจที่จะดูแลผู้ป่วยจนถึงระยะท้ายของชีวิต

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาสำคัญ ได้แก่ ภาวะของเสียคั่งจากการทำงานของไตลดลง ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย อาการปวดกระดูกต้นขา ภาวะซีด ต่อมาแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายลุกลามไปกระดูก (Malignant neoplasm of breast with secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow) ร่วมกับการมีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงจากมะเร็งเต้านมลุกลามไปกระดูกและไขกระดูก ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดีขึ้น แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ศัลยกรรมกระดูก ทีมแพทย์ Palliative care และพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จึงนัดญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นลูกสาวผู้ป่วยที่ให้การดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาเพื่อให้ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายไม่สามารถรักษาได้ ผู้ป่วยและญาติยอมรับอาการได้จึงขอพาผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อดูแลแบบประคับประคองตามที่ผู้ป่วยต้องการ ในระยะก่อนเสียชีวิตลูกสาวได้จัดสิ่งแวดล้อมบรรยากาศที่บ้านให้สงบและอบอุ่น ผู้ป่วยได้ฟังเสียงสวดมนต์ จนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบใน 6 วันต่อมา

## วิจารณ์

ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแตกต่างกัน ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ขาดทักษะ และความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการดูแลด้านร่างกายขาดการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อาจมีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแล ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสาร ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกรณีศึกษามาทบทวน ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้กระบวนการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกปัญหา และได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย
2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ควรมีการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกความต้องการการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อความเข้าใจตรงกัน ช่วยลดข้อขัดแย้ง ลดความกังวลระหว่างแพทย์ พยาบาลกับญาติผู้ป่วย

## สรุป

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เกิดความทุกข์ทรมานจากการรักษา มีความรุนแรงของโรคที่ลุกลามจนนำไปสู่การดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยมีทัศนคติและเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลที่มีคุณภาพนับเป็นสิ่งสำคัญ และมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย

## เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสาธารณสุข [Internet]. [cite 20 oct 2023]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>
2. เกวลิน รัชนิภาภรณ์. นมเรื่องไม่ยาก. จุลสารรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. 2562;1(1):6. [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.radiologythailand.org/wp-content/uploads/2020/01/Final-%E0%B8%88%E0%B8%B8%E0%B8%A5%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3-%E0%B8%A3%E0%B8%AA%E0%B8%97-1.pdf>
3. กนกพร ไพศาลสุจารีกุล. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. 2564;15:57-70.
4. รายงานประจำปี 2565 โรงพยาบาลกำแพงเพชร. [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.kph.go.th/html/attachments/article/4484/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5%202565%20.pdf>
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563-2565. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.
6. ลักษณ์ิชาญเวชช์, ประถมภรณ์ จันท์ทอง, กิตติพล นาควิโรจน์, ปิยพร ทิสยากร. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 2. ขอนแก่น:สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย;2564.
7. ฉันทชาย สิทธิพันธ์ุ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : หมอชวนรู้ แพทยสภา. [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://tmc.or.th/pdf/tmc\\_knowledge-59.pdf](https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-59.pdf)
8. บังอร ไทรเกตุ. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) .นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2556. [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/palliative/sites/default/files/public/Palliative%20care.pdf>



## Nursing care for salpingectomy patients in women with ectopic pregnancies : A Case study

Namthip Orachon, B.N.S. \*

### Abstract

**Introduction :** Salpingectomy, the surgical removal of the fallopian tube, typically results from an ectopic pregnancy, which is an obstetric and gynecological emergency with a high risk in reproductively mature women. Tubal rupture can lead to life-threatening hemorrhagic shock, making it the leading cause of maternal mortality. Critical condition resolved by surgery. And postoperative nursing care both physical and mental, help keep patients safe and receive quality health restoration.

**Objective :** To provide effective nursing care for patients after salpingectomies from ectopic pregnancies.

**Case Study :** A 29-year-old Thai woman (G1P0, GA 6 weeks) presented to the hospital with lower abdominal pain, watery diarrhea (10 times), nausea (5 times), hot flashes, dizziness, and no vaginal bleeding. Her vital signs were blood pressure 80/40 mmHg, heart rate 77 bpm, respiratory rate 22 bpm, and oxygen saturation 93%. A urine pregnancy test was positive. Abdominal ultrasound revealed free fluid in the hepatorenal pouch and pelvic cavity. The obstetrician diagnosed her with ruptured tubal pregnancy with hemorrhagic shock. The patient received immediate and substantial normal saline fluid resuscitation and supplemental oxygen. The obstetrician performed an emergency right salpingectomy, which took 45 minutes and resulted in 1,100 cc of intra-abdominal blood loss. The patient received 3 units of packed red blood cells. After post operative procedure, The patient stayed in the general ward for 16 hours. The doctor assessed patient 's symptoms and allowed her to be transferred to a special room. The patient is conscious and her vital sign were blood pressure 110/68 mmHg. Heart rate 88 bpm, respiratory rate 20 bpm, no vaginal bleeding, the surgical wound does not bleed. Patient with wound pain, fatigue, bloating, abstain from food and water, substantial 5% Dextrose in % Normal saline/2 fluid 120 ml/hr. Nursing diagnosis includes: 1. Risk of worsening 2. Uncomfortable due to pain from the surgical wound 3. There is a chance of fluid imbalance due to blood loss during surgery. 4. There is bloating due to decreased bowel movements. 6. Patients grieving the loss of a child. and are worried about the next pregnancy 7. Patients and relatives lack knowledge about how to behave when they return home. All problems are resolved through effective nursing care. Clinical improve and There were no complications after surgery. The patient was discharged and scheduled for outpatient follow-up. She spent a total of 4 days in the hospital. It is recommended to have the stitches removed at a hospital near her home. and follow-up appointment for 4 weeks. The result of the biopsy was normal biopsy. The patient's symptoms were normal. There were no complications after surgery.

**Summary of Case Study Results :** The Patients who have undergone salpingectomy due to an ectopic pregnancy. It is a physical and mental emergency. Nurses must have the knowledge and skills to nurse patients safely. There were no complications after surgery. and provide psychological nursing care after the loss of an unborn child to the patient and family

**Keywords :** Ectopic pregnancy, Salpingectomy, Post operative nursing care

\*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดปีกมดลูก ในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก : กรณีศึกษา

น้ำทิพย์ อรชร, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** การผ่าตัดตัดปีกมดลูกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวช ที่มีความเสี่ยงสูงในสตรีวัยเจริญพันธุ์ หากเกิดการแตกของท่อไข่ จะทำให้เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดในช่องท้อง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตการรักษที่สำคัญโดยวิธีการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและการพยาบาลหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และได้รับการฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดปีกมดลูกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** หญิงไทย อายุ 29 ปี G1P0,GA 6 weeks LPM ปลายเดือนธันวาคม ปี 2565 ประจำเดือนมาปกติ สม่าเสมอ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วย 11 ชั่วโมงก่อนมา มีปวดท้องน้อย อาเจียนเป็นเศษอาหาร 5 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ 10 ครั้ง ไม่ได้รักษา 2 ชั่วโมงก่อนมา มีเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ปวดท้องน้อยมากขึ้น หน้าวสัน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ญาติจึงพาส่งโรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 93% ส่งตรวจ Urine pregnancy test ผล Positive ตรวจอัลตราซาวด์ พบ Free Fluid at hepatorenal Pouch and blood intraabdominal แพทย์วินิจฉัย Rupture tubal Pregnancy with shock ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันเวลาที่โดยการผ่าตัด RT salpingectomy โดยสูติแพทย์ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 45 นาที มีเลือดออกในช่องท้อง 1,100 cc ได้รับเลือดในช่องท้อง 3 unit หลังออกจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยนอนพักอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญ 16 ชั่วโมง แพทย์ประเมินอาการอนุญาตให้ย้ายเข้าห้องพิเศษได้ แรกรับที่ตึกพิเศษ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผลอ่อนเพลีย ท้องอืด งดอาหารและน้ำ On 5%DN/2 120 ml/hr วินิจฉัยทางการพยาบาลขณะอยู่ที่ตึกพิเศษ ได้แก่ 1. เสี่ยงต่อภาวะทรุดลง 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. มีโอกาสเกิดภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำเนื่องจากเสียเลือดขณะผ่าตัด 4. มีภาวะท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง 5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 6. ผู้ป่วยเศร้าโศกที่สูญเสียบุตร และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป 7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขจากการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์ให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาอยู่โรงพยาบาล 4 วัน แนะนำตัดไหมที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน และนัดติดตามอาการ 4 สัปดาห์ เพื่อฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผลตรวจชิ้นเนื้อปกติ อาการของผู้ป่วยปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตัดปีกมดลูกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นภาวะฉุกเฉินทั้งทางร่างกาย และจิตใจ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และให้การพยาบาลทั้งด้านจิตใจ หลังการสูญเสียบุตรในครรภ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

**คำสำคัญ :** การตั้งครรภ์นอกมดลูก การผ่าตัดตัดปีกมดลูก การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นกรณีที่ตัวอ่อนทารกไปฝังตัวอยู่บริเวณอื่นที่ไม่ใช่ผนังมดลูก โดยมักเกิดขึ้นบริเวณท่อนำไข่ (ปีกมดลูก) ทำให้ตัวอ่อนไม่สามารถเจริญเติบโตต่อไปเป็นทารกได้<sup>1</sup> สถิติการตั้งครรภ์นอกมดลูกในประเทศไทยพบประมาณ 1 ต่อ 200 ของการคลอดพบทุกอายุในวัยเจริญพันธุ์ และพบได้ทั้งในการตั้งครรภ์ครั้งแรก แต่พบได้บ่อยกว่าในสตรีที่ตั้งครรภ์แล้วหลายครั้ง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยเกิดในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์<sup>2</sup> ซึ่งสามารถแบ่งตามตำแหน่งที่ฝังตัวได้เป็น 2 ชนิด คือ การตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ พบร้อยละ 98 และการตั้งครรภ์ตำแหน่งอื่นที่ไม่ใช่ท่อนำไข่อีกร้อยละ 2 เช่น ปากมดลูก รังไข่ แผลผ่าตัดคลอด เป็นต้น<sup>3</sup> สาเหตุส่วนใหญ่พบในคนที่มียีกมดลูกอักเสบ ยุติการตั้งครรภ์บ่อย หรือการขูดมดลูก ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อ ท่อนำไข่ไม่เรียบ ไข่เดินทางไปสู่มดลูกได้ช้า การฝังตัวเกิดได้ไม่ดี จึงเกิดการฝังตัวนอกมดลูกขึ้น<sup>4</sup> การตั้งครรภ์นอกมดลูกในระยะแรกๆ อาจไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ นอกจากประจำเดือนไม่มาตามปกติ เมื่อผ่านไประยะหนึ่งแล้วอาจมีอาการปวดท้อง มีเลือดออกทางช่องคลอด มีอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม ซึ่งมักจะพบในระยะที่ท่อนำไข่แตก มีเลือดออกภายในช่องท้อง อาจทำให้เกิดปัญหาภาวะช็อกจากการเสียเลือดได้<sup>5</sup> โดยทั่วไปการรักษาตั้งครรภ์นอกมดลูกแบ่งได้เป็น การรักษาแบบติดตามระดับประคอง การรักษาด้วยยา และการผ่าตัด<sup>6</sup> การตั้งครรภ์นอกมดลูกหากไม่ได้รับการรักษาจะกลายเป็นความผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินทางการแพทย์ การได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก ทั้งยังเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ที่ดีในอนาคต<sup>7</sup>

การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่สำคัญ คือ การได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและแม่นยำ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลทันเวลาสอดคล้องสมภาวะการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ จะช่วยลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งความสำคัญและซับซ้อนในทางการพยาบาลผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพแบบองค์รวมและต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงจะทำให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและหายจากโรคในเวลาที่เหมาะสม<sup>8</sup> ดังนั้น พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดที่จะแก้ปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วย จำเป็นที่จะต้องมีความรู้และสมรรถนะในการประเมินอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>9</sup> เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และการไม่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตพร้อมทั้งการวางแผนการพยาบาลในระยะต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข

โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิให้การดูแลบุคคลที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย จากข้อมูลสถิติปี 2564, 2565 และ 2566 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เข้ามารับการรักษา จำนวน 50, 57 และ 60 ราย ตามลำดับ และพบว่า มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดเนื่องจากถุงการตั้งครรภ์แตก จำนวน 9, 5 และ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 18, 9 และ 17 ตามลำดับ<sup>10</sup> ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตคุกคามชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน โดยการประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด มีความสำคัญเป็นอย่างมาก หากได้รับการวินิจฉัยถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้นและได้รับการผ่าตัดที่ทันเวลาที่ส่งผลการเสียชีวิตลดลง ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดเนื่องจากถุงการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่แตกและได้รับการผ่าตัดตัดปีกมดลูก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดปีกมดลูกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 29 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส อาชีพ รับจ้างทำงานโรงงาน

### อาการสำคัญ

ปวดท้องน้อย อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

11 ชั่วโมงก่อนมา มีปวดท้องน้อย อาเจียนเป็นเศษอาหาร 5 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ 10 ครั้ง ไม่ได้รักษา

2 ชั่วโมงก่อนมา มีเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ปวดท้องน้อยมากขึ้น หนาวสั่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ญาติจึงพาส่งโรงพยาบาล



แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอาการปวดท้องน้อย อึดแน่นท้อง หน้ามืด ใจคอไม่ดี สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O<sub>2</sub>sat) = 93% ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำแรงด่วน ผลตรวจปัสสาวะพบการตั้งครรภ์ ผลตรวจอัลตราซาวด์หน้าท้อง พบมีของเหลวในช่องท้อง แพทย์วินิจฉัยเป็น Rupture right ectopic pregnancy with shock ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 70/55-40/33 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 118-128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O<sub>2</sub>sat) 95-97% ผล Hct ลดลงเหลือ 24.8%, Hb 8.4 g/dL ได้รับสารน้ำแบบเร่งด่วนทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะช็อก แพทย์ set OR Fast track for Explore laparotomy with right salpingectomy ซึ่งพบมี hemoperitoneum และสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด จำนวน 1,100 มิลลิลิตร ได้เลือดทั้งหมดในห้องผ่าตัด 3 unit

หลังผ่าตัดรับที่หอผู้ป่วยสามัญสูตินรีเวช มีภาวะช็อค Hct 26% พบค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O<sub>2</sub>sat) 95% ให้ออกซิเจน cannular 5 ลิตร/นาที ผู้ป่วยปวดแผลหลังผ่าตัดระดับรุนแรง ประเมิน Pain score ด้วย Numeric scale ได้ 9/10 ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 mg iv. pm ทุก 6 ชั่วโมง หลังจากนั้น อาการปวดบรรเทาลง

#### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยใช้สารเสพติด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

#### ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดามารดา ไม่มีโรคประจำตัว

#### ประวัติการแพ้ยา

ปฏิเสธการแพ้ยา

#### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล เคลื่อนไหวได้ปกติ coma score E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub>

ผิวหนัง : ผิวสองสี ตูซืด ไม่มีจ้ำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : ผมนั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมหน้าเหลือง ตา 2 ข้างสมมาตรกัน มองเห็นตามปกติ เปลือกตาซีด ใบหู จมูกปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : รูปร่างปกติ หายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 88 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องอืด (bowel sound) Negative มีคลื่นไส้ไม่อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีสีน้ำตาลหรือสีแดง

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีเลือด

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติไม่คัดตึง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ตรวจไม่พบเลือดออกทางช่องคลอด

สภาพจิตใจ : สิ้นใจไม่สุขสบาย มีหน้าน้ำคิ้วขมวด ถามคำตอบคำ มีคำพูดที่บ่งบอกว่า รู้สึกเสียใจที่สูญเสียบุตร รู้สึกกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

วันที่ 30 มกราคม 2566

ผลการตรวจ HCT = 36 % Cr = 0.53 mg/dL, eGFR= 128.7 ml/min/1.73m<sup>2</sup>



## สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ในการดูแลที่ตึกพิเศษ

### ระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยพิเศษ

29 มกราคม 2566 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ท้องอืด มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง แผลไม่มีเลือดซึม มีปวดแผล Pain Score = 9/10 ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด บัสสาวะได้เอง ไม่มี Bladder full สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 37.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ดูแลงดอาหารและน้ำ On 5%D/N/2 120ml/hr ทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ยา Morphine 3 mg iv. pm ทุก 6 ชั่วโมง

30 มกราคม 2566 ไม่มีอาการอ่อนเพลีย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่ซึม มีปวดแผลลดลง Pain Score = 4/10 และอาการท้องอืดลดลง แพทย์เริ่มจิบน้ำตอนเช้า รับประทานอาหารเหลวเมื่อเที่ยง และอาหารอ่อนเมื่อเย็น รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน Off สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที แพทย์สั่งเจาะเลือด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ HCT = 36 % Cr = 0.53 mg/dL eGFR = 128.7 ml/min/1.73m<sup>2</sup> ผู้ป่วยสีหน้าเศร้าบอกว่า ตนเองรู้สึกเสียใจ ไม่เข้าใจว่าทำไมตนเองจึงมีการตั้งครุภังนอกมดลูก รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายจากการตั้งครุภังในครั้งต่อไป และการปฏิบัติตัวหลังจากออกจากโรงพยาบาล

31 มกราคม 2566 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่ซึม มีปวดแผลเล็กน้อย Pain Score = 3/10 รับประทานอาหารได้ปกติ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/86 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ Dressing แผลแผลแห้งดี แนะนำให้ทำแผลทุกวัน ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านครบ 7 วันตัดไหม ได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน และนัดฟังผลชิ้นเนื้อ 1 เดือน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

## การวางแผนการพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดลง
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
3. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเนื่องจากสูญเสียเลือดและได้รับเลือดระหว่างการผ่าตัด
4. ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดเนื่องจากมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง
5. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
6. ผู้ป่วยเศร้าโศกที่สูญเสียบุตร และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครุภังครั้งต่อไป
7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดลง

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Explore laparotomy with right salpingectomy 24 ชั่วโมงแรก
2. ผู้ป่วยอยู่ในห้องพิเศษมีสถานที่เป็นห้องส่วนตัวและมิดชิด

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะทรุดลง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะทรุดลง modified early warning sign (MEWS) = 0-1 คะแนน
2. ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงดีขึ้น ไม่มีภาวะทรุดลง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. บริหารจัดการห้องพิเศษโดยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ห้องพิเศษที่ห้องใกล้กับแผนกต้อนรับพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะทรุดลง
2. ตรวจเยี่ยมและประเมิน modified early warning sign (MEWS) ทุก 2-4 ชม.
3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

4. อธิบายระเบียบปฏิบัติของห้องพิเศษที่ต้องให้มีญาติดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาและญาติต้องมีความพร้อมสามารถเรียนรู้การประเมิน สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้

5. อธิบายผู้ดูแลเรื่องการใช้นโยบายเรียกฉุกเฉินและอินเทอร์เน็ตคอมพิวเตอร์ในการติดต่อสื่อสารกับพยาบาล

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงดีขึ้น ไม่มีภาวะทรุดลง วันที่ 30 มกราคม 2566 ผู้ป่วยสามารถลุกเดินทำกิจวัตรในห้องน้ำ โดยมีญาติช่วยพยุงได้

2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 124/84 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37 องศาเซลเซียส และ modified early warning sign = 0 คะแนน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าคิ้วขมวด บ่นปวดแผล

2. Pain Score = 9/10

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าแสดงความปวดแผลลดลง

2. Pain score น้อยกว่า 5/10

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบาย ลดสิ่งกระตุ้นจัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมให้สงบเหมาะสมกับการพักผ่อน
2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยการซักถามใช้ Pain score ด้วย Numeric Scale
3. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine 3 mg iv. pm ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อระดับ Pain score มากกว่า 7/10 เผื่อระวังอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยา และประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดซ้ำ เมื่อ Pain score มากกว่า 4/10 จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ จึงให้ยารับประทาน paracetamol 500 mg. 1-tab ทุก 4-6 ชั่วโมง
4. แนะนำและสอนสาธิตการเคลื่อนไหวโดยใช้มือกุมแผลหรือใช้ผ้ารัดหน้าท้องพยุงไว้เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผล
5. แนะนำการใช้เทคนิค Breathing exercise เพื่อผ่อนคลายจากอาการปวด
6. การสัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล พูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ พร้อมแนะนำญาติ

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. สีหน้าแจ่มใส อาการปวดแผลทุเลาลง Pain score ลดลงโดยในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด

2. Pain score 6/10, 5/10 และ 4/10 ตามลำดับ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเนื่องจากสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 และเสียเลือดขณะผ่าตัด จำนวน 1,100 ml.

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ตวงปริมาณสารน้ำเข้า -ออก มีความสมดุล
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้การทำงานของไตปกติ (ค่า Cr. 0.5-1.0 mg/dL, eGFR > 90 ml/min/1.73m<sup>2</sup>)



### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน ได้แก่ ฟังเสียงหายใจ ติดตามผลการตรวจทางรังสี (เอกซเรย์ปอด) พร้อมรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
2. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษา (หลังการผ่าตัดได้รับสารน้ำ 5%DN/2 iv. 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง จำนวน 3,000 มิลลิลิตร และเลือด PRC 1 unit iv.)
3. บันทึกและประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก ทุก 1 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นประเมิน ทุก 8 ชั่วโมง หากพบปัญหาผิดปกติไม่สมดุลของสารน้ำรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป
4. ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้การทำงานของไตปกติ ได้แก่ Cr, GFR, electrolyte

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดปกติ
2. ตวงปริมาณสารน้ำเข้า -ออก มีความสมดุล
3. ตรวจเลือดค่า Cr. 0.53 mg/dL, eGFR 128.7 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (30 มกราคม 2566)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า แน่นท้อง ท้องอืด ไม่ผายลม
2. ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทางหน้าท้อง พบ bowel sound 2 ครั้ง/นาที

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อบรรเทาอาการท้องอืด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดลดลง
2. ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทางหน้าท้อง พบ bowel sound 10 ครั้ง/นาที

### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของอาการท้องอืด เกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าและอาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อันเป็นผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังจากการผ่าตัดทางหน้าท้อง
2. เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยการจัดท่านอนหัวสูง (fowler position) ทำให้หน้าท้องหย่อน ช่วยลดอาการท้องอืด กระตุ้นและดูแลให้ผู้ป่วยมี early ambulation แนะนำการพลิกตัวเปลี่ยนท่านอน ตะแคงซ้าย - ขวา ลูกนั่งข้างเตียง หลังผ่าตัดวันที่ 1 และเดินรอบเตียงหลังผ่าตัดวันที่ 2 ตามลำดับ
3. สอบถามและประเมินความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง ท้องอืด หายใจไม่สะดวก รวมถึงฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทางหน้าท้องเป็นระยะๆ
4. ชี้แจงเรื่องการรับประทานอาหาร ภายหลังจากผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ซึ่งผู้ป่วยต้องงดน้ำอาหารก่อนและหลังผ่าตัด จนกระทั่งวันที่ 3 หลังการผ่าตัด เริ่มด้วยจิบน้ำ หลังจากนั้นเป็นอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดา ตามลำดับ

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดลดลง และวันที่ 3 หลังผ่าตัดไม่มีอาการท้องอืด ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทางหน้าท้องพบ bowel sound positive 10 ครั้ง/นาที

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง S/P Explore –lap with Right. Salpingectomy ในวันที่ 28/01/66
2. ผู้ป่วยและญาติถามว่าต้องดูแลแผลอย่างไรบ้าง อาบน้ำได้เมื่อไหร่

## วัตถุประสงค์ แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดแห้งดี รอบแผลผ่าตัดไม่บวม ไม่แดง ไม่ร้อน ไม่มีหนองออกจากแผลผ่าตัด
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น มีไข้ ซ้ำพจรเร็ว ความดันสูงหรือต่ำผิดปกติ หายใจเร็ว

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย อาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น ผิวหนังรอบแผล บวม แดง ร้อน และปวด มีหนองปน และเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามภาวะการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
3. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยวิธีปราศจากเชื้อ ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic Technique วันละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผ้าปิดแผลมีเลือดซึมออกมา
4. แนะนำห้ามแกะเกาแผล ห้ามเปิดแผลเอง ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ หากแผลเปียกน้ำ หรือเปื้อนสิ่งสกปรกให้แจ้งพยาบาลเพื่อทำความสะอาดแผลให้ใหม่

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผิวหนังรอบแผลผ่าตัด แห้งดี ไม่มีหนอง ไม่บวม ไม่แดง ไม่ร้อน ไม่ปวดมากขึ้นกว่าเดิม
2. อุณหภูมิกาย 37.2- 37.4 องศาเซลเซียส ซ้ำพจร 78-90 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/86 mmHg

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเศร้าโศกที่สูญเสียบุตร และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

### ข้อมูลสนับสนุน

1. S/P Explore –lap with Right. Salpingectomy ในวันที่ 28/01/66 จากการตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. ผู้ป่วยซักถามพยาบาลด้วยสีหน้าเศร้าว่า “มันเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำไมฉันต้องเสียลูกไป แล้วฉันจะตั้งท้องอีกได้ไหม ฉันควรทำอะไรให้ตั้งท้องได้ปกติเหมือนคนอื่นเขา”

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อผ่อนคลายความเศร้าโศก และความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบ และปฏิบัติตัวได้เหมาะสมเพื่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเสียใจลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น พร้อมรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล
2. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สอบถามความรู้สึกต่อเหตุการณ์ความสูญเสียที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ เพื่อให้เกิดความเข้าใจพร้อมทั้งประเมินปฏิกริยาผู้ป่วยว่ามีการเศร้าโศกจากการสูญเสียอยู่ในระยะใดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเรื่องที่กังวลใจและให้เวลารับฟัง
2. พยาบาลแสดงสีหน้าสงบ สบาย รับฟัง สัมผัสเบาๆ เพื่อแสดงความเข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้ข้อมูลตามข้อเท็จจริง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถเผชิญกับความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการตั้งครรภ์ ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการเจ็บป่วย และวางแผนการรักษาร่วมกัน
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความสงบโดยไม่ต้องสนับสนุนหรือแสดงความคิดเห็นด้วยกับคำพูด หรือแสดงความขัดแย้งกับคำพูดของผู้ป่วย
5. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ สามี สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจและดูแลใกล้ชิด ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

6. ให้ข้อมูลเรื่องผู้ป่วยวิตกกังวล ได้แก่ การดูแลสุขภาพเพื่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป เช่น การคุมกำเนิด ในระยะ 6 เดือนแรก และการรับประทานยาที่ตีครบถ้วน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพจิตใจให้แจ่มใส เมื่อทราบว่า ตั้งครรภ์ให้พบแพทย์และฝากครรภ์อย่างรวดเร็ว รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ หากรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจสามารถโทรปรึกษาแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลได้

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วย สามี และสมาชิกในครอบครัว มีสีหน้าสดชื่น ความเศร้าโศกลดลง ตั้งใจรับฟังคำแนะนำ และโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม ไม่ร้องไห้หรือมีน้ำตาซึม เมื่อกล่าวถึงการเจ็บป่วยของตนเอง และบอกว่ามีความเข้าใจเรื่องโรคมามากขึ้น

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและสามีสอบถามเรื่อง การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องทำอะไร
2. ผู้ป่วยตอบคำถามการดูแลตนเองที่บ้านไม่ได้

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน
2. เพื่อผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตัวที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน ความสามารถการดูแลตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด และแหล่งสนับสนุนของครอบครัว
2. วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ประกอบด้วย Diagnosis, Medication, Environment/Economic, Treatment, Health, Outpatient, Diet ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวครอบคลุม เรื่อง
  - 2.1 โรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สาเหตุ อาการ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
  - 2.2 การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง และปลอดภัย
  - 2.3 การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้อื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย
  - 2.4 การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด
  - 2.5 การดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง วันละ 1 ครั้งด้วยสำลีชุบน้ำเกลือ ปิดผ้าก๊อชไว้ ระวังไม่ให้แผลเปื่อย ถ้าหากเปื่อยหรือเป็นสิ่งสกปรกให้ทำความสะอาดแผลใหม่ได้ แนะนำให้ตัดไหมในวันที่ 7 หลังผ่าตัดที่สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
  - 2.6 การดูแลรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังอุจจาระ ปัสสาวะและขับให้แห้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ไม่ควรสวนล้างช่องคลอดหรือเหน็บยา
  - 2.7 ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดและติดเชื้อ
  - 2.8 การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม
  - 2.9 แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง ปวดท้องมาก สังเกตหลังมีกลิ่นเหม็นออกมาทางช่องคลอด มีเลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติ แผลผ่าตัดบวม แดง ปวด หรือมีปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะกระปริดกระปรอย
  - 2.10 แนะนำการวางแผนครอบครัว ให้คุมกำเนิดอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูและแข็งแรงให้คำแนะนำในการป้องกันการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำๆ โดยติดตามอาการผิดปกติที่เกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ตกขาวมีกลิ่นเหม็น สีเหลืองปนหนอง คันในช่องคลอด หากมีอาการเหล่านี้ ควรรับการรักษาก่อนที่การอักเสบติดเชื้อจะลุกลามไปจนถึงท่อไข่ ซึ่งจะทำได้ยากขึ้นหรือเกิดเป็นพังผืดอันเป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้
  - 2.11 การมาตรวจตามนัด หรือเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรือสถานบริการใกล้บ้าน เมื่อมีอาการผิดปกติ



212 แนะนำรับประทานอาหารให้ครบหลัก 5 หมู่ มีความหลากหลายสลับสับเปลี่ยนกันไป และอาหารที่มีกากใยสูง เพื่อป้องกันอาการท้องผูก  
ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ถูกต้อง

### สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 29 ปี G1P0, GA 6 weeks LPM ปลายเดือนธันวาคม ปี 2565 มาโรงพยาบาลด้วย 11 ชั่วโมง ก่อนมา มีปวดท้องน้อย อาเจียนเป็นเศษอาหาร 5 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ 10 ครั้ง ไม่ได้รับการรักษา 2 ชั่วโมงก่อนมา มีเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ปวดท้องน้อยมากขึ้น หน้าวสัน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ญาติจึงพาส่งโรงพยาบาล แกร็บ ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ไบหน้าซีด อ่อนเพลีย ปวดท้องมาก ท้องอืด ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของ ออกซิเจนในเลือด 93% ส่งตรวจ Urine pregnancy test ผล Positive ผลตรวจอัลตราซาวด์ พบ free fluid at hepatorenal Pouch and blood intraabdominal แพทย์วินิจฉัยเป็น Rupture tubal Pregnancy with shock ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1000 cc(v) load then 100cc/hr ให้ออกซิเจน cannular 3-5 lit/min ปรีกษาสูติแพทย์ ให้ set ผ่าตัดแบบเร่งด่วน (Fast track) ทำ Explore lap c Salpingectomy รวมเวลาการผ่าตัด 45 นาที total blood loss 1,100 cc ได้รับเลือดทดแทน 3 unit ในห้องผ่าตัด หลังออกจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญ 16 ชั่วโมง แพทย์ประเมินอาการอนุญาตให้ย้ายเข้าห้องพิเศษได้ แกร็บที่ตึกพิเศษ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ยังมีอาการปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย ท้องอืด วันต่อมา ประเมินพบว่า ผู้ป่วยสีหน้าเศร้า บอกว่า เสียใจและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโอกาสเกิดซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา แก้ไขปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมดจนอาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีอาการแทรกซ้อน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการดูแลสุขภาพเพื่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป สีหน้าสดชื่นขึ้น แพทย์ให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลา รักษาอยู่โรงพยาบาล 4 วัน แนะนำตัดไหมที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน นัดมาติดตามอาการอีก 4 สัปดาห์ เพื่อฟังผลชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการปกติ สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีอาการแทรกซ้อน ผลตรวจชิ้นเนื้อปกติ

### วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยการผ่าตัดอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จากกรณีศึกษาเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโอกาสการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขที่ดี ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจเพื่อความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ที่มีคุณภาพ จึงมีข้อเสนอแนะ การพัฒนาการดูแลดังนี้

1. ควรนำกรณีศึกษามาทบทวนถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในที่มีการดูแลผู้ป่วย (Patient care team) สรุปข้อดี ข้อเสีย และปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด ตัดปีกมดลูก
2. ควรนำผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินด้านจิตใจผู้ป่วยหลังสูญเสียการตั้งครรภ์ และให้การพยาบาลที่เหมาะสม

### บทสรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดปีกมดลูกในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก มีปัญหาและอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการดำเนินของโรคตลอดเวลา ซึ่งมีความเสี่ยงสูงก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และอาจทำให้เสียชีวิตได้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการนำกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน และการดูแลแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center) มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หลังจำหน่ายสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## เอกสารอ้างอิง

1. ภาวะท้องนอกมดลูก. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:  
<https://www.agnoshealth.com/diseases/ภาวะท้องนอกมดลูก/ectopic-pregnancy>
2. ประนอม บุพศิริ สูตินรีแพทย์. ท้องนอกมดลูก. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:  
<http://haamor.com/th>.
3. Capmas P, Bouyer J, Fernandez H, Treatment of ectopic pregnancies in 2014 : new answers to some old Questions. Fertil Steril 2014; 101: 615-20.
4. สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. ท้องนอกมดลูก. กรุงเทพฯ:ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
5. อิศรินทร์ ธนบุญณวัฒน์. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พงษ์สิทธิ์ประภาพร, อรรถพล ใจชื่น, ธันยรัตน์ วงศ์วานนุรักษ์, สมสิริชญ์ เพ็ชรยิ้ม, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, และคนอื่นๆ (บรรณาธิการ), สูตินรีเวชทันยุค. (หน้า309-323). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟ วิ่ง; 2560.
6. เมธาพันธ์ กิจพรธีรานันท์ .การรักษาตั้งครรภ์นอกมดลูกด้วยวิธีผ่าตัด. กรุงเทพฯ:ม.ป.ท.; 2561.
7. ครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:  
[www.wikihow.com,servier.com](http://www.wikihow.com,servier.com).
8. Ali SK, Ali AA, Soomar SM. Diagnosis and management of ectopic pregnancy-A basic view through literature. Critical Care Obstetrics and Gynecology, 5(2). [online]. [cited 2023, Nov 24]. Available form: DOI:  
10.21767/2471-9803.1000174.
9. สภาการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.tnc.or.th/law/page-6.html>
10. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานสถิติผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก พ.ศ. 2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.



## Hemodialysis Nursing Care for patient with acute kidney injury from snake venom : A Case Study

Kirana Tiranuntin, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction** : Acute kidney injury from snake venom is an emergency crisis that can be life-threatening or cause permanent loss of kidney function. Hemodialysis is a renal replacement therapy used to eliminate excess uremic and fluid waste, allowing the kidneys to return to their normal functions. Therefore, hemodialysis nurses must be specialized and highly skilled in preparing patients and providing quality nursing care during the procedure to ensure the patient's safety and prevent complications.

**Objective** : To provide effective nursing care in hemodialysis for patients with acute kidney injury from snake venom.

**Case study** : A case study of a 54-year-old Thai female patient admitted with a referral from a community hospital after being bitten by a snake-like animal on the middle finger of her right hand. She presented with symptoms of drowsiness and pain. On the first day of treatment, she had good consciousness and normal breathing. The following day, she experienced pain in the right hand, swelling to the right elbow, and was able to perform slight movements. Pain score = 10 points, accompanied by fever, dyspnea, and oxygen saturation at 80%. An ET tube was inserted, but the wound worsened, leading to the operation for the amputation of the right hand below the elbow. Anuria developed, with rising BUN and creatinine levels, prompting the initiation of hemodialysis in the intensive care unit. Nursing problems identified were 1. Anxiety related to illness and hemodialysis management. 2. Risk for hypotension shock. 3. Risk for cardiac arrhythmia and muscle cramp. 4. Risk for sepsis from hemodialysis management. 5. Anxiety related to the loss of kidney function. After nursing care, kidney function improved, with urine production, decreased BUN and creatinine levels. The snake-bitten wound was surgically treated and continuous dressing, showed good healing with no infection. The patient was partially able to perform optimum daily activities, maintaining good mental health with encouragement from family. The total length of hospital stay was 14 days.

**Conciusion** : The patient averted the critical crisis, despite the amputation of the right hand below the elbow and the improvement in kidney function. Thus, the hemodialysis nurse must be specialized and highly skilled in nursing care to ensure the patient's safety, prevent life-threatening situations, avoid complications, and contribute to the patient's survival with no complications.

**Keywords** : Acute Kidney Injury, Snake Venom, Hemodialysis.

---

\*Registered nurse, professional Level, Dialysis unit. Kamphaeng Phet Hospital



## การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันจากพิษงู ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : กรณีศึกษา

กิริณา ชिरันทิน, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ภาวะไตวายเฉียบพลันจากพิษงู เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินซึ่งอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิต หรือทำให้สูญเสียหน้าที่ของไตถาวร การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกิน ให้ไตสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม ดังนั้น พยาบาลไตเทียมจะต้องมีความรู้ ความชำนาญในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล เพื่อให้การฟอกเลือดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันจากพิษงูที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยถูกสัตว์ลักษณะคล้ายงู กัดที่นิ้วกลางมือขวา มีอาการ ง่วงซึม มือขวาบวมเขียวช้ำ แรกรับเข้ารับรักษา รู้สึกตัว หายใจไม่เหนื่อย ไม่ซึม พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องเข้าใจ วันต่อมา ปวดมือขวา และบวมถึงบริเวณข้อศอกขวา ขยับได้เล็กน้อย Pain score = 10 คะแนน มีไข้สูง เหนื่อย ค่า Oxygen saturation 80% ถูกใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อมาแผลแยก ถูกตัดมือขวาถึงใต้ข้อศอก บัสสาวะไม่ออก ค่าของเสียในเลือดสูงขึ้น ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหอผู้ป่วยหนัก มีปัญหาทางการพยาบาล คือ 1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำจากภาวะช็อคและเลือดถูกแบ่งสู่วงจรการฟอกเลือด 3. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้อเป็นตะคริวจากภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือด 5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล กลัวไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิมหลังจากการดูแลรักษาและให้การพยาบาล บัสสาวะออกปกติ ค่าของเสียในเลือดลดลง แผลงูกัดได้รับการผ่าตัดและทำแผลต่อเนื่อง ไม่มีภาวะติดเชื้อ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน สุขภาพจิตดี คลายความวิตกกังวลมีกำลังใจจากครอบครัวและได้รับการฟื้นฟูสภาพ รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ที่เกือบคุกคามชีวิต แม้ว่าจะถูกตัดมือขวาถึงใต้ข้อศอก และการทำงานของไตดีขึ้น ดังนั้น พยาบาลไตเทียมต้องมีทักษะความรู้ความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤต ไม่ภาวะแทรกซ้อน และรอดชีวิตได้

**คำสำคัญ :** ไตวายเฉียบพลัน พิษงู การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

ภาวะไตวายเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ไตทำงานลดลงซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาเป็นชั่วโมงหรือในเวลาไม่กี่วัน<sup>1</sup> เกิดการสูญเสียความสามารถของไตในการขจัดของเสีย เช่น ยูเรียรวมทั้งการสูญเสียความสามารถในการควบคุมสารน้ำ และเกลือแร่ ผลที่ตามมาจากภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่พบบ่อยเช่น ภาวะน้ำเกินในร่างกาย ภาวะเลือดเป็นกรด ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ระดับโซเดียมในเลือดสูงหรือต่ำ และการสะสมnitrogen waste products ต่างๆในเลือด<sup>2</sup> การได้รับสารพิษหรือพิษสู่ร่างกายเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ ซึ่งพิษทำให้เกิดพยาธิสภาพเฉพาะที่ (local effect) และอาการตามระบบ (systemic effect) ผลเฉพาะที่ส่วนใหญ่เกิดจากเอนไซม์ที่ย่อยสลายโปรตีน<sup>3</sup> พยาธิสภาพเฉพาะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อลาย และเมื่อมีการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อ จะมีสารและเกลือแร่หลายอย่างถูกปล่อยออกจากเซลล์ สารและเกลือแร่ที่สำคัญที่ถูกปล่อยออกมามาก มีผลเสียต่อการทำงานของไต<sup>4</sup> และเมื่อไตสูญเสียหน้าที่เฉียบพลัน การบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) มาร่วมในการรักษา ซึ่งเป็นกระบวนการที่เลือดถูกนำออกมารองแยกเอาสารที่เป็นของเสียที่เกิดจาก metabolic waste product ออกจากร่างกายโดยใช้ตัวกรองเลือด (hemodialyzer) ที่มีคุณสมบัติเป็นเยื่อที่ยอมให้สารละลายบางชนิดผ่านได้ (semipermeable membrane) และกำจัดออกนอกร่างกายโดยละลายไปกับน้ำยาฟอกเลือด (dialysate fluid) โดยใช้กระบวนการแพร่ (diffusion) การพา (convection) การดูดซับ (adsorption) เพราะฉะนั้นการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากพิษที่ได้รับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาจช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้<sup>5</sup>

ปัจจุบันโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีหน่วยไตเทียม 2 หน่วย ซึ่งหน่วยไตเทียม 1 เป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางไตวายเฉียบพลันที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) สามารถให้บริการฟอกเลือดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลได้ หน่วยไตเทียม 1 มีเครื่องไตเทียมจำนวน 16 เครื่อง มีการร่วมรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน โดยมีสถิติปี 2563 – 2565 มีจำนวน 64, 67, 56 ราย และมีการร่วมรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากพิษ จำนวน 1, 0, 0<sup>6</sup> ตามลำดับ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือการนำกระบวนการพยาบาล(nursing process) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต และรอดชีวิตได้

## กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 54 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

### อาการสำคัญ

Refer มาจากโรงพยาบาลปางศิลาทองด้วยวงซึม มือขาบวมเขียวช้ำ 3 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะกำลังงมเหยี่ยวในสระน้ำ ถูกสัตว์ลักษณะคล้ายงู ลำตัวเป็นปล้องสีเหลืองสลัดดำ กัดที่นิ้วกลางมือขวา จากนั้นมีอาการวงซึม มือขาบวม เขียวช้ำ และปวด ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการผ่าตัด

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างเล็กบางสมส่วน ผิวขาวเหลือง น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร BMI = 18.51

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 156/88 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่า Oxygen saturation 98 %

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องเข้าใจ รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล E4V5M6 GCS = 15 คะแนน

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะรูปทรงปกติไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา จมูก ปาก ไบหู ลักษณะภายนอกปกติ สมมาตรกัน สายตาปกติ มองเห็นชัดเจน



ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตร หายใจปกติสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ การขยายตัวของหัวใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

หัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้ง/นาที การเต้นของหัวใจเร็วสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur เสียง S1 S2 ปกติ

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด กดนุ่มปกติ กดไม่เจ็บ คลำไม่พบก้อน ตับ ม้ามไม่โต ไม่มีเส้นเลือดผิดปกติที่ผนังหน้าท้อง เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ขับถ่ายปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ มือขวามวม เขียวช้ำ และปวด

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุงรองรับ ไม่มีปัสสาวะ

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ไม่สุขสบายกับอาการปวดที่มือขวา

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

#### 1. ผลการตรวจ Biochemistry

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ					
		30/08/66	01/09/66	04/09/66	07/09/66	13/09/66	14/09/66
				6	6	6	6
BUN(mg/dL)	8-20	53	55	57	58	57	44
Creatinine(mg/dL)	0.55-1.02	6.22	6.88	7.64	8.91	4.72	3.60
eGFR(ml/min1.73m <sup>2</sup> )	-	7	6	5	5	10	14
Sodium(mmol/L)	136-146	134	131	134	138	140	136
Potassium(mmol/L)	3.4-4.5	5.6	3.8	3.9	4.4	3.1	3.0
Chloride(mmol/L)	101-109	116	103	100	98	103	104
CO <sub>2</sub> (mmol/L)	21-31	12	18	22	22	22	22

#### 2. ผลการตรวจ 20 minute whole blood clotting test

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	
		27/08/66 (18.59 นาที)	28/08/66 (06.42 นาที)
20 minute whole blood clotting test	Clotted	Clotted	Clotted

#### 3. ผลการตรวจ Hemo C/S รายงานผล No growth after 5 day

#### 4. ผลการตรวจ PT PTT INR

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ		
		28/08/66	30/08/66	03/09/66
PT (sec)	9.60-12.00	14.10	12.20	10.90
PTT (sec)	23.90-34.90	30.40	44.30	33.20
INR	0.8-1.1	1.30	1.13	1.01

**5. ผลการตรวจ White blood cells, Neutrophil, Hematocrit, Platelet count จาก Complete blood count**

รายการ	ค่าที่ตรวจพบ				
	ค่าปกติ	28/08/66	30/08/66	31/08/66	03/09/66
<b>WBC (<math>10^3/u</math> L)</b>	5.0-10.0	19.0	15.7	10.8	12.7
<b>Neutrophil (%)</b>	43.7-70.9	79.3	86	83.6	86
<b>Hct (%)</b>	31-43	33.1	25.1	25.5	27.2
<b>PLT count (<math>10^3/u</math> L)</b>	140-400	79.3	50	44	122

**สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาล**

**การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งที่ 1 ในวันที่ 30 สิงหาคม 2566**

ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนใส่สาย Double lumen catheter และก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรก โดยประเมินร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีหน้าและแววตากังวลเมื่อเห็นเจ้าหน้าที่ไตเทียม สายตามองตามเครื่องไตเทียมขณะเตรียมการฟอกเลือด หายใจผ่านทาง ETT No.7.5 Mask 21 ควบคุมการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตรและความดัน PCV mode setting IP 16 mmH<sub>2</sub>O RR 16 beat/min FIO<sub>2</sub> 1.0 % flow trigger 1 LPM PEEP 5 mmH<sub>2</sub>O เวลา 10.30 น. ความดันโลหิต 102/60 มิลลิเมตรปรอท ให้ Levophed 4 mg/4 ml (1 : 12.5) iv 5 ml/hour อัตราการเต้นของหัวใจ 113 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ค่า Oxygen saturation 100 % อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส Central venous pressure = 9 มิลลิเมตรปรอท ฟังปอดมี fine crepitation at lower both lung แผลมือขวาได้รับการผ่าตัด Fasciotomy right middle finger hand and forearm ปวดลดลง Pain score = 6 คะแนน ได้ Morphine Sulfate 3 mg iv pm q 4 hour. On 5%DW 1000 ml iv 60 ml/hour ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem 500 mg iv q 24 hour และ Vancomycin 500 mg iv q 48 hour ในวันที่ 29 สิงหาคม 2566 intake = 3,630 ml urine output = 200 ml สีดํา ให้ Lasix high dose แต่ no response

**การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งที่ 2 ในวันที่ 1 กันยายน 2566**

ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนฟอกเลือดครั้งที่ 2 โดยประเมินร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 รู้สึกตัวดี E4VtM6 สื่อสารเข้าใจ พักหน้าตอบรับการสื่อสารได้ คง On ETT No.7.5 Mask 21 ควบคุมการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตรและความดัน PCV mode setting เดิม และเริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจด้วย PSV mode สามารถฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจได้ หายใจไม่เหนื่อย ประเมินสัญญาณชีพก่อนการฟอกเลือด เวลา 10.40 น. อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 100 % อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 109/65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ Central venous pressure = 14 มิลลิเมตรปรอท ฟังปอดมี fine crepitation at lower both lung คงเดิม ลักษณะแผลคงเดิม dressing เข้าและเย็น ปวดแผลลดลง Pain score = 4 คะแนน ลดการใช้ยา Morphine Sulfate 3 mg iv pm q 4 hour เป็น pm q 6 hour บัสสวาระยังออกน้อย สีดํา ออกคาสาย

**การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งที่ 3 ในวันที่ 4 กันยายน 2566**

ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนฟอกเลือดครั้งที่ 3 โดยประเมินร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 รู้สึกตัวดี E4VtM6 สื่อสารเข้าใจ คง On ETT No.7.5 Mask 21 ควบคุมการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตร และความดัน PCV mode setting เดิม hold การหยาเครื่องช่วยหายใจไว้ เนื่องจากผู้ป่วยได้ผ่าตัด Amputation right hand and forearm ในวันที่ 3 กันยายน 2566 หลังการผ่าตัด มีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score = 8 คะแนน ใช้ยา Morphine Sulfate 3 mg iv pm for pain on 0.9%NaCl 1,000 ml iv KVO โดยให้ Morphine Sulfate 3 mg iv ก่อนฟอกเลือด เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลขณะฟอกเลือด เพิ่มยาปฏิชีวนะเป็น Sulbactam 3 gm iv q 8 hour ประเมินสัญญาณชีพก่อนการฟอกเลือด เวลา 11.00 นาฬิกา อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 100 % อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 127/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 83 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ Central venous pressure = 10 มิลลิเมตรปรอท ฟังปอดมี fine crepitation at lower both lung คงเดิม ไม่บวม บัสสวาระยังออกน้อย สีดํา ออกคาสาย ในวันที่ 3 กันยายน 2566 intake = 2,098 ml urine output = 185 ml

### การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งที่ 4 (ครั้งสุดท้าย) ในวันที่ 7 กันยายน 2566

ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนฟอกเลือดครั้งที่ 4 โดยประเมินร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 รู้สึกตัวดี E4VtM6 สื่อสารเข้าใจ คง On ETT No.7.5 Mask 21 ควบคุมการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตรหายใจ mode weaning PSV mode สามารถฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจได้ดี ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ประเมินสัญญาณชีพก่อนการฟอกเลือด เวลา 13.00 นาฬิกา อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 100 % อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 146/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ แผลผ่าตัดแขนขวา ไม่มีเลือดซึม ปวดลดลง Pain score = 3 - 5 คะแนน ใช้ Morphine Sulfate 3 mg iv prn ฟังปอดมี fine crepitation at lower both lung คงเดิม ไม่บวม ปัสสาวะออกเพิ่มขึ้น สีเหลืองใสไม่มีตะกอน ในวันที่ 6 กันยายน 2566 intake = 2,090 ml urine output = 350 ml

### การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ในวันที่ 14 กันยายน 2566

โดยประเมินอาการร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าแจ่มใส E4V5M6 หายใจ Room air หายใจไม่เหนื่อย Oxygen saturation = 100% อัตราการหายใจ 16-22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.3 - 37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 117/68 - 162/89 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 62-105 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ รับประทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ ปัสสาวะออกเพิ่มขึ้น Intake, Output balance แผลผ่าตัดแขนขวา ไม่มีเลือดซึม ปวดลดลง ผู้ป่วยต้องการกลับไป รักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ทีมแพทย์พิจารณาสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลปางศิลาทอง อายุรแพทย์โรคไต สั่งให้ยุติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ และ off double lumen catheter และนัด follow up 1 เดือน ศัลยแพทย์สั่งทำแผล ผ่าตัดแขนขวา wet dressing wound เช้าและเย็น ให้ตัดไหมในวันที่ 20 กันยายน 2566 ที่โรงพยาบาลปางศิลาทอง และนัด follow up 1 เดือน อายุรแพทย์ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Cefoperazone + Sulbactam 500 mg iv q 12 hour x 5 วัน และนัด follow up 1 เดือน ประสานการ refer เพื่อส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลปางศิลาทอง

### การวางแผนพยาบาลแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ ของการฟอกเลือด

#### ระยะก่อนฟอกเลือด

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

#### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติแสดงความวิตกกังวล สอบถามถึงอาการของโรค ขั้นตอนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าใช้จ่ายในการรักษา

#### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะการดำเนินของโรคการทำงานของไต ความจำเป็นในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการวางแผนฟอกเลือดที่คือ

#### กิจกรรมการพยาบาล

#### เตรียมด้านจิตใจ

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใส่สายสวนและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติสายตรงในครอบครัวที่เป็นผู้ร่วมตัดสินใจวางแผนการรักษา และรับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่อง
3. อธิบายขั้นตอนการใส่สายสวนฟอกเลือดชั่วคราวและการฟอกเลือด ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวขณะฟอกเลือด ผลสำเร็จในการรักษา และผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลไตเทียม
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยและได้ระบายความรู้สึก
5. ประเมินความวิตกกังวล จากสีหน้า ท่าทางและคำพูด

## เตรียมตัวร่างกาย

ดูแลผู้ป่วยในการใส่สาย Vascular access ชนิด Double lumen catheter โดย

1. ตรวจสอบการเซ็นยินยอมในการใส่สาย Double lumen catheter และการฟอกเลือด
2. ก่อนใส่สาย Double lumen catheter แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าตำแหน่งที่จะใส่เป็นตำแหน่งที่ขาหนีบด้านขวา เพื่อความร่วมมือในการใส่สายเพื่อฟอกเลือด
3. เตรียมอุปกรณ์ และช่วยแพทย์ใส่ Double lumen catheter หลังจากใส่สาย Double lumen catheter สังเกตภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เลือดออก มีก้อนเลือดบริเวณที่แทงสาย
4. เตรียมผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายเนื่องจากผู้ป่วยจะต้องนอนท่าเดิมนานขณะฟอกเลือด
5. การประเมินผู้ป่วยก่อนทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
  - 5.1 ประเมินสัญญาณชีพเพื่อดูความพร้อมของผู้ป่วยหรือข้อจำกัดเพื่อรายงานแพทย์พิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษา
  - 5.2 ประเมินสมมูลของน้ำ เพื่อพิจารณาการดึงน้ำ (Ultrafiltration rate: UFR)
  - 5.3 ประเมินภาวะซีด ถ้ามีภาวะซีดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านหัวใจได้
  - 5.4 ประเมิน EKG เพื่อเป็นพื้นฐานในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงขณะฟอกเลือด
  - 5.5 ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะ Electrolyte และ Coagulation
  - 5.6 ประเมินยาที่ผู้ป่วยได้รับ ยาที่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต
  - 5.7 ประเมินโรคร่วม เพื่อวางแผนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

## เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ฟอกเลือดและเริ่มการฟอกเลือด

1. เตรียมวงจรการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามคู่มือการปฏิบัติงานประจำหน่วยไตเทียม
2. ทบทวนคำสั่งของแพทย์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอีกครั้ง
3. ทำความสะอาดแผลทางออกของ Vascular access และเตรียมต่อ Vascular access ด้วยหลักปราศจากเชื้อ โดยใช้ 2% Chlorhexidine gluconate in alcohol
4. ต่อวงจรการฟอกเลือดพร้อมกัน ทั้งสายดึงเลือดจากผู้ป่วยและคืนเลือดสู่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค และป้องกันความดันโลหิตตก
5. เริ่ม Start blood pump เริ่มที่ 100 ml/min ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นให้เท่ากับ 200 ml/min ตามคำสั่งแพทย์
6. ตรวจสอบข้อต่อต่าง ๆ ให้แน่นอีกครั้ง
7. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพ และจุด Hemodynamic parameters เมื่อเริ่มฟอกเลือด

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการดำเนินของโรคการทำงานของไต ความจำเป็นในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการแทงเส้นฟอกเลือดที่ขาหนีบขวา

## ระยะขณะฟอกเลือด

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำจากภาวะช็อคและเลือดถูกแบ่งสู่วงจรการฟอกเลือด

## ข้อมูลสนับสนุน

1. ขณะฟอกเลือดมีการดึงเลือดและน้ำออกจากร่างกายสู่วงจรการฟอกเลือด
2. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะความดันโลหิตต่ำ กำลังได้รับยา Levophed เพื่อกระตุ้นความดันโลหิต
3. การฟอกเลือดครั้งแรก (30 สิงหาคม 2566) ความดันโลหิตก่อนการฟอกเลือด 106/63 มิลลิเมตรปรอท

## วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด



### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของความดันโลหิตต่ำได้แก่ หน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อออกผิวหนังชื้นเย็น ใจคอไม่ดี
2. ความดันโลหิต SBP  $\geq$  100 มิลลิเมตรปรอท

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ปริมาณในการดื่มน้ำออกจากตัวผู้ป่วย
  2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และ Hemodynamic parameters (Systolic blood pressure (SBP), Diastolic blood pressure (DBP) Mean arterial pressure (MAP) O2Saturation) ต่างๆ ในชั่วโมงแรกทุก 15 นาที หลังจากนั้นเมื่ออาการคงที่ประเมินทุก 30 นาที
  3. ประเมินอาการแสดงภาวะความดันโลหิตต่ำจากร่างกายขาดน้ำ
  4. Monitor NIBP หากพบ SBP<100 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure แคบ MAP<70 มิลลิเมตรปรอท EKG Sinus tachycardia แก้ไขเบื้องต้นโดย
    - ลดอัตราการดื่มน้ำและรายงานแพทย์ทันที
    - ปรับเพิ่มยาLevophed ตามแผนการรักษาของแพทย์
    - ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
- เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ
5. ประเมินน้ำเข้าและออกในวงจรการฟอกเลือดทุก 1 ชั่วโมง

### การประเมินผล

1. ขณะฟอกเลือดไม่มีภาวะ หน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อออกผิวหนังชื้นเย็น ใจคอไม่ดี
2. ขณะฟอกเลือดความดันโลหิต = 105/69 – 156/64 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ
3. ได้ปรับเพิ่มยาLevophed เพื่อควบคุมความดันโลหิต ไม่ให้มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้อเป็นตะคริวจากภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะHyperkalemia ผลPotassium = 5.6 mmol/L
2. ผู้ป่วยมีภาวะHyponatremia ผลSodium = 134 mmol/L

### วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้อเป็นตะคริว

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
2. ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อเป็นตะคริว
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบคำสั่ง ให้การฟอกเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ประเมินน้ำเข้าและออกในวงจรการฟอกเลือดทุก 1 ชั่วโมง
3. ประเมินอาการ ติดตามสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 15 นาที และถี่ขึ้นเมื่อมีภาวะผิดปกติ
4. ติดตามประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องไตเทียม จดบันทึกค่า monitor ต่างๆ หากมีค่าผิดปกติ รีบให้การแก้ไข เพื่อให้การฟอกเลือดสำเร็จตามแผนการรักษา
5. ประเมินอาการและอาการแสดงที่เกิดจากเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ได้แก่
  - ภาวะ Hypokalemia ทำให้เกิด Cardiac arrhythmia ได้แก่ Flattening of T wave, ST segment depression, U wave prolong PR interval อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

- ภาวะ Hyperkalemia ทำให้เกิด Cardiac arrhythmia ได้แก่ Tending of T wave, Prolong PR interval, Widening QRS complex, Ventricular tachycardia อาการด้านระบบประสาท และกล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อกระดูกเป็นตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน

- ภาวะ Hyponatremia มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึม สับสน กล้ามเนื้อชักกระตุก

- ภาวะ Hypernatremia มีอาการอ่อนแรง กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อกระดูก ชัก

6. ติดตามผล Electrolyte ตามแพทย์การรักษาของแพทย์

#### การประเมินผล

1. ขณะและหลังฟอกเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

2. ขณะและหลังฟอกเลือด ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อเป็นตะคริว

3. อัตราการหายใจ 12-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/67 – 125/77 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 72-112 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. กระบวนการฟอกเลือด เลือดของผู้ป่วยต้องสัมผัสกับน้ำยาฟอกเลือด และวงจรมีรอยต่อหลายจุด

2. ผู้ป่วยได้รับการใส่ Double lumen catheter ที่ขาหนีบ ขาขวา

#### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ขณะฟอกเลือดไม่มีอาการไข้ หนาวสั่น

2. แผล Exit site ของ Double lumen catheter แห้งดี

3. อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุณหภูมิร่างกายก่อนการฟอกเลือด

2. ประเมินและดูแลแผล Exit site ของ Double lumen catheter ว่าแห้ง ไม่มีแดง ร้อน ไม่มีหนอง

3. เตรียมอุปกรณ์ฟอกเลือดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และดูแลให้วงจรฟอกเลือดให้เป็น ระบบปิดตลอดเวลา

4. ดูแลแผล Exit site ของ Double lumen catheter ให้ปิดมิดชิดตลอดเวลาขณะฟอกเลือด

5. สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการไข้ หนาวสั่น ขณะฟอกเลือด

6. งดการให้ยาหรือสารละลายใดๆ ทาง Double lumen catheter สำหรับฟอกเลือด

#### การประเมินผล

1. ขณะฟอกเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้และหนาวสั่น

2. ผิวหนังบริเวณ Exit site ของ Double lumen catheter แห้งดี ไม่มีอาการบวมแดงถึงภาวะติดเชื้อ

3. ขณะฟอกเลือด อุณหภูมิร่างกาย = 37.2 องศาเซลเซียส

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล กลัวไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติสอบถามอาการและผลเลือดทางไต ทุกครั้งที่พบพยาบาลไตเทียม

2. ผู้ป่วยและญาติบอกกังวลมากกลัวไตเสื่อมถาวร

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในระยยะพื้นตัวของไต
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวล
3. ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้และสนใจรับฟังคำแนะนำในการดูแลไตในระยยะพักฟื้น

## กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรู้สาเหตุไตวายเฉียบพลันของผู้ป่วย เกิดจากพิษงูที่ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อถูกทำลายและสลายตัวมีผลให้ของเสียสูงในร่างกายนรวดเร็ว เมื่อสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลันหายแล้ว ไตจะสามารถฟื้นฟูจนสามารถกลับมาทำงานได้ปกติ
2. แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว เพื่อการฟื้นฟูสภาพของไต เรื่องทำจิตใจให้แจ่มใส ออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย ลดอาหารลดเค็ม การควบคุมความดันโลหิต พบแพทย์ตามนัด และสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์คือปัสสาวะออกน้อยลง หน้าบวมขาบวม อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีคลื่นไส้อาเจียน
3. สร้างสัมพันธภาพ รับฟัง ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำตามข้อสงสัย กับผู้ป่วยและครอบครัว

## การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในสาเหตุ และการหายของภาวะไตวายเฉียบพลัน ทำให้คลายความวิตกกังวลมีสีหน้าแจ่มใส ยิ้มได้ สนใจในคำแนะนำ และมีข้อซักถามเพื่อที่จะดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลปางศิลาทองด้วยวงงซึม มีอชวามเขียวซ้ำ 3 ชั่วโมง 30 นาที ขณะผู้ป่วยกำลังงมเหยงในสระน้ำ ถูกสัตว์ลักษณะคล้ายงู ลำตัวเป็นปล้องสีเหลืองสลับดำ กัดที่นิ้วกลางมือขวา จากที่ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว ได้ On ETT No.7.5 Mask 21 ควบคุมการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตร เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีผลให้ความดันโลหิตตก ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต ใน 24 ชั่วโมงของการนอนในโรงพยาบาล ต่อมาแผลที่ถูกกัดเกิดภาวะ Compartment syndrome of right middle finger hand and forearm with Rhabdomyolysis ต้องได้รับการผ่าตัด Fasciotomy right middle finger hand and forearm และภาวะ Rhabdomyolysis ทำให้การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อเซลล์กล้ามเนื้อถูกทำลายและสลายตัว ทำให้มีผลต่อการทำงานของไต จนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4 ครั้งในหออผู้ป่วยหนักอายุรกรรมตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้รับการประเมินและแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว ในการประสานทีมแพทย์แต่ละสาขาเพื่อช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยปลอดภัย จนสามารถกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ ก่อนจำหน่ายได้มีการประสานงานโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่อง แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพของไต สามารถสังเกตอาการที่ควรพบแพทย์ ได้รับการฟื้นฟูร่างกายจากการถูกตัดอวัยวะ และการดูแลสภาพจิตใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้คลายวิตกกังวลมีกำลังใจสามารถดำรงชีวิตได้ตามอัตรภาพต่อไป รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

## วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ภาวะไตวายเฉียบพลันที่เกิดจากพิษงู เกิดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อที่ถูกทำลายและสลายตัว ปล่อยสารที่มีผลเสียต่อการทำงานของไต และส่งผลต่ออวัยวะสำคัญในร่างกายนล้มเหลว จากเคสกรณีศึกษาเป็นเคสที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลเร่งด่วน ทั้งระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด การติดเชื้อในกระแสเลือด และระบบการขับของเสียออกจากร่างกายนคือไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเป็นกระบวนการร่วมรักษาที่สามารถช่วยให้อผู้ป่วยรอดชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลไตเทียมเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมประเมินผู้ป่วยโดยนำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินสภาพ การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล และพยาบาลไตเทียมควรเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลและประเมินปัญหาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ทั้งเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องไตเทียม สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ทันท่วงที และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากเคสกรณีศึกษานี้ทำให้มองเห็นโอกาสพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตในหออผู้ป่วยหนัก ดังนี้

1. การนำเครื่อง CRRT เข้ามาในโรงพยาบาล เพื่อใช้ฟอกเลือดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาซับซ้อนมาก โดยสามารถฟอกเลือดผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ลดการรบกวนระบบการไหลเวียนเลือด ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดได้ดีที่สุด

2. พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่อง CRRT ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชีวิตตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด

## สรุป

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดทดแทนไต ให้กับผู้ป่วยที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เป้าหมายของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ การทำหน้าที่ทดแทนไตโดยการกำจัดของเสีย และนำส่วนเกินออกจากร่างกาย พยาบาลหน่วยไตเทียมจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการบริหารจัดการ สามารถประเมิน เฝ้าระวัง และแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันทีที่ ร่วมกับทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. Acute Kidney Injury. ใน : อำนวย ชัยประเสริฐ, ตันตัญญู นำเบญจพล, บรรณาธิการ. EMERGENCY MEDICINE. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2558. หน้า 42.
2. ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, สดุดี พิรพรรัตนนา, ภัทสิษฐ์ เหล่าวีรวัฒน์. ไตวายเฉียบพลัน Acute Kidney Injury. ใน : ไกรวิพร เกียรติสุนทร, บัญชา สติระพจน์, ขจร ตีรณนากุล, พงศธร คชเสนี, บรรณาธิการ. Nephrology Review for Internists. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน; 2559. หน้า 271 – 3.
3. ลลธิริมา ภูพัฒน์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ถูกพิษงูกัด. ใน : หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล, ภานุช เอี่ยมประภาพร, วศิเทพ ลิ้มวรพิทักษ์, ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง, บรรณาธิการ. โรคอายุรศาสตร์ที่พบบ่อย เล่ม 2. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2563. หน้า 311 – 2.
4. โสภณ นภาธร. ภาวะเรื้อรังไตไม่โอไลซิสในการบาดเจ็บชนิดครัส. วารสารวิชาการภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2538;3:112 – 5.
5. อาคม นงนุช, มณฑิรา อิศนธรรม, ชาศรีย์ กิตติยากร, วสันต์ สุขเมธกุล. Principles of Hemodialysis. ใน : พงศธร คชเสนี, ขจร ตีรณนากุล, บรรณาธิการ. Essentials in Hemodialysis. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน; 2560. หน้า 20 - 8.
6. กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563 – 2566. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2566]. Available from: <https://www.kph.go.th/html/index.php/service-report-cat-menu/รายงานประจำปี>.

# วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวที เสนอผลงานทางวิชาการ และงานวิจัย มีความยินดีรับผลงานเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควร เตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

## ประเภทผลงานที่ตีพิมพ์

- 1. นิตยสารต้นฉบับ (original article)**  
เป็นรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข
- 2. กรณีศึกษา (case study)**  
เป็นรายงานการศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม
- 3. บทความปริทรรศน์ (review article)**  
เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

## การเตรียมต้นฉบับ

### รายละเอียดของการพิมพ์

1. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน โดยผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาที่เขียน
2. บทความที่ส่งมาจะได้รับการตรวจแก้ไขเพื่อความเหมาะสมทั้งในเรื่องของรูปแบบ (format) และความถูกต้องของเนื้อหาโดยกองบรรณาธิการ และส่งข้อเสนอแนะให้ผู้เขียนทาง e-mail
3. ขั้นตอนการให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขให้แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะกำหนดเวลา เพื่อให้ทันเวลาในการออกวารสาร ใช้เวลาเฉลี่ยภายใน 3 เดือนโดยประมาณ โดยกองบรรณาธิการจะรับวารสารตามความเห็นชอบแล้วเท่านั้น
4. เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสาร จำนวน 2 เล่มต่อเรื่อง
5. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม **Microsoft Words for Windows 2007** ใช้ตัวอักษร **browallia new** ขนาด **14 point Single Space** และใช้กระดาษพิมพ์ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่เกิน 10 - 12 หน้า โดยรวมบทความย่อ และเอกสารอ้างอิง
6. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ เป็น **ขาว-ดำ** สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง มีชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิกำกับที่ชัดเจน

## การเรียงลำดับเนื้อหาของต้นฉบับ

**(กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไขให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)**

### 1. การเตรียมนิตยสารต้นฉบับ (Original article)

- 1.1 **ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)** ควรกะทัดรัด สื่อเป้าหมายหลักของการศึกษาวิจัย ไม่ใช่คำย่อ ไม่ควรยาวเกิน 100 ตัวอักษร จัดไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ
- 1.2 **ชื่อผู้พิมพ์ (ภาษาไทย)** ระบุชื่อของผู้เขียนทุกคน พร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ ส่วนหน่วยงานหรือสถาบันใช้การอ้างอิงแบบเชิงอรรถไว้ส่วนล่างสุดของหน้ากระดาษของเอกสาร
- 1.3 **บทคัดย่อ (ภาษาไทย)** เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้
  - บทนำ : .....
  - วัตถุประสงค์ : .....
  - วิธีการศึกษา : .....

- ผลการศึกษา : .....

- สรุป : .....

1.4 คำสำคัญ (ภาษาไทย) ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาไทย เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นในอนาคต

1.5 เซึ่งอรรถ (ภาษาไทย) อยู่ใต้เส้นคั่นซึ่งยาว 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร เป็นรายการซึ่งอรรถที่ระบุตำแหน่ง 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 (ซึ่งอรรถ) ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ

#### หมายเหตุ ข้อ 1.6 – 1.10 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 และแยกไว้คั่นหน้ากับภาษาไทย

1.11 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษา และสรุป

- วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย

- ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

- วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ



- **สรุป (conclusion)**

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อ ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

- **กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)**

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากมาย ทำให้บทความดูอึดอัดความภูมิใจเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

- **เอกสารอ้างอิง (references)** อยู่ในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

## 2. การเตรียมต้นฉบับกรณีศึกษา (Case Study)

2.1 **ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำสำคัญ และเชิงอรรถ** ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ มีข้อกำหนดในการเขียนและการจัดรูปแบบเหมือนนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

2.2 **บทคัดย่อ (ภาษาไทย)** ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมไม่ควรยืดยาว เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- **บทนำ :** เขียนย่อถึงความสำคัญโรคที่ศึกษาการดูแลรักษาที่สำคัญ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ไม่ควรเกิน 2 - 3 บรรทัด)

- **วัตถุประสงค์ :** เขียนวัตถุประสงค์การศึกษาต่อผู้ป่วย เช่น เพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

- **กรณีศึกษา :** เขียนย่อเพื่อให้เห็นภาพรวมว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นใคร จำนวนกี่รายเข้าการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงใด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาที่สำคัญอะไร ในช่วงเวลาที่ศึกษาพบปัญหาทางการแพทย์พยาบาลอะไรบ้าง และให้การพยาบาลที่สำคัญอย่างไร ผลการประเมินหลังให้การพยาบาลเป็นอย่างไร

- **สรุป :** เขียนสรุปกรณีศึกษา สรุปโรค และข้อเสนอแนะสั้นๆ อยู่ในย่อหน้าเดียวกัน

2.3 **Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ)** ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคอดีต โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- **Introduction:** .....

- **Objectives:** .....

- **Case Study:** .....

- **Conclusions:** .....

2.4 **เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้**

- **บทนำ**

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่มาของนำไปสู่การศึกษา ได้แก่ ความสำคัญของโรคที่ศึกษา ข้อมูลสถิติ (อย่างน้อยในสถานที่ที่ศึกษา) วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษาหรือสาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้มาศึกษา แต่ไม่ต้องใส่ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมมาทั้งหมด ใช้ลักษณะการวิเคราะห์มาเขียนแทน และให้รวมวัตถุประสงค์การศึกษาร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ

- **กรณีศึกษา**

เป็นการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษา เขียนสรุปใจความสำคัญตามลำดับหัวข้อดังนี้ ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การประเมินสภาพด้านจิตใจและสังคม ผลการเอกซเรย์และ/หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ตามโรคและแสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม) สรุปการดำเนินโรค การวางแผนการพยาบาลโดยสรุปปัญหาที่สำคัญเป็นรายชื่อ

- **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

เขียนเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องเป็นสิ่งที่ถูกวิเคราะห์มาจากปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่ศึกษา โดยมีข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์การพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษา และประเมินผลการพยาบาล

- **สรุปกรณีศึกษา**

เป็นการสรุปกรณีศึกษาที่สำคัญ 1 ย่อหน้า เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดตั้งแต่อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำการรักษา 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. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปที่ทำยข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างอิง ก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นวรรค ไม่ใส่วงเล็บ และใช้ **“ตัวเลขยก”** 2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของ รายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย 3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง 4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกัณท์ ( - ) 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.<sup>1-3,6,10</sup> The diseases are abundant and widely spread in the endemic area especially Thailand and its neighbor countries.<sup>3,7</sup>

**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, คณะเภสัชศาสตร์; 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 ค้นด้วยเครื่องหมายติงศกัณฑ์ ( - ) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค ( . ) หลังเลขหน้าสุดท้าย โดยเลขหน้าสุดท้ายให้ใส่เฉพาะเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขหน้าแรก ยกเว้นเลขโรมัน หรือเลขหน้าที่มี ตัวอักษรต่อท้ายให้ระบุเลขโดยไม่ต้องตัดเลขหน้าออก กรณีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน ให้ค้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ( , )

**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](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 ตูจันดา, 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. การศึกษาและพัฒนาพิพิธภัณฑชาวมุสลิมไทยเสมือนจริงบนบรรจุภัณฑ์ [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](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 ชื่อลี้ภัย มีน้ำใจ

