

## บทบาทพยาบาลต่อผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ

จรรุวรรณ ไทยบัณฑิต พย.ม.\* กฤตัญญาดา เกื้อวงศ์ พย.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ [Anti-N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor encephalitis] เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายที่มีการสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาต่อต้านจำเพาะต่อ NMDA receptor ในสมอง ส่งผลให้มีอาการทางระบบประสาทและมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคจะพบได้น้อยในเด็ก แต่ลักษณะอาการของโรคมีความซับซ้อนและยากต่อการวินิจฉัยโรค หากเด็กได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระยะยาว หรือนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ซึ่งการรักษาสำหรับโรคนี้มีทั้งระยะเฉียบพลันที่มีอาการแสดงของโรค และระยะยาวสำหรับการฟื้นฟูและการรักษาความผิดปกติที่ยังหลงเหลืออยู่ อีกทั้งเด็กยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นบุคลากรที่มสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุอาการของโรค แนวทางการรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเด็กในแต่ละขั้นตอนของการรักษา บทความนี้จะขอเสนอบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ 5 มาตรฐาน ได้แก่ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การรักษาสีทธิผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการการดูแลต่อเนื่อง และการบันทึกและรายงานการพยาบาล โดยบทบาทพยาบาลดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินอาการ ปฏิบัติการพยาบาล และแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลรักษา

**คำสำคัญ:** บทบาทพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ

วันที่รับบทความ 1 กุมภาพันธ์ 2564 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 เมษายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 19 เมษายน 2564

\*ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

E-mail: thailandit.ja@gmail.com

\*\*อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

## Nursing role for pediatric patients with Anti – NMDA receptor encephalitis

Jaruwan Thaibandit M.N.S.\* Gridiyada Kuewong M.N.S.\*\*

### Abstract

Anti-N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor encephalitis is caused by disorder of autoimmune system which resists to NMDA receptor. It resulted in neurological and psychiatric symptoms. Although, the disease incidence is rare in children, but the symptoms of disease are complex and difficult to diagnose. If diagnosis and treatment are delayed, it will result in long term abnormalities or even cause of death. The treatment for this disease includes for acute phase, while having signs and symptoms; and long term phase, for rehabilitation and treatment of residual disorders. In addition, the children need continuing care to prevent disease relapsing. Therefore, health care team have to understand the disease's causes, symptoms, and treatment guidelines; in order to prepare for caring of pediatric patients in each stage of treatment. This article presents nursing role in caring for pediatric patients with anti – NMDA receptor encephalitis according to professional standards of nursing practice which are compose of five main issues, including nursing practice using a nursing process, patient advocacy, professional ethics, quality improvement of nursing practice, and continuing care management as well as nursing report and documentation. These nursing roles are important parts for nurses to assess symptoms and provide effective comprehensive nursing care and improve health problems of patients, which will contribute to help patients to be safe and reduce complications that may occur from treatment.

**keywords:** nursing role; pediatric patients; Anti–NMDA receptor encephalitis

*Received 1 February 2021 Revised 16 April 2021 Accepted 19 April 2021*

---

\*Instructure, Pediatric Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Corresponding author,

E-mail: thaibandit.ja@gmail.com

\*\*Instructure, Pediatric Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

## บทนำ

โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ หรือ Anti-N-methyl-D-aspartate (Anti-NMDA) receptor encephalitis เป็นโรคที่สมองเกิดการอักเสบจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาต่อต้านจำเพาะต่อ NMDA receptor ในสมองถูกค้นพบครั้งแรกในปี 2550<sup>1,2</sup> ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการแสดงของอาการทางจิตเวชร่วมกับอาการทางระบบประสาท วินิจฉัยโดยการตรวจเลือดและน้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid: CSF) เพื่อหา antibody ของ NMDA receptor พบครั้งแรกในผู้ป่วยหญิงที่มีก้อนเนื้ออกในรังไข่ร่วมด้วย จากรายงาน ที่ผ่านมามีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 577 คน ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยไว้มากที่สุด ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงถึงร้อยละ 81 มีโอกาสพบเนื้ออกชนิด teratoma ในรังไข่ร่วมด้วยถึงร้อยละ 94 และพบมากในคนเชื้อชาติเอเชีย ประมาณร้อยละ 45 โดยพบในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี ร้อยละ 37<sup>3</sup> ประเทศไทยได้เริ่มมีการตรวจวินิจฉัยที่สถาบันประสาทวิทยาในปี 2553 ในขณะนั้นพบว่าผู้ป่วยโรคนี้อยู่จำนวน 6 ราย แต่ไม่ได้รับบุอายุที่ชัดเจน<sup>4</sup> สำหรับอุบัติการณ์ของโรคนี้ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีรายงานผู้ป่วยที่แน่ชัด ถือว่าเป็นโรคใหม่ พยาบาลจำเป็นที่จะต้องทราบถึงพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาของโรค เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติเป็นโรคที่สามารถพบได้ในเด็กที่มีสุขภาพดี มักมีอาการทางระบบประสาทได้แก่อาการชักเกร็ง ชิม เติมนเซ อ่อนแรง อาจทำให้นึกถึงโรคลมชักได้ แต่หากผู้ป่วยมีอาการเกี่ยวกับอาการทางจิตเวช หรือ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอื่นร่วมด้วย เช่น ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ ท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถอธิบายได้<sup>5,6</sup> ซึ่งในโรคนี้หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้เร็วจะสามารถหายเป็นปกติ แต่หลังการรักษาจะมีโอกาสที่จะหลงเหลือความผิดปกติได้ เนื่องจาก

ลักษณะอาการของโรคมีความเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตและอาการทางระบบประสาทจึงทำให้สามารถแยกโรคได้ยาก หากผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาล่าช้า หรือได้รับการวินิจฉัยไม่ถูกต้อง อาจทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น ส่งผลพัฒนาการและการเจริญเติบโต ทำให้เด็กไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ และอาจรุนแรงจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้<sup>7,8</sup> นอกจากนี้การเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ดูแลอาจเกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากการเจ็บป่วยของบุตร รวมทั้งการดูแลบุตรในระยะยาว

จากอุบัติการณ์ของโรคที่พบได้น้อยในประเทศไทย องค์ความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติยังไม่มีความชัดเจน จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลเด็กที่มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคนี้ ควรได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ และโรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวในหลายๆ ด้าน บุคลากรทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่มีการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยมีบทบาทการพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ 5 มาตรฐาน ได้แก่ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การรักษาสีตผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการการดูแลต่อเนื่อง และการบันทึกและรายงานการพยาบาล<sup>9</sup> ให้การดูแลตามแนวทางการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างเหมาะสม รวมทั้งการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน

กลุ่มนี้ดีขึ้นต่อไป

**โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติและพยาธิสภาพ**

โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติเกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย โดยร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาต่อต้าน NMDA receptor ในสมอง ซึ่งโครงสร้างของ NMDA receptor ประกอบด้วยหน่วยย่อย 2 หน่วย ได้แก่ NR1 และ NR2 คนที่เป็นโรคนี้จะพบว่า ร่างกายมีการสร้างแอนติบอดีขึ้นมาต่อต้านจำเพาะกับ NR1 ซึ่งเป็นหน่วยย่อยของ NMDA receptor โดยพบมากในสมองส่วน frontotemporal และ hippocampal การทำงานของ NMDA receptor จะอาศัยสารสื่อประสาท glutamate เป็นตัวกระตุ้น หากเกิดความผิดปกติในการทำงานของ receptor ตัวนี้ จะทำให้การเรียนรู้และความจำของผู้ป่วยผิดปกติ สามารถอธิบายได้จากลักษณะอาการของผู้ป่วยมักจะมีอาการทางจิต รวมถึงการคิดรู้ลดลง และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป<sup>10</sup> โดยพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ การวินิจฉัยโรค และการรักษาในผู้ป่วยเด็กไม่ต่างจากผู้ใหญ่ แต่มีส่วนอาการและอาการแสดงของโรคที่พบว่าในเด็กมีความแตกต่างจากอาการและอาการแสดงของผู้ใหญ่ ดังนั้นพยาบาลเด็กจะต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคดังกล่าว เพื่อช่วยให้สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง และสามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยต่อไป

**สาเหตุ**

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการระบุสาเหตุของโรคนี้ได้อย่างชัดเจน แต่หลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โรคนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดเนื้องอกในรังไข่ชนิด teratoma<sup>3</sup> บางการศึกษารายงานว่า การติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับโรคนี้ เช่น เชื้อ Herpes simplex virus (HSV-1) เชื้อ West Nile virus (WNV), Varicella-zoster virus (VZV)<sup>11</sup>

**อาการและอาการแสดง**

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคนี้มีลักษณะอาการที่เป็นรูปแบบเฉพาะแต่อาการเริ่มต้น หรืออาการนำอาจแตกต่างกันตามช่วงวัย โดยอาจแบ่งระยะของอาการของเป็น 3 ระยะ<sup>7,8</sup> ได้แก่

1. อาการนำของโรค เช่น มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน มีน้ำมูก ท้องเสีย เป็นต้น โดยมีอาการเหล่านี้ไม่เกิน 2 สัปดาห์
2. อาการในระยะแรก ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการทางจิต เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว หวาดระแวง กลัวหลงผิด เป็นต้น รวมทั้งอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ไม่เข้าสังคม เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีการสูญเสียความจำระยะสั้น การพูดผิดปกติไป พูดน้อยลง อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้น 3-4 สัปดาห์ แต่ในเด็กมักมีอาการนำมาด้วยอาการชักหรือการบิดเกร็งร่างกายผิดปกติ หรืออาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ ก้าวร้าว ไม่นอน เป็นต้น<sup>5</sup> อาการอื่นๆ ที่พบได้ในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก<sup>6,12</sup> สำหรับอาการทางจิตในผู้ป่วยเด็กอาจมีข้อจำกัดในการสังเกต เนื่องจากอาจประเมินได้ยาก

3. ระยะหลัง ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมลงสลับกับอาการกระสับกระส่าย ในระยะนี้จะพบว่าเริ่มมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น มีการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ มีการระบายอากาศน้อยลง (hypoventilation) บางรายอาจมีความดันโลหิตสูง หรือมีไข้ร่วมด้วย บางรายมีลักษณะของอาการดังกล่าวรุนแรง มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะอาการชักนานจนเกิดภาวะชักต่อเนื่อง (status epilepticus) อาจมีผลต่อระบบหายใจ ทำให้มีการหายใจล้มเหลวได้

**การตรวจวินิจฉัยโรค**

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นสามารถประเมินได้จากการซักประวัติ ลักษณะอาการของผู้ป่วย เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมีทั้งอาการทางระบบประสาท

พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อาการทางจิตเวช จึงอาจได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น ๆ ได้ ดังนั้นการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม จะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วยิ่งขึ้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ<sup>4,6,13</sup> ได้แก่

การตรวจคลื่นแม่เหล็กสมอง พบว่าร้อยละ 50 อาจไม่พบความผิดปกติของเนื้อสมอง หรือหากพบความผิดปกติก็มักเป็นความผิดปกติในระดับน้อย และเป็นชั่วคราว เมื่อติดตามผลหลังการรักษาจะพบว่าผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กสมองปกติ หรืออาจเปลี่ยนแปลงได้เล็กน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของโรค แต่ในรายที่มีอาการชักซ้ำ อาจพบว่าเนื้อสมองฝ่อลีบลงได้

การตรวจน้ำไขสันหลัง สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ร้อยละ 80 โดยส่วนใหญ่พบว่ามีเม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte และโปรตีนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย การตรวจหา Anti-NMDA receptor antibody ในน้ำไขสันหลังจะพบมากกว่าในเซรัม บางการศึกษาพบว่า การตรวจหาแอนติบอดีน้ำไขสันหลังคู่กับการตรวจเซรัมจะสามารถตรวจพบ Anti-NMDA receptor antibody ได้แม่นยำมากขึ้น<sup>14</sup>

จากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการชี้ให้เห็นว่า การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ส่วนมากมักพบความผิดปกติ ได้แก่ slow wave, disorganized activity, rhythmic activity in delta-theta range หรือ electrographic seizure แต่ความผิดปกติเหล่านี้ไม่สัมพันธ์กับลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของผู้ป่วย และ ไม่ตอบสนองกับการรักษาด้วยยากันชัก ดังนั้นการประเมินคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นการตรวจที่สำคัญในการช่วยวินิจฉัยโรคและการรักษาอาการชัก

การตัดชิ้นเนื้อสมองส่งตรวจ เป็นการตรวจที่ไม่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรค เนื่องจากผลส่วนใหญ่จะปกติ หรือพบความผิดปกติที่ไม่เฉพาะเจาะจง

## การรักษา

ผู้ป่วยโรคนี้มีโอกาสหายเป็นปกติ หากได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาทันทีโดยแนวทางหลักในการรักษาโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ คือ การผ่าตัดเนื้องอก (ในรายที่ตรวจพบว่ามีความสัมพันธ์กับโรค) ร่วมกับ การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด ได้แก่ methylprednisolone, intravenous immunoglobulin (IVIG) ผู้เขียนได้เสนอแผนภาพแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ ที่มีทั้งแนวทางการตรวจวินิจฉัยโรค และแนวทางการรักษา ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก (ดังรูปที่ 1) ซึ่งการรักษาแบ่งออกเป็นการรักษาในระยะเฉียบพลันและการรักษาในระยะยาว<sup>6</sup> รายละเอียดดังนี้

### 1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน

การรักษาในระยะเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการหรือกระบวนการการอักเสบที่เกิดขึ้น ลดการถูกทำลายของเซลล์ประสาทและลดการกระตุ้นของสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ โดยมีการรักษา ดังนี้

1.1 first-line immunotherapy เป็นการรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด เพื่อลด antibody ในร่างกาย ลดการสร้างสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ ด้วยการให้ยา สเตียรอยด์ (steroids) ส่วนใหญ่แนะนำให้ intravenous methylprednisolone 1 กรัมต่อวัน โดยการให้ยาในแต่ละครั้งควรให้นาน 4-6 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการให้ยาในเวลาเร็วเกินไป เพื่อป้องกันการเกิด posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) ร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยอิมมูโนโกลบูลิน โดยการฉีดสารเข้าทางหลอดเลือดดำ ที่เรียกว่า IVIG โดยเป็นการให้ antibody ชนิด IgG เข้มข้นเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อทดแทน antibody ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถผลิตได้ในปริมาณที่เพียงพอ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย ซึ่งในการรักษาแบบให้ antibody ทดแทนนี้จะไม่สามารถกระตุ้นให้ร่างกายผลิต antibody ใหม่ได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ IVIG ด้วยการฉีดซ้ำ ๆ เพื่อรักษาระดับ antibody ในร่างกาย ขนาดยาที่ใช้สำหรับ

ผู้ใหญ่และเด็ก 1-2 กรัมต่อกิโลกรัม ให้ติดต่อกันนาน 3-5 วัน หลีกเลี่ยงการให้ยาในเวลาเร็วเกินไป เช่นเดียวกัน โดยมีอัตราการบริหารยา 0.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที ใน 30 นาทีแรก และปรับยาขึ้นทุก 30 นาทีจนขนาดสูงสุด 4 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที เพื่อป้องกันการเกิด anaphylaxis ขณะให้ยา<sup>15</sup> นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยการให้ยาสเตียรอยด์ร่วมกับการเปลี่ยนถ่ายพลาสมาโดยการทำให้ replacement fluid ประมาณ 5-7 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 24 ชั่วโมงหรือวันเว้นวัน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก<sup>16</sup>

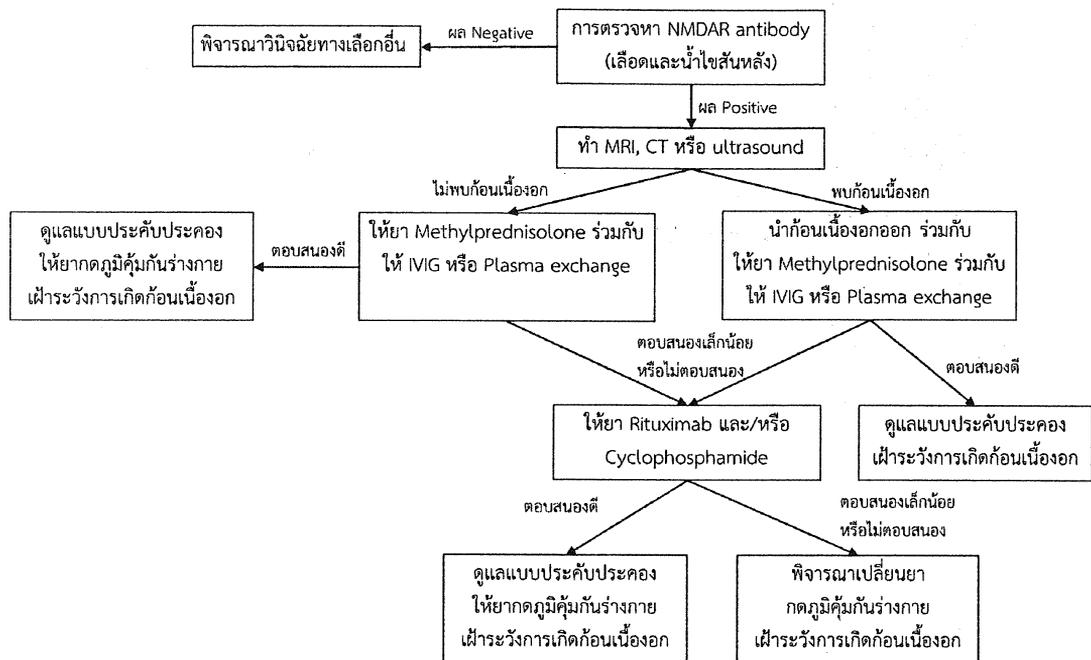
1.2 second-line immunotherapy พิจารณาให้การรักษาในขั้นนี้หลังจากให้การรักษาด้วย first-line immunotherapy แล้วผู้ป่วยยังมีอาการไม่ดีขึ้น ในขั้นนี้เป็นการรักษาผู้ป่วยโดยใช้ยาเคมีบำบัดด้วยยา Cyclophosphamide หรือ Rituximab หรือการรักษา

ด้วยการผ่าตัดนำก้อนเนื้อหรือเนื้องอกออกทำในกรณี que ผู้ป่วยเด็กมีเนื้องอกร่วมด้วย การตัดเนื้องอกออกจะช่วยรักษาอาการของโรคให้ดีขึ้น

1.3 การรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น เช่น การใช้ยากลุ่มยากันชัก (anti-epileptic drugs) เพื่อรักษาอาการชัก การให้ยาต้านอาการทางจิต เพื่อรักษาอาการทางจิตและพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย<sup>10</sup>

2. การรักษาในระยะยาว

หลังให้การรักษาพบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยสามารถรักษาหายได้ หรืออาจมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 25 อาจยังคงมีความผิดปกติเหลืออยู่มาก และร้อยละ 4-7 มีโอกาสเสียชีวิตได้<sup>10</sup> นอกจากนี้โรคนี้อาจสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ร้อยละ 20-25<sup>12</sup> ดังนั้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แพทย์อาจพิจารณาให้ยากดภูมิคุ้มกันในระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี<sup>4</sup>



รูปที่ 1 แผนภาพแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ<sup>13</sup>

ผู้เขียนขอเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ ซึ่งจะเห็นถึงอาการและอาการของผู้ป่วยเด็ก รวมถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วย ดังนี้

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษาเด็กหญิงไทย อายุ 2 ปี ภูมิลำเนากรุงเทพฯ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดามารดา

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการตรวจร่างกาย

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชักเกร็งมารดาพาไปโรงพยาบาล และได้ยักันชักกลับบ้าน

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการชัก มือซ้ายเกร็งกระตุก มุมปากซ้ายกระตุก ซีมลงมารดาจึงพามาโรงพยาบาล โดยมารดาปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ๆ และไม่มีประวัติเจ็บป่วยโรคทางระบบประสาท

ทำการตรวจร่างกายแรกรับ พบว่า กำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) ทั้งแขนและขาอยู่ในระดับ 2 มือทั้งสองข้างเคลื่อนไหวผิดปกติ (athetosis) ปลายเท้าขมวด (plantar flexion) clonus test positive (ทดสอบโดยการใช้มือดันฝ่าเท้าผู้ป่วยขึ้น ถ้าข้อเท้ากระดกขึ้นลงต่อเนื่องกันหลายครั้ง แสดงว่ามีพยาธิสภาพที่สมองหรือไขสันหลัง)

จากประวัติมารดาเครียดและวิตกกังวลมาก มีอาการนอนไม่หลับ เป็นห่วงอาการของลูก และอยากให้ลูกหายเป็นปกติ จึงส่งปรึกษาจิตแพทย์ รับประทานยารับประทาน

### การส่งตรวจพิเศษ

- ตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่สมอง พบ multiple T2/FLAIR hyperintense foci at bilateral centrum semiovate, corona radiata, and bilateral frontal subcortical white matter

- ตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงของอวัยวะในช่องท้องทั้งหมดไม่พบความผิดปกติ

- ตรวจเลือด และน้ำไขสันหลัง พบ anti NMDA-R positive แพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ

### การรักษา

ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการร้องไห้โวยวาย กระสับกระส่าย ไม่ยอมนอน มีอาการเดินเซ ได้รับการรักษาด้วย pulse methylprednisolone ทางหลอดเลือดดำ ให้ 5 วัน IVIG 2 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ทางหลอดเลือดดำ ให้ 5 วันติดต่อกัน ได้รับยากันชักคือ phenobarbital 30 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง, keppra 220 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง และ depakin 220 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง

หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ อาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์ประเมินอาการผู้ป่วยด้วยการตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมองพบ non convulsion seizure คือ มีอาการชักชนิดที่ไม่มีอาการเกร็งหรือกระตุกของกล้ามเนื้อ จึงพิจารณาทำการเปลี่ยนถ่ายพลาสมาเป็นเวลา 3 วัน หลังจากครบการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา แพทย์ทำการประเมินอาการผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยตื่นลืมตา ไม่ทำตามสั่ง ไม่พูด แพทย์จึงพิจารณาวางแผนให้การรักษาด้วยยา rituximab ซึ่งเป็นยารักษาโรคมะเร็งเป็นลำดับต่อไป

อาการของผู้ป่วยหลังทำการเปลี่ยนถ่ายพลาสมาไปแล้วเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยตื่นลืมตาหายใจได้เอง E4M4V2 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับอาหารปั่นทางสายยางเป็น (blenderized diet; BD) (1.2:1) รับประทานเป็น prednisolone, clonazepam, topamax, keppra, depakin, phenobarbital สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8-37 องศาเซลเซียส หายใจ 24-28 ครั้งต่อนาที ชีพจร 92-118 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 96/65-116/84 มิลลิเมตรปรอท

ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่างร้อยละ 96-99

**บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ**

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในทุกๆระยะของการการรักษา ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้บริการครอบคลุม 4 มิติทางการพยาบาล ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ภายใต้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด<sup>๑</sup> มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 มาตรฐาน ดังนี้

**มาตรฐานที่ 1 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล**

การนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม โดยกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การซักประวัติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงจากกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุก และซึมลงก่อนมาโรงพยาบาล โดยไม่มีประวัติของโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย 2) การตรวจร่างกายซึ่งครอบคลุมศีรษะจรดเท้า จากกรณีศึกษามีการตรวจกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขา พบว่ามี กำลังของกล้ามเนื้อผิดปกติอยู่ในระดับ 2 และมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ และ 3) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ช่วยให้การวินิจฉัยโรคแม่นยำมากขึ้น โดยเฉพาะโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ ซึ่งการซักประวัติและตรวจร่างกายอาจไม่สามารถแยกโรคได้ จากกรณีศึกษาเห็นได้ว่า

มีผลการตรวจเลือดและน้ำไขสันหลังพบ anti NMDA-R positive ส่งผลให้แพทย์สามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ

2. การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล จำแนกเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

2.1 เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนเนื่องจากอาการชัก โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

- ดูแลให้ได้รับยากันชัก phenobarbital 30 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง keppra 220 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง และ depakin 220 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันเซลล์สมองขาดออกซิเจนจากอาการชัก และติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาดังกล่าว

- การดูแลผู้ป่วยขณะมีอาการชัก ได้แก่ จัดให้ผู้ป่วยนอนราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ดูแลให้ออกซิเจน cannula 2 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษา (กรณีที่มีอาการชัก) กรณีที่มีเสมหะหรือน้ำลายมาก สามารถช่วยดูดเสมหะ เพื่อป้องกันการสำลัก ดูแลให้งดน้ำงดอาหารทางปาก เพื่อป้องกันการสำลักขณะผู้รับบริการชัก จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ยกไม้กั้นเตียง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายจากการชัก เช่น การพลัดตกเตียง เป็นต้น และสังเกตและบันทึกลักษณะอาการชัก ระยะเวลา และรายงานแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษา

- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพน้อยกว่าหรือทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์

- ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว (gasglow coma score) ขนาดรูม่านตาอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ในช่วงระยะแรก ทุก 4 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยมีอาการคงที่ และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ

- ดูแลให้ได้รับยา pulse methylprednisolone ทางหลอดเลือดดำ โดย 30 นาทีแรกเริ่มให้ยาในอัตราที่ช้า และปรับอัตราให้เร็วขึ้นทุก 30 นาที ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการได้รับยา ได้แก่ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด ลมพิษ หายใจลำบาก มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด มีภาวะโซเดียมต่ำ เกิดอาการบวม ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น ดังนั้นในการให้ยาต้องมีการวัดสัญญาณชีพ โดยทำการวัดสัญญาณชีพทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยาทุก 15 นาที 4 ครั้ง ตามด้วยทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนยาหมด และวัดหลังให้ยาหมด 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

- ประเมินและบันทึกความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หากน้อยกว่าร้อยละ 90 ให้รายงานแพทย์ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

- ประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง (early warning signs) ที่แสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อในสมองขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน หอบเหนื่อย หายใจอกบวม ปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นต้น และรายงานแพทย์ เมื่อพบอาการผิดปกติ

- ดูแลให้ผู้ป่วยบริการได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดการรบกวนผู้รับบริการโดยไม่จำเป็น รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมรอบๆ เพียงผู้รับบริการให้สงบ ลดปัจจัยกระตุ้นที่ชักนำให้เกิดอาการชัก ได้แก่ แสง สี เสียง อุณหภูมิ เป็นต้น

การประเมินผล สามารถประเมินผลได้จากผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน เช่น ซีด หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน หอบเหนื่อย ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ซึม หายใจมีหน้าอกบวม ปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นต้น ไม่มีอาการชักเกร็ง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-30 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 80-130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต

ช่วงบน 80-110 มิลลิเมตรปรอท และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่าร้อยละ 95

2.2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาการแพ้ เนื่องจากผลข้างเคียงจากการได้รับ IVIG โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

- ตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของสารละลายที่ให้ จำนวน ทางที่ให้ เวลาที่ให้ เพื่อป้องกันการให้สารละลายผิดคน

- ดูแลให้ IVIG โดย 30 นาทีแรกเริ่มให้ยาในอัตราที่ช้า และปรับอัตราให้เร็วขึ้นทุก 30 นาที ตามแผนการรักษา เพื่อให้ป้องกันการแพ้

- วัดสัญญาณชีพก่อนให้ยา ขณะให้ยาทุก 15 นาที 4 ครั้ง ตามด้วยทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนยาหมด เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของการได้รับยา

- ประเมินและเฝ้าสังเกตอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยา IVIG หากผู้ป่วยมีปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นขณะเริ่มให้ยาทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ อาการผื่นคัน ผื่นลมพิษ ให้พิจารณาปรับอัตราการหยดของยาลดลงร้อยละ 25-50 หรือหยุดให้ยาและรักษาอาการแพ้ นอกจากนี้จำเป็นต้องเฝ้าสังเกตการเกิดปฏิกิริยาแพ้อย่างรุนแรง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว หายใจหอบเหนื่อย บวมบริเวณใบหน้า หน้าแดง เหงื่อออก ปัสสาวะออกน้อยหรือปัสสาวะเป็นเลือด มักเกิดภายใน 30-60 นาทีหลังให้ยา หากผู้ป่วยมีอาการแพ้รุนแรงให้หยุดยาทันทีและรีบรายงานแพทย์ เพื่อรักษาปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาโดยแพทย์ อาจพิจารณาเป็นการให้ adrenaline (1:1000) และดูแลให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (high flow) ตามแผนการรักษา

การประเมินผล สามารถประเมินผลได้จากผู้ป่วยไม่มีอาการของปฏิกิริยาการแพ้ ได้แก่ ผื่น ลมพิษ หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย แน่นหน้าอก เป็นต้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการทำ plasmapheresis ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ การทำ plasmapheresis นั้นคล้ายกับในผู้ใหญ่ โดย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะก่อนทำ plasmapheresis ต้องแจ้งให้ มารดาทราบเกี่ยวกับเหตุผล ขั้นตอนการทำ plasma- pheresis และค่าใช้จ่าย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มารดา ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และเซ็นใบยินยอมทำหัตถการ ตรวจสอบตำแหน่งของหลอดเลือดที่ใช้สำหรับทำ plasmapheresis ต้องเป็นเส้นเลือดดำใหญ่ เตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนได้รับการทำ plasmapheresis ได้แก่ งดน้ำงดอาหาร วัดสัญญาณชีพ เตรียมอุปกรณ์สำหรับ ช่วยหายใจ เตรียมอุปกรณ์สำหรับทำ plasmapheresis ได้แก่ การจองส่วนประกอบของเลือด การเตรียมน้ำ ทดแทน ชุดกรองสำหรับทำ plasmapheresis และอุปกรณ์ สำหรับใส่พลาสติกที่กรองออก ยา heparin เพื่อป้องกันการ แข็งตัวของเลือด และตรวจสอบคำสั่งการรักษาของ แพทย์ เกี่ยวกับปริมาณสารน้ำที่ต้องการกรองในแต่ละ ครั้ง และอัตราการไหลต่อนาที

- ระยะขณะทำ plasmapheresis ต้องมีการวัดสัญญาณชีพ โดยวัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ตามด้วย ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงตลอดการ ทำ plasmapheresis เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย โดยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่าง การทำ plasmapheresis ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ จาก การทดแทนสารน้ำไม่เพียงพอ เลือดออก จากการได้รับ heparin มากเกินไป หรือเกร็ดเลือดต่ำจากการสูญเสีย coagulation factors อุณหภูมิร่างกายต่ำ เกิดภาวะแคลเซียม ในเลือดต่ำ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น และบันทึก ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก

- ระยะหลังทำ plasmapheresis วัด สัญญาณชีพ โดยทำการวัดสัญญาณชีพทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยา โดยวัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ตามด้วยทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนยาหมด และ วัดหลังให้ยาหมด 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

การประเมินผล สามารถประเมินผลได้จาก ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ความ ดันโลหิตต่ำ เลือดออก อุณหภูมิร่างกายต่ำ เป็นต้น และมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.4 มารดาวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วย ของบุตร โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับมารดาด้วยการพูดคุย ซักถาม เพื่อให้มารดาเกิดความไว้วางใจ
- เปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึก เพื่อ ลดความเครียดและความวิตกกังวล
- ช่วยประสานงานให้มารดาได้รับข้อมูลหรือ แผนการรักษาอย่างครอบคลุมจากแพทย์เจ้าของไข้ เช่น การวางแผนการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ให้มารดาได้มีส่วน ร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้ รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุดและตรงตามความต้องการ ของทั้งสองฝ่าย
- ประเมินความเครียดและความวิตกกังวล ของมารดาเป็นระยะ ๆ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการ วางแผนการพยาบาลต่อไป

การประเมินผล สามารถประเมินผลได้จาก การพูดคุยกับมารดา เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวล และสังเกตสีหน้าของมารดา

## มาตรฐานที่ 2 การรักษาสีทธิผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

พยาบาลเป็นผู้ดูแลเด็กป่วย ซึ่งในการดูแลนั้น จะต้องมีความเข้าใจ เต็มใจและให้ความช่วยเหลือโดย คำนี้ถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นหลัก ให้การดูแลช่วยเหลือ ทั้งที่อยู่ในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง<sup>5</sup> จากกรณี ศึกษาเห็นได้ว่าพยาบาลดูแลทั้งการป้องกันเนื้อเยื่อ สมองพร้อมออกซิเจน การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา รวมทั้งให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากการดูแล ผู้ป่วยเด็กแล้วพยาบาลยังต้องให้ความเคารพกับสิทธิ ของมารดาในฐานะเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย โดยชี้แจงและให้ข้อมูลการดูแลกับมารดาเพื่อให้มารดา รับทราบและตัดสินใจ พยาบาลวิชาชีพต้องดูแลผู้ป่วย

และครอบครัวอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ รวมทั้งต้องมีหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในปฏิบัติงาน ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล และมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

### มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลปฏิบัติการจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลบนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง มีความทันสมัยและเป็นปัจจุบัน<sup>5</sup> มีการทบทวนและประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างเป็นระบบเป็นระยะ ๆ มีความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถเข้าถึง วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อนำความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการวิจัยมาประยุกต์ใช้และพัฒนา รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง<sup>17</sup> จากกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่าโรคมองอึกเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิต ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาความรู้และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของตนเองตลอดเวลา ตลอดจนทบทวน ประเมินและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและมีประสิทธิภาพ

**มาตรฐานที่ 4 การจัดการการดูแลต่อเนื่อง**  
การจัดการการดูแลต่อเนื่องเป็นกระบวนการดูแลและผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ โดยจะต้องมีการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่าง

ครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพ โดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient-and family-centered care: PFCC) เพื่อพัฒนาศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ<sup>17</sup> จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ภายหลังการรักษา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังคงต้องได้รับอาหารทางสายยางและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเด็กมากขึ้น ทั้งด้านการเตรียมและให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพ การรับประทานยา การประเมินอาการและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การพาผู้ป่วยเด็กมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนศึกษาหาแหล่งให้บริการทางสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทำให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องนอกโรงพยาบาล หรือเมื่อเกิดภาวะวิกฤตผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และนอกจากนี้โรคมองอึกเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ ส่งผลต่อระบบประสาทจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและฟื้นฟูภาวะสุขภาพให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด

### มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานการพยาบาล

การบันทึกและรายงานการพยาบาลควรมีการบันทึกให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของ การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวตามกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง เนื้อหามีความชัดเจน กะทัดรัด และต่อเนื่อง จากกรณีศึกษาได้มีการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการบันทึกและรายงานการพยาบาลที่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการสื่อสารในทีมสุขภาพและระหว่างทีมสุขภาพได้ เพื่อ

ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การบันทึกและรายงานการพยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญที่สามารถช่วยในการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินและพัฒนาคุณภาพการบันทึกรายงานการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

จากกรณีศึกษา จะเห็นได้ว่าการนำแนวปฏิบัติตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนดทั้ง 5 มาตรฐาน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ ส่งให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กได้รับการแก้ไขอย่างครอบคลุม บุคลากรที่มีสุขภาพสามารถตอบสนองตามความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยและญาติได้ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการส่งต่อข้อมูลและการวางแผนการดูแลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพอีกด้วย

## unสรุป

โรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ (Anti-NMDA receptor encephalitis) ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่พบได้น้อยในเด็ก แต่ลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคมีความซับซ้อน ส่งผลให้การวินิจฉัยโรคเป็นไปได้ยาก หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอาจทำให้อาการและความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น จนนำไปสู่ความบกพร่องในระบบอื่นๆ และเสียชีวิตตามมาได้ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ถือได้ว่าพยาบาลปฏิบัติการเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถติดตามประเมินอาการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก พยาบาลปฏิบัติการที่ดูแลผู้ป่วยเด็กจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อค้นหาปัญหา วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รักษาสิทธิของ

ผู้ป่วยจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยเน้นการดูแลบนพื้นฐานศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ โดยเฉพาะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กในระยะยาว ผู้ป่วยอาจหลงเหลือความผิดปกติ พยาบาลจึงจำเป็นต้องวางแผนให้การดูแลต่อเนื่องร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยและบุคลากรที่มีสุขภาพอื่น ๆ โดยการสื่อสารและรายงานผลการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง จึงหวังว่าบทความนี้จะประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ และส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## References

1. Dalmau J, Tuzun E, Wu HY, Masjuan J, Rossi JE, Voloschin A, et al. Paraneoplastic anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007;61:25–36.
2. Dalmau J, Bataller L. Limbic encephalitis: The new cell membrane antigens and a proposal of clinical-immunological classification with therapeutic implications. *Neurologia* 2007;22(8):526–37.
3. Titular MJ, McCracken L, Gabilondo I, Armangue T, Glaser C, Lizuka T, et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: An observational cohort study. *Lancet Neurol* 2013; 12(2):157–65. doi:10.1016/S1474-4422(12)70310-1.

4. Weerawan S. Anti-NMDA receptor encephalitis. *Epilepsy Digest* 2011; 3-5. (in Thai)
5. Sai Y, Zhang X, Feng M, Tang J, Liao H, Tan L, et al. Clinical diagnosis and treatment of pediatric anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis: A single center retrospective study. *Exp Ther Med* 2018; 16(2):1442-8. doi:10.3892/etm.2018.6329.
6. Apiwattanakul M. Autoimmune encephalitis. *Thai Journal of Neurology* 2014; 30(1):1-8. (in Thai)
7. Remy KE, Custer JW, Cappell J, Foster CB, Garber NA, Walker LK, et al. Pediatric anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis: A review with pooled analysis and critical care emphasis. *Front Pediatr.* 2017 Nov 24; 5:250. doi:10.3389/fped.2017.00250.
8. Thepwiwatjit S, Jitprapaikulsan J. Anti-NMDA-receptor encephalitis of Thai patients: Description of a consecutive series of patients over 10 Years and a literature review. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2018; 101:163-71. (in Thai)
9. Thailand Nursing and Midwifery Council. Annual report 2019. Nonthaburi: Suetawan Publishing; 2020.
10. Bhat P, Ahmed A, Jolepalem P, Sittambalam C. A case report: Anti-NMDA receptor encephalitis. *J Community Hosp Intern Med Perspect* 2018; 8(3):158-60. doi:10.1080/20009666.2018.1481326.
11. Gable MS, Sheriff H, Dalmau J, Tilley DH, Glaser CA. The frequency of autoimmune n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis surpasses that of individual viral etiologies in young individuals enrolled in the California encephalitis project. *Clin Infect Dis* 2012; 54(7):899-904. doi:10.1093/cid/cir1038.
12. Kasemsap N, Kongbunkiat K, Tiamkao S. Interesting case: Behavioral change in young women. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2013;8(2):93-101. (in Thai)
13. Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez E, Rosenfeld MR, Balice-Gordon R. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurol* 2011;10(1):63-74. doi:10.1016/S1474-4422(10)70253-2.
14. Prüss H, Finke C, Höltje M, Hofmann J, Klingbeil C, Probst C, et al. N-methyl-d-aspartate receptor antibodies in herpes simplex encephalitis. *Ann Neurol* 2012; 72(6):902-11. doi: 10.1002/ana.23689.
15. Food and drug administration. Rational drug use handbook to special access medicine of national list of essential medicine (E II). Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2010. (in Thai)
16. Barry H, Byrne S, Barrett E, Murphy KC, Cotter DR. Anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis: Review of clinical presentation, diagnosis and treatment. *BJPsych Bull* 2015;39(1):19-23. doi:10.1192/pb.bp.113.045518.
17. Kuewong G. The COVID-19: Nursing practice for pediatric patients. *Journal of Nursing Sciences & Health* 2020;43(4):1-11. (in Thai)