



โรงพยาบาลขอนแก่น
Khon Kaen Hospital

วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการ ระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System Management
Khon Kaen Hospital

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 : เมษายน - มิถุนายน 2567
VOL.2 NO.2 : APRIL - JUNE 2024



ISSN: 2822-082X (Print)
ISSN: 2822-0846 (Online)

วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ

โรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System Management

Khon Kaen Hospital

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2: เมษายน - มิถุนายน 2567

Vol. 2 No.2: April - June 2024

ชื่อหนังสือ วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น
เจ้าของ โรงพยาบาลขอนแก่น
ISSN 2822-082X (Print) 2822-0846 (Online)
พิมพ์ที่ โรงพยาบาลขอนแก่น
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2567

ทีมบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
พว.พินรัฐ จอมเพชร พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่น

บรรณาธิการ

นพ.กฤษ สาลัง นายแพทย์ชำนาญการ
ดร.ผณีแก้ว คลังคา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รองบรรณาธิการ

ดร.กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.ธีรากร มณีรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.รติอร พรกุกุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.กล้าเผชัย โชคบำรุง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ. ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.สุพัฒนา ศักดิฐานนท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ทิพรัตน์ อุดมืองเพีย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสอนแก่น
ดร.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสอนแก่น
ดร.นิสากร วิบูลย์ชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสริมหาสารคาม
ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสริมหาสารคาม

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุเพียร โภคทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ผศ.ดร. จิตารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
ดร.พรรณนิภา ไชยรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขก.
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขก.
ดร.มลิวลย์ อังคะนิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด
ดร.อุบล จ๋วงพานิช	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
ดร.นิภาพร ละครวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยโสธร
ดร.ผณีแก้ว คลังคา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.ธีรากร มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.นิตยา ศรีสุทธิกมล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.รติอร พรภุณา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.อุมาภรณ์ สอนปัญญา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พว.นิตานาถ ชีรพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พว.สุภาพรณัฏ์ ตันต์สุระ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พว.ศิริภาณี คำอู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.รัตนา ทองแจ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.เพชรภรณ์ ประสารน้ำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ

ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.รัตนา ทองแจ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พว.อุไรลักษณ์ พิมพ์ศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
นางสาวศรุตตา ใจซื่อ	นักวิชาการการศึกษา

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของแนวทางการบริหารยาฉีดอินอกซาพาริน ต่อการเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง 1-11

และระดับความปวด หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น

The Effects of enoxaparin injection guideline on subcutaneous bleeding and pain,

Cardiology medication ward, Khon Kaen Hospital

แพรวไพลิน นิยมกิจ, รัตนา ทองแจ่ม, วิจิตรา บรรดาศักดิ์,

สุธาสินี เหลาหนด, วิภาดา สิงมหา

Praepailin Niyomkit, Rattana Thongjam., Wichitra Bandasak,

Suthasinee Laonuad., Wipada Singmaha

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา: กรณีศึกษา 2 ราย 12-20

Nursing Care for Patients with Alcohol Dependence Experiencing Alcohol

Withdrawal: Two Case Studies

พิมพ์ชนก มิลินธนพัชรพร

Pimchanok Milintanapacharaporn

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และโรคจุดรับภาพบวมจากเบาหวาน 21-36

ที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of diabetic retinopathy in diabetes patients and center involved

diabetic macular edema for retinal laser undergoing laser beam

: cases study 2 cases

วิมลรัตน์ ดอนสกุล

Wimonrut Donsakul

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscope ACL 37-46
Reconstruction)

Nursing Care for Patients Undergoing Arthroscope ACL Reconstruction

สจี เนตรโกศล

Sagee Netkosol

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด: กรณีศึกษา 2 ราย 47-59

Nursing Care of Post-Operative Fracture around Hip in Elderly Patients

: Two Case Studies

สาวิตรี บุญศรีสอาด

Sawitree Bunsrisaad

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย 60-70

Nursing Care for Patients with Severe Traumatic Brain Injuries

: Two Case Studies

อรวรรณ แซ่ฉั่ว

Orawan Saechua

ผลของแนวทางการบริหารยาฉีดอินอกซาพาริน ต่อการเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง และระดับความปวด หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น

แพรวไพลิน นิยมกิจ พย.บ.*, รัตนา ทองแจ่ม พธ.ด**

วิจิตรา บรรดาศักดิ์ พย.บ.*, สุธาสินี เหลาหวาด พย.บ***

วิภาดา สิงมहा พย.บ***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังและระดับความปวดในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาที่ได้รับการฉีดยาอินอกซาพาริน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม 2565 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 60 คน กลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยแนวทางการบริหารยาอินอกซาพารินที่พัฒนาขึ้น กลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาอินอกซาพารินด้วยวิธีปกติของหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง และแบบบันทึกระดับความปวด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการบริหารยาอินอกซาพาริน และวงล้อบริหารยาอินอกซาพาริน วิเคราะห์ข้อมูลการเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังและระดับความปวด ด้วยวิธีการค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi-Square test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.143$) มีค่าเฉลี่ยระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.443$, $p<.001$)

คำสำคัญ: แนวทางการบริหารยาอินอกซาพาริน, ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง, ระดับความปวด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น

The Effects of enoxaparin injection guideline on subcutaneous bleeding and pain, Cardiology medication ward, Khon Kaen Hospital

Praepailin Niyomkit BNS, Rattana Thongjam Ph.D., Wichitra Bandasak, B.N.S.,
Suthasinee Laonuad, B.N.S., Wipada Singmaha, B.N.S.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the incidence of subcutaneous hematoma and pain levels in cardiovascular patients receiving enoxaparin injections at the Cardiology Ward of Khon Kaen Hospital. The study was conducted from March to July 2023, involving 120 patients who met the eligibility criteria. Participants were divided into two groups: 60 in the experimental group and 60 in the control group. The experimental group received care based on a newly developed enoxaparin administration guideline, while the control group received the standard method of enoxaparin administration. Data collection tools included personal information forms, subcutaneous hematoma recording forms, and pain level recording forms. The research instruments included the enoxaparin administration guideline and an enoxaparin administration management wheel. Data on the incidence of subcutaneous hematoma and pain levels were analyzed using means, standard deviations, and comparisons between the control and experimental groups with Chi-Square tests and independent t-tests.

The results revealed that the experimental group experienced fewer subcutaneous hematoma cases than the control group, although the difference was not statistically significant at the 0.05 level ($p = 0.143$). However, the experimental group had a significantly lower average pain level than the control group ($t = 12.443$, $p < .001$).

Keywords: Enoxaparin administration guideline, subcutaneous hematoma, pain level

*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั้งประเทศไทยและทั่วโลก สถิติสาธารณสุขประเทศไทย ปี 2557 ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราเสียชีวิตเท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 27.83 ต่อแสนประชากร¹ การเสียชีวิตโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีถูกอุดตันการไหลเวียนจากไขมันและเนื้อเยื่อที่สะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดหนาและตีบ และหากคราบไขมันในหลอดเลือดแดงมีการปริแตกหรือฉีกขาดอย่างฉับพลัน (Plaque rupture) เกิดการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombus formation) การไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็ว นำสู่อาการของกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความรุนแรงขึ้นกับชนิดของลิ่มเลือดที่อุดตัน ในกรณีลิ่มเลือดอุดตันไม่สมบูรณ์แต่ทำให้หลอดเลือดตีบลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก แต่หากลิ่มเลือดอุดตันสมบูรณ์จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นำไปสู่การเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวายหรือภาวะช็อคได้² ปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดที่นิยม คือ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวด (Percutaneous coronary intervention: PCI) หลังจากทำการหัตถการผู้ป่วยจะได้รับยาต้านเกล็ดเลือดเพื่อลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ^{3,4} ในบางรายที่มีข้อจำกัดในการให้ยาต้านเกล็ดเลือดจะได้รับยาฉีดต้านการเกิดลิ่มเลือดและต้านการแข็งตัวของเลือด ที่นิยมคือ ยาอินอกซาพาริน (Enoxaparin) ติดต่อกันอีกอย่างน้อย 2-8 วัน⁵ ยาอินอกซาพารินสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ได้แก่ ภาวะเลือดออก (Bleeding) ภาวะเลือดออกในอวัยวะต่างๆ ความเจ็บปวดจากการฉีดยา มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) หรือกระดูกพรุน (Osteoporosis) ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังหรือกระดูกพรุน (Bruise) หรือ ก้อนเลือดออกใต้ผิวหนัง (Hematoma) เป็นต้น^{6,7,8} ภาวะเลือดออกจากการได้รับยาอินอกซาพาริน โดยเฉพาะภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยพบว่าเกิดจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดตำแหน่งที่ฉีดยา ได้ร้อยละ 63 ถึง 64.5 ขนาดจ้ำเลือดหลังจากฉีดยา 72 ชั่วโมงเท่ากับ 1.8 ± 0.9 เซนติเมตร และก้อนเลือดมีขนาด 1.6 ± 0.8 เซนติเมตร^{9,10} สำหรับความปวดนั้น เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการฉีดยาทันที พบว่าหลังฉีดยากลุ่มเฮพารินที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ ผู้ป่วยมีความปวดถึงร้อยละ 77.4 เป็นการปวดระดับน้อย (Mild pain) ร้อยละ 64.5 และปวดระดับปานกลาง (Moderate pain) ร้อยละ 12.9¹⁰ จากปัญหาของการใช้ยาอินอกซาพารินที่อาจก่อให้เกิดอันตรายและความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วย พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการบริหารยา จึงควรระมัดระวังและมีแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีความสุขสบาย

จากการทบทวนแนวทางการบริหารยาอินอกซาพาริน พบว่า มีเทคนิคการปฏิบัติที่หลากหลายเพื่อลดความรุนแรงของเลือดออกใต้ผิวหนังและลดความปวด เช่น การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ระมัดระวังการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะแทรกซ้อน การประเมินติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังฉีดยา การเลือกตำแหน่งฉีดยาที่เหมาะสม การเตรียมผิวหนังก่อนฉีดยา และการฉีดยาปริมาณน้อยๆ^{3,11,12} เป็นต้น แต่ยังมีข้อสรุปบางประเด็นที่ไม่ชัดเจน เช่น การใช้ความเย็น รวมถึงการใช้เทคนิคระยะเวลาเดินยาที่ใช้ระยะเวลาอย่างมาก แต่ยามีปริมาณน้อย ซึ่งวิธีดังกล่าวมาทำได้ค่อนข้างยากและไม่นิยมนำมาปฏิบัติ ซึ่งควรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะ มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาอินอกซาพารินเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยในปี 2565 ถึงแม้จะไม่มีการรวบรวมข้อมูลการเกิดรอยช้ำไว้แต่พบมีรายงานการเกิดก้อนเลือดออกใต้ผิวหนังในผู้ป่วยได้รับยาอินอกซาพาริน จำนวน 9 ครั้ง ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงใน

ระดับ E จำนวน 6 ครั้ง และความรุนแรงระดับ F จำนวน 3 ครั้ง อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากการสังเกตการปฏิบัติ พบว่า พยาบาลมีเทคนิคการฉีดยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ใส่อากาศออกจากเข็มฉีดยา ดูดดูเลือดก่อนเดินยา เป็นต้น การไม่ได้กำหนดจุดฉีดยาที่ชัดเจน พยาบาลเลือกตำแหน่งฉีดยาเอง ไม่กำหนดระยะเวลาในการเดินยา ทำให้บางครั้งพยาบาลเดินยาก่อนข้างเร็ว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาอินอกซาพารินเกิดภาวะเลือดออกได้ผิวหนัง และมีความปวดได้ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน มีหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยา จึงความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการบริหารยาฉีดยาอินอกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อลดการเกิดภาวะเลือดออกได้ผิวหนัง และลดความเจ็บปวด อันจะเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแล และส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย:

1. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะเลือดออกได้ผิวหนัง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยแนวทางการบริหารยาอินอกซาพาริน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาอินอกซาพาริน ด้วยวิธีปกติของหอผู้ป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยแนวทางการบริหารยาอินอกซาพาริน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาอินอกซาพาริน ด้วยวิธีปกติของหอผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย:

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาอินอกซาพาริน รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ

เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) คือ 1) ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาอินอกซาพาริน ฉีดขนาด 0.4-0.6 มิลลิกรัม อย่างน้อย 3-5 วันติดต่อกัน 2) ไม่มีแผลหรือข้อห้ามในการฉีดยาบริเวณหน้าท้อง 3) ไม่มีประวัติได้รับยาฉีดยาอินอกซาพารินมาก่อนภายใน 1 สัปดาห์ 4) ระดับความรู้สึกตัวปกติ สามารถสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ 1) แพทย์หยุดให้การรักษาด้วยยาอินอกซาพารินก่อนครบ 3 วัน 2) ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบ 3 วันหลังได้รับยาฉีดยาอินอกซาพาริน 3) ผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดน้อยกว่า $100,000 /\text{mm}^3$ 4) ผู้ป่วยมีประวัติโรคตับเรื้อรัง 5) ผู้ป่วยมีโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย 6) ผู้ป่วยมีเลือดออกที่อวัยวะต่างๆ 7) ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาอินอกซาพาริน

เกณฑ์นำกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง (Withdrawal of participant criteria) คือ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย และมีความสับสนระหว่างนอนโรงพยาบาล (Delirium)

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม N4Studies ใช้สูตรสำหรับ Two independent proportions จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ ชนกพร อุตตะมะ และคณะ (2558)¹³ กำหนด Alpha เท่ากับ 0.01 Beta เท่ากับ 0.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 ราย และคำนวณเพิ่มสัดส่วนการสูญเสีย¹⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มละ 60 ราย รวมขนาดตัวอย่างที่ใช้ทั้งหมด 120 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ยาที่ได้รับ วัน/เวลาที่เริ่มให้ยาอินอกซาพาริน วัน/เวลาที่

สิ้นสุดการให้ยาอินอกซาพาริน ขนาดยาที่ให้ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1.2 แบบบันทึกภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง เป็นแบบบันทึกชนิดและขนาดของเลือดออกใต้ผิวหนังที่เกิดขึ้นหลังการฉีดยาอินอกซาพาริน ของตำแหน่งที่ฉีดยาเมื่อครบ 48 ชั่วโมง โดยชนิดเลือดออกใต้ผิวหนังประกอบด้วย รอยจ้ำเลือด (Bruise) ห่อเลือด (Ecchymoses) หรือก้อนเลือดออก (Hematoma)

2.1.3 แบบบันทึกระดับความปวด เป็นมาตรวัดระดับความปวดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรง มีตัวเลข 0 - 10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวด และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด การแปลความหมายระดับความปวดแบ่งออกเป็น 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง และ 7 คะแนน หมายถึง ปวดมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์หัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน คำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ 0.80 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก ได้เท่ากับ 0.87

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.2.1 แนวทางการบริหารยาอินอกซาพาริน เป็นแนวทางการบริหารยาฉีดอินอกซาพารินที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวทาง 6 ข้อ คือ (1) การให้คำแนะนำก่อนและหลังฉีดยา (2) การจัดทำผู้ป่วย นอนราบชันเข้า (3) การเตรียมยาฉีดโดยไม่ไล่ฟองอากาศออก (4) การเลือกตำแหน่งที่ฉีดยา บริเวณหน้าท้องด้านข้างลำตัวห่างสะดืออย่างน้อย 2 นิ้ว ฉีดเวียนตามเข็มนาฬิกา เมื่อฉีดยา

ครั้งต่อไปให้ห่างจากจุดเดิม 1 นิ้ว สลับกันซ้ายขวา (5) การประคบเย็น ก่อนฉีดยา 30 วินาที และหลังฉีดยา 30 วินาที (6) การบริหารยา ไม่ต้องดึงแกนกระบอกฉีดยาเพื่อดูว่าปลายเข็มเข้าเส้นเลือดหรือไม่ และเดินยาช้าๆ อย่างน้อย 30 วินาที

2) วงล้อบริหารยาอินอกซาพาริน ใช้กำหนดจุดที่จะฉีดยาอินอกซาพาริน โดยเป็นกระดาดขนาด A4 เจาะรูตรงกลาง และเจาะรูห่างจากตรงกลาง 2 นิ้ว เป็นวงกลม จำนวน 8 รู และเป็นวงกลมล้อมรอบเป็นลำดับต่อไป มีตัวเลขกำกับ 1 ถึง 28 ระบุวันและเวลาที่ให้ยาอินอกซาพาริน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ความเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยนำปัญหาและอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

3. วิธีการรวบรวมข้อมูล

3.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ หลัง

โครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

3.1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง แต่ระดับความปวด พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานเป็นผู้ประเมิน จึงประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการประเมินระดับความปวดหลังฉีดยาโดยใช้แบบบันทึกระดับความปวดแก่พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงาน เพื่อให้รับทราบเข้าใจและปฏิบัติตรงกัน

3.1.2 ภายหลังจากเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยเตรียมการนำใช้แนวทางฯ ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงาน ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมพยาบาลทุกคนในหอ

ผู้ป่วย โดยจัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการบริหารยาอื่นนอก
ชาพารินที่กำหนดขึ้น ฝึกทักษะการปฏิบัติกับผู้ป่วย จน
พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และม
ความมั่นใจในการปฏิบัติ

3.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการวิจัย

3.2.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

3.2.1.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อ
อธิบายถึงโครงการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมในการ
วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วน
บุคคล

3.2.1.2 กลุ่มควบคุมได้รับการยาอื่นนอก
ชาพาริน ตามวิธีปกติของหอผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพใน
หน่วยงาน 2 ครั้ง ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 12 ชั่วโมง

3.2.1.3 หลังการฉีดยาแต่ละครั้ง
พยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งไม่ใช่พยาบาลผู้ฉีดยารอจนพยาบาล
ฉีดยาเสร็จ จึงเข้าประเมินความรู้สึกเจ็บปวดของกลุ่ม
ตัวอย่างว่ารู้สึกปวดมากน้อยเพียงใด โดยใช้แบบประเมิน
ความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข

3.2.1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิด
เลือดออกใต้ผิวหนัง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินบริเวณที่ฉีดยา
แต่ละจุดเมื่อครบ 48 ชั่วโมง โดยทำการเก็บข้อมูลการเกิด
ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังและชนิดของเลือดออก แล้วลง
บันทึกในแบบบันทึกที่ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง

3.2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

3.2.2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อ
อธิบายถึงโครงการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมในการ
วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วน
บุคคล

3.2.2.2 กลุ่มทดลองได้รับการยาอื่นนอก
ชาพาริน ตามแนวทางการบริหารยาอื่นนอกชาพาริน โดย
พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน 2 ครั้ง ครั้งที่ 2 ห่างจากครั
งแรก 12 ชั่วโมง

3.2.2.3 หลังการฉีดยาแต่ละครั้ง
พยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งไม่ใช่พยาบาลผู้ฉีดยารอจนพยาบาล

ฉีดยาเสร็จ จึงเข้าประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่างว่ารู้สึก
ปวดมากน้อยเพียงใด โดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดที่
เป็นตัวเลข

3.2.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิด

เลือดออกใต้ผิวหนัง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินบริเวณที่ฉีดยา
แต่ละจุดเมื่อครบ 48 ชั่วโมง โดยทำการเก็บข้อมูลการเกิด
ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังและชนิดของเลือดออก แล้วลง
บันทึกในแบบบันทึกที่ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง

4. จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ผ่านการ
รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่
10 กุมภาพันธ์ 2566 เลขที่โครงการวิจัย KEF65039 ผู้วิจัย
พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยการแนะนำตัวพร้อมทั้ง
ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอน การเก็บรวบรวม
ข้อมูล ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ
และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและ
ตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบ
ยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่าง
มีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มี
ผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา และทุกคำตอบหรือข้อมูลทุก
อย่างถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผย นำมาใช้เฉพาะ
การศึกษานี้เท่านั้น

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วย
สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-Square test

5.3 เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะ
เลือดออกใต้ผิวหนัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยแนว
ทางการบริหารยาอื่นนอกชาพาริน กับกลุ่มที่ได้รับการฉีดยา
อื่นนอกชาพาริน ด้วยวิธีปกติของหอผู้ป่วย ด้วยสถิติ Chi-
Square test

5.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความ
ปวด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยแนวทางการบริหารยา

อีนอกซาพาริน กับกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาอีนอกซาพาริน ด้วย
วิธีปกติของหอผู้ป่วย ด้วยสถิติ Independent t-test
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของ
กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รายละเอียด
ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มควบคุม (N = 60)		กลุ่มทดลอง (N = 60)		X	p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ	ชาย	42	70	38	63.33	0.600	0.439
	หญิง	18	30	22	36.67		
อายุ	15-40 ปี	2	3.33	5	8.33	1.972	0.578
	41-50 ปี	16	26.67	12	20		
	51-60 ปี	21	35	23	38.33		
	60 ปี ขึ้นไป	21	36	20	33.33		
ขนาดยา	0.4 ml	28	46.67	25	41.67	0.304	0.581
	0.6 ml	32	53.33	35	58.33		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70) อายุ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 36) ได้รับยาอีนอกซาพารินขนาด 0.6 ml (ร้อยละ 53.33) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.33) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 38.33) และได้รับยาอีนอกซาพารินขนาด 0.6 ml (ร้อยละ 58.33) เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ใช้สถิติไคสแควร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทั้งด้านเพศ อายุ และขนาดยาที่ได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.439, 0.578$ และ 0.581 ตามลำดับ)

2. การเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง ผลการเปรียบเทียบการเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังภายหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม รายละเอียดในตารางที่ 2

ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง	กลุ่มควบคุม (N = 60)		กลุ่มทดลอง (N = 60)		X	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง	54	90	58	96.67	2.142	0.143
มีภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง	6	10	2	3.33		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละชนิดของภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง	กลุ่มควบคุม (N = 6)		กลุ่มทดลอง (N = 2)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รอยจ้ำเลือด (Bruise)	4	80	1	50
ห้อเลือด (Ecchymoses)	0	0	1	50
ก้อนเลือดออก (Hematoma)	2	0	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มควบคุมพบภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 10) และกลุ่มทดลองพบภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังน้อยกว่า คือ 2 คน (ร้อยละ 3.33) แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.145, 0$) ส่วนในตารางที่ 3 พบว่า ชนิดของภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังที่พบในกลุ่มทดลอง

จำนวน 2 คน เป็นชนิดรอยจ้ำเลือด (Bruise) และชนิดห้อเลือด (Ecchymoses) อย่างละ 1 คน ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นรอยจ้ำเลือด (Bruise) ร้อยละ 80 และพบก้อนเลือดออก (Hematoma) ร้อยละ 20 (2 คน)

3. ระดับความปวดจากการฉีดยา ภายหลังการทดลองเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม รายละเอียดดังในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความปวด	กลุ่มควบคุม (N = 60)		กลุ่มทดลอง (N = 60)		t	P
	X	SD	X	SD		
คะแนนความปวด	3.73	1.10	1.72	0.52	12.443	< 0.001

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ($X=3.73, S.D.=1.10$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ($X=1.72, S.D.=0.52$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.443, p < 0.001$)

การอภิปรายผล:

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ของการวิจัย เปรียบเทียบการเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง พบว่า อัตราการเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยแนวทางการบริหารยาอินอกซาพารินน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาอินอกซาพารินด้วยวิธีปกติของหอผู้ป่วย แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากแนวทางการบริหารยาอินอกซาพารินที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง ไม่ว่าจะเป็นการจัดท่าผู้ป่วยที่เหมาะสมขณะฉีดยา ด้วยการนอนหงายราบชันเข่า เพื่อให้หน้าท้องหย่อน สามารถฉีดได้สะดวก ลดความคลาดเคลื่อนของตำแหน่งฉีดยา¹⁵ การเตรียมยาฉีดโดยใช้ฟองอากาศ (Air bubble) ไม่ไล่ฟองอากาศออกก่อนฉีด ฉีด

ตามหลังฉีดยาหมดเพื่อไม่ให้ยาไหลย้อนกลับ¹⁶ การเลือกตำแหน่งฉีดยาอย่างเหมาะสม คือ หน้าท้องด้านข้างลำตัวห่างสะดืออย่างน้อย 2 นิ้ว ห่างจากรอยแผลเป็นหรือรอยจ้ำเลือดอื่น¹¹ ไม่ฉีดซ้ำตำแหน่งเดิม โดยใช้ฉนวนกรรมวงล้อบริหารยาอินอกซาพารินร่วมด้วย การเดินยาอย่างน้อย 30 วินาที ทำให้ปริมาณยาเข้าสู่เนื้อเยื่ออย่างช้าๆ ความดันในการฉีดลดลง เนื้อเยื่อมีเวลาในการปรับตัวเพื่อรับปริมาณยานานขึ้น ความเสียหายของเนื้อเยื่อจึงลดลง¹⁵ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและระมัดระวังการปฏิบัติตัว ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการเกิดเลือดออก ด้วยการให้คำแนะนำทั้งก่อนและหลังการให้ยา¹² สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แสงระวี วัฒนศิริ และคณะ (2558)¹⁰ ที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการฉีดยาด้านการแข็งตัวของเลือดเข้าใต้ผิวหนังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา ที่พบว่า จำนวนครั้งของการเกิดจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดภายหลังฉีดยาด้านการแข็งตัวของเลือดเข้าใต้ผิวหนังในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้กลุ่มทดลองจะเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังน้อยกว่าแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากจำนวนที่ศึกษายังน้อยเกินไป เมื่อแยกชนิดของการเกิด

เลือดออกใต้ผิวหนัง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรงน้อยกว่า คือ เป็นรอยจ้ำเลือด (Bruise) ที่ผิวหนัง และชนิดห้อเลือด (Ecchymoses) ซึ่งเป็นรอยเลือดออกที่มีขนาดใหญ่และนูนขึ้น แต่ไม่พบก้อนเลือดออก (Hematoma) ใต้ผิวหนัง ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบก้อนเลือดออกถึง 2 ราย ซึ่งสอดคล้องบางส่วนกับผลการศึกษาของเสาวนีย์ เนาวพาณิช และคณะ (2551)⁹ ที่ศึกษาผลของความเย็นต่อผลการเกิดรอยจ้ำเลือดหรือก้อนเลือด และความปวดในผู้ป่วยที่ฉีดยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดใต้ผิวหนัง โดยเปรียบเทียบอัตราการเกิดรอยจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดภายหลังฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้าใต้ผิวหนังระหว่างการฉีดยาด้วยวิธีมาตรฐานและการประคบเย็น 30 วินาทีก่อนฉีดยาด้วยวิธีมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า ผลของความเย็นไม่สามารถลดอัตราการเกิดจ้ำเลือดและก้อนเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.230$) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์พบว่าผลของความเย็นสามารถลดอัตราการเกิดก้อนเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.013$) แต่ไม่สามารถลดอัตราการเกิดจ้ำเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.553$)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ของการวิจัย เปรียบเทียบระดับความปวด ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยแนวทางการบริหารยาอินออกซาพารินน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาอินออกซาพารินด้วยวิธีปกติของหอผู้ป่วย สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากในแนวทางที่พัฒนาขึ้นนี้ มีการใช้เทคนิคการใช้ความเย็น และเทคนิคระยะเวลาเดินยาเข้ามาร่วมด้วย การประคบเย็นก่อนการฉีดยาสามารถลดความเจ็บปวดระหว่างการฉีดยาได้เนื่องจากความเย็นทำให้เกิดการชาเฉพาะที่ เพิ่มความทน (Threshold) ต่อความเจ็บปวด ลดการนำสัญญาณของเส้นประสาทที่นำความเจ็บปวด นอกจากนี้ความเย็นยังช่วยปิดประตูความเจ็บปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) และกระตุ้นตัวรับความรู้สึกสุขสบายในสมองส่วนกลาง เป็นผลให้ความเจ็บปวดลดลงได้¹⁵ และการเดินยาที่ช้า ทำให้มีปริมาณยาเข้าสู่เนื้อเยื่ออย่างช้าๆ ความ

ดันในการฉีดลดลง ทำให้เนื้อเยื่อมีเวลาในการปรับตัวเพื่อรับต่อปริมาณยานานขึ้น ความเสียหายของเนื้อเยื่อลดลง ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บจากการฉีดยาช้าลง ซึ่งนอกจากจะส่งผลดีต่อการลดการเกิดรอยจ้ำและลดขนาดรอยจ้ำแล้ว การฉีดยาด้วยระยะเวลาที่นานขึ้นยังไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวดจากการฉีดยาเพิ่มขึ้นด้วย¹⁵ ผลจากการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา เหลืองสุภบุญ และ กรรณิกา ทองฤทธิ์ (2552)¹⁷ ศึกษาผลการใช้ Ice pack ร่วมกับการฉีดยาแบบ Air lock เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังและลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดยาเฮพารินโมเลกุลต่ำ ที่พบว่าการใช้ Ice pack ประคบก่อนและหลังฉีดยา 5 นาที มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มไม่ได้ใช้อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.031$) และการศึกษาของชนกพร อุตตะมะ, นันทชนก เพ็ชรณสังกุล และอาทิตยา มหารรรณ (2558)¹³ ศึกษาผลของการใช้เข็มขัด Cold pack ร่วมกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการฉีดยา Enoxaparin ต่อการลดการเกิดรอยจ้ำเลือดก่อนเลือดและความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลของการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการกำหนดแนวทางการบริหารยาอินออกซาพารินที่ชัดเจน พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ฝึกทักษะให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และยังมีการพัฒนาแนวทางในการจัดการความปวด ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลพึงปฏิบัติ เพื่อสร้างความพึงพอใจสูงสุดแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ ควรนำแนวทางการบริหารยาอินออกซาพารินที่พัฒนาขึ้นนี้ มาปรับใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดยาอินออกซาพาริน และนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ได้รับยาอินออกซาพาริน เช่น ผู้ป่วยที่มี

ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันส่วนลึก ผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาติดตามการเกิดรอยจ้ำเลือด ก้อนเลือดหลังฉีดยาในระยะนาน 72 ชั่วโมง และ 96 ชั่วโมง รวมถึงศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Chirachanchai K. Development of NSTE-ACS Care Network in Phetchabun. Region 11 Med J. 2019; 2: 353-66.
- Rimsrithong S, Thanjira S, Panpakdee O. Nursing pathophysiology. Vol 2. 3rd ed. Bangkok: Samcharoen Phanich; 2009.
- Naowapanich S. Manual for the care of patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention. Bangkok: Medical Nursing Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2009.
- Baglin T, Barrowcliffe TW, Cohen A, Greaves M. Guidelines on the use and monitoring of heparin. Br Soc Haematol. 2006; 133: 19-34.
- The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. The King. Thai Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020. Samut Prakan: Nexstep Design; 2020.
- Uppanisakorn S, Boonyarat J. Subcutaneous injection of low molecular weight heparin: nursing experiences. Princess Naradhiwas Univ J. 2013; 3: 142-50.
- Maneesri S. Nursing care for patients receiving an anticoagulant medication group of heparin. J Nurs Health Care. 2016; 1: 15-20.
- Brunton LL, Hilal-Dandan R, Knollmann BC. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 13th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2017.
- Naowapanich S, Fooseang W, Kheawklee L, Robkob P, Tanchaon Ouangjan P. Randomized controlled trial of cold application on the occurrence of bruise, hematoma and pain at the injection site of subcutaneous low molecular weight heparin. Siriraj Nurs J. 2008; 2: 14-23.
- Maneesri S, Sathong R, Thongtip C, Thatsanun K, Punthusart N. Effect of clinical nursing practice guideline of anticoagulant drugs injection site in subcutaneous to prevent injection complications. J Nurs Health Care. 2015; 4: 6-15.
- Hunter J. Subcutaneous injection technique. Nurs. 2008; 21: 41-4.
- Kuzu N, Ucar H. The effect of cold on the occurrence of bruising, haematoma, and pain at the injection site in subcutaneous low molecular weight heparin. Int J Nurs Stud. 2001; 38: 51-9.
- Uttama C, Petnasungkul N, Mahawan A. Effect of using cold pack and clinical nursing practice guidelines of enoxaparin injection on preventing bruise, hematoma, and pain among patients with acute coronary syndromes. J Nakhonping Hosp. 2015; 1: 18-31.
- Chirawatkul A. Biostatistics for health science research. 3rd ed. Khon Kaen: Department of Biostatistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University; 2008.
- Thanakittumakul N. Nursing care for reducing bruising in patients receiving enoxaparin sodium. J Nurses Assoc Thai North Off. 2021; 1: 38-49.

16. Chan H. Effects of injection duration on site-pain intensity and bruising associated with subcutaneous heparin. J Adv Nurs. 2001; 6: 882-92.
17. Luengsupaboon T, Lysthong K. Effects of ice pack with air lock technique injection to prevent subcutaneous bleeding and pain in coronary artery disease patients that used low molecular weight heparin [Internet]. 2009 [cited 2022 Nov 26]. Available from:
<http://researchers.in.th/blog/nakornsawanhosabstract/2036>

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา: กรณีศึกษา 2 ราย

พิมพ์ชนก มลิณธนพัชรพร พย.บ*

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: โรคติดสุราเป็นโรคที่มีความสำคัญ มีผลกระทบสูงต่อผู้ติดสุรา ครอบครัว และสังคม **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษากรณี (Case study) เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างกันยายน - พฤศจิกายน 2566 จำนวน 2 ราย ศึกษาโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล ประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Alcohol Dependence มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราหลังหยุดดื่ม 2) เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ 4) เสี่ยงต่อการเกิดอาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น 5) บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจากอาการมึนงง สับสน และ 6) ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำ ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต่างกัน มีจำนวน 2 ข้อ ซึ่งพบในกรณีศึกษาที่ 2 ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และ 2) เสี่ยงต่อการเกิด electrolyte imbalance จากแผนการพยาบาลที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถควบคุมการดื่มสุราได้

ข้อเสนอแนะ: จากผลการศึกษา ควรนำไปจัดทำเป็นคู่มือหรือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุราสำหรับบุคลากร ผู้บริหารการพยาบาลนิเทศกำกับติดตามเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล, โรคติดสุรา, ภาวะการขาดสุรา

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care for Patients with Alcohol Dependence Experiencing Alcohol Withdrawal: Two Case Studies

Pimchanok Milintanapacharaporn B.N.S.*

Abstract

Background and significance of the study: Alcohol dependence is a serious condition that has a profound impact on patients with alcohol dependence, their families, and society.

Objective: To examine the application of the nursing process in caring for patients with alcohol dependence experiencing alcohol withdrawal symptoms.

Method: This case study focused on two patients with alcohol dependence, purposively selected, who were experiencing alcohol withdrawal and admitted to Khon Kaen Hospital between September and November 2023. The study applied the nursing process concept, assessed nursing problems and needs using Gordon's 11 Functional Health Patterns, and collected data from medical records, and interviews with the patients and their families. Data were analyzed through content analysis.

Results: Both case studies were diagnosed with alcohol dependence and shared six similar nursing diagnoses: 1) risk of alcohol withdrawal symptoms after quitting alcohol intake, 2) risk of irregular heartbeat, 3) risk of accidents, 4) risk of self-harm or harm to others, 5) inability to perform daily activities due to dizziness and confusion, and 6) lack of motivation to quit drinking, with a potential for relapse. Case Study 2 presented two additional nursing diagnoses: 1) risk of ineffective breathing patterns, and 2) risk of electrolyte imbalance. Through the nursing plan implemented in practice, both patients were able to overcome the crisis, remain complication-free, and achieve controlled alcohol consumption.

Recommendations: Based on the study results, a manual or guideline of nursing care for patients with alcohol dependence experiencing alcohol withdrawal should be developed. This would assist nursing staff and administrators in supervising and monitoring for ultimately enhancing the competence of registered nurses.

Keywords: Nursing process, alcohol dependence, alcohol withdrawal

*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

การดื่มสุราของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี 2004 ประเมินการว่า มีประชากรที่ดื่มสุรามากกว่า 2 พันล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้มี 76.3 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (Alcohol use disorder) สำหรับประเทศไทยถูกจัดอันดับในกลุ่มประเทศที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องมากเป็นอันดับ 5 ของโลก¹ โรคติดสุราเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมากไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ^{2,3} โรคติดสุรา หมายถึง ลักษณะของการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ หากมีการลดหรือหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา โดยผู้ที่ดื่มสุรายังคงดื่มแม้ว่าจะทราบว่าเกิดผลเสียกับตนเอง ซึ่งอาการต่างๆ เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน โดยต้องมีอาการแสดงอย่างน้อย 3 อาการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ มีอาการดื้อยา มีอาการขาดสุรา มีการใช้สารนั้นปริมาณมากหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความต้องการอยู่ตลอดเวลา ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้สารนั้นมา ต้องงดหรือลดการเข้าสังคมเนื่องจากการใช้สาร มีการใช้สารแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น⁴

ปัจจุบันพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นสถานการณ์ที่นับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและเป็นที่ยอมรับของสังคม และจากทัศนคติที่มีต่อการใช้สุรา เช่น สร้างความสนุกสนาน คลายความเครียด การใช้สุราเพื่อเข้าสังคม ทำให้ประเทศไทยถูกจัดอันดับการดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทเป็นอันดับที่ 40 ของโลก ถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากที่สุด⁵ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของ

ประชากรโดยรวม ป้องกันการเพิ่มขึ้นของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ และเพื่อลดอันตรายจากการดื่ม แต่สถานการณ์การดื่มสุราของประชากรไทยโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ.2557 พบว่าประชากรไทยที่มีความสุขของนักดื่มสูงสุด คือ วัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-59 ปี) ร้อยละ 38.2 รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ร้อยละ 25.2 และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 18.4 โดยผู้ชายมีอัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า⁶ และจากข้อมูลระบาดวิทยาเกี่ยวกับความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี พบว่า คนไทยประมาณ 5.3 ล้านคน มีความผิดปกติของการดื่มแบบภาวะติดสุราประมาณ 3.2 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 4.2⁷ ซึ่งกลุ่มที่ติดสุราเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับดูแลบำบัดรักษาเนื่องจากเกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ของสังคม สถิติการให้บริการผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2564-2567 จำนวน 1,113; 1,067; 1,166; และ 902 ตามลำดับ พบว่า มีผู้ป่วยติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวนมาก ซึ่งโรงพยาบาลขอนแก่น ได้เปิดหอผู้ป่วยสราญจิต เพื่อให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช ที่อาการทุเลาลงเพื่อดูแลด้านจิตใจ เมื่อปี 2566 โดยมีผู้ป่วยติดสุราเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยสราญจิต ปี 2566 จำนวน 30 ราย และเพิ่มขึ้นในปี 2567 เป็น 68 ราย⁸ จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคติดสุรายังมีอยู่เป็นจำนวนมาก ปัญหาการบริโภคสุราส่งผลกระทบต่อตามมา ทั้งต่อตนเอง คือ ปัญหาต่อสุขภาพทางกาย ก่อให้เกิดการเมาสุรา การติดสุรา และผลพิษจากสุราโดยตรง ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตกหรืออุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังพบปัญหาสังคมและจิตใจ เช่น อาชญากรรม ปัญหาการทำงาน ความรุนแรงในครอบครัว การดื่มที่ขาดสติ ดื่มถี่ขึ้นและดื่มเป็นประจำ จะนำมาสู่ปัญหาการติดสุราหรือโรคติดสุรา นอกจากนี้ ในลักษณะสำคัญของโรคนี้ ยังพบว่า เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง จะเกิดอาการถอนพิษสุรา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบว่า ร้อยละ 90 เกิด

อาการชักในช่วง 7-48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มสุรา จึงจัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง ถือว่าโรคติดสุราเป็นโรคร้ายแรงที่ต้องได้รับการรักษาเชี่ยวชาญจึงจะหายเป็นปกติ

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา จากประสบการณ์ปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่า การประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุราร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน ผู้ศึกษาจึงได้มีศึกษารายกรณีผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างปลอดภัย ครอบคลุมอย่างเป็นระบบ พยาบาลมีสมรรถนะ มีความรู้ความเข้าใจตั้งแต่การวินิจฉัยโรคติดสุราในเบื้องต้น อาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุราที่ถูกต้องเหมาะสม การพยาบาลระยะบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ และการพยาบาลระยะติดตามหลังการรักษาการพยาบาลที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร และสามารถควบคุมการดื่มได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน นำสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์การศึกษา: เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป อาการ อาการแสดง ประวัติสุขภาพ กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เพศ	ชาย	ชาย
2. อายุ	44 ปี	47 ปี
3. ส่วนสูง	172 ซม.	160 ซม.
4. น้ำหนัก	85 กก.	53 กก.
5. BMI	28.3 (เริ่มอ้วนควรออกกำลังกาย)	20.7 (ปกติ)
6. สถานภาพสมรส	คู่	คู่
7. การศึกษา	อนุปริญญา	มัธยม 6
8. อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	รับจ้างทั่วไป
9. ผู้ดูแล	ภรรยา	ภรรยา
10. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	นัดติดตามอาการ การเลิกสุรา	ชักเกร็ง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา ได้รับการวินิจฉัย Alcohol dependence เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่าง กันยายน ถึง พฤศจิกายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา จากเวชระเบียน การสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การรวบรวมแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา: นำเสนอผลการศึกษาตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล รายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ รวบรวมรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลการประเมินผู้ป่วยติดสุรา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
11. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	เป็น Case Alcohol dependence หลังจำหน่าย มือสั่นลดลง มีตกใจง่าย หยุดดื่ม และทานยาต่อเนื่อง ยังมีการติดสุรา ตื่นทุกวัน จนเคยมีหูแว่ว เวลาเมื่อไม่ได้ดื่มจะมีอาการมือสั่น อารมณ์หงุดหงิด ถ้าเมามากอาลสะวาด ทำลายข้าวของ มาติดตามอาการ มาเลิกสุรา	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีชักเกร็งไม่ทราบว่าเป็นชักแบบไหน จำไม่ได้ไม่รู้สึกรู้ตัว เพื่อนที่พามาบอกชักนาน 1-2 นาที หลังชักตื่นเอง นำส่งโรงพยาบาล ประเมินแรกได้รับ Glasgow coma scale ได้ E4V5M6 DTX 120 mg/dl สัญญาณชีพแรกได้รับ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/78 มม.ปรอท O ₂ Sat 100% ประวัติการดื่มสุรา ยังดื่มสุราอยู่ แต่ลดลง ดื่มล่าสุดเมื่อ 1 วันก่อนหลังรับประทานอาหารปริมาณ 1 กิโลกรัม นอนหลับดี ไม่มีหงุดหงิด ทำงานได้ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่มีญาติพามา มีความเครียดดื่มเหล้า นอนไม่หลับ เคยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสราญจิตด้วยมีชักเกร็งและหูแว่ว
11. โรคประจำตัว	ไม่มี	เมื่อปี 2564 มีประวัติ ลัมปีริชกระแทก รักษาด้วยยากันชัก dilantin มีประวัติขาดยา รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง
12. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มี	พี่ชายเป็นโรคลมชัก
13. ประวัติการแพ้ยา	แพ้ยา Penicillin ผื่น	แพ้อาหารทะเล มีผื่น
14. ประวัติการผ่าตัด	เมื่อ 20 ปีก่อนอุบัติเหตุรถชน ได้รับบาดเจ็บทางสมอง ขาขวาหัก ผ่าตัด รักษาจนหายปกติ	ผ่าตัดไส้ติ่ง
15. ประวัติการดื่มสุราและการใช้สิ่งเสพติด	ไม่สูบบุหรี่ มีดื่มสุราเป็นประจำ (ดื่ม 5-7 วัน/สัปดาห์) ไม่ใช้สารเสพติด มีประวัติเสพยากระท่อม	สูบบุหรี่จัด 20 มวน/วัน ดื่มสุราทุกวันเป็นเหล้าขาว มีประวัติใช้ยาเสพติด (ยาบ้า) ประมาณ 1 ปี
16. Risk factor	ผู้ป่วยดื่มสุรา	ผู้ป่วยดื่มสุรา มีโรคร่วมโรคลมชัก
17. ประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS)	3 คะแนน	2 คะแนน
18. ประเมินความเสี่ยงต่อการหลบหนี (Escape)	1 (เสี่ยงต่ำ)	2 (เสี่ยงต่ำ)
19. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	51 (ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม)	51 (ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม)

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เอ็ดมอนสัน (Edmonson psychiatric fall risk assessment)		
20. ประเมินความ รู้สึกตัวและพฤติกรรม ก้าวร้าว	15/0 (ไม่มี)	15/0 (ไม่มี)
21. 2Q 9Q	ไม่มี / 0	มี, 14 (มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง)
22. 8Q	0 (ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน)	15 (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง)
23. วันที่เข้ารักษา	21 กันยายน 2566	20 ตุลาคม 2566
24. วันที่จำหน่าย	1 ตุลาคม 2566	2 พฤศจิกายน 2566
25. รวมวันนอนรักษา	10 วัน	13 วัน

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แสดงให้เห็นว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 44 - 47 ปี อยู่ในวัยทำงาน มีความเสี่ยงผู้ป่วยโรคจิตสุรา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาติดตามผลการรักษา เพื่อเลิกสุรา กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคร่วมเป็นโรคประจำตัวคือโรคลมชัก ต้องรับประทานยากันชักตลอดผลการประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) ไม่แตกต่างกันมาก กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีความรู้สึกตัวดี และไม่มีพฤติกรรม

ก้าวร้าว ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มฆ่าตัวตาย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ นำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมองค์รวมรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ปัญหา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราหลังหยุดดื่ม	พบปัญหา	พบปัญหา
2. เสี่ยงต่อการเกิดแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ	ไม่พบ	พบปัญหา
3. เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ	พบปัญหา	พบปัญหา
4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	พบปัญหา	พบปัญหา
5. เสี่ยงต่อการเกิด electrolyte imbalance	ไม่พบ	พบปัญหา
6. เสี่ยงต่อการเกิดอาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น	พบปัญหา	พบปัญหา
7. บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจากอาการมึนงง สับสน	พบปัญหา	พบปัญหา
8. ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำ	พบปัญหา	พบปัญหา

จากตารางที่ 2 พบว่า กรณีศึกษาทั้งสองราย มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราหลังหยุดดื่ม 2) เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ 4) เสี่ยงต่อการเกิดอาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น 5) บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจากอาการมึนงง สับสน และ 6) ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำ ส่วนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ต่างกัน มีจำนวน 2 ข้อ ซึ่งพบในกรณีศึกษาที่ 2 ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และ 2) เสี่ยงต่อการเกิด electrolyte imbalance

3. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบ ผู้ศึกษาได้วางแผนและให้การพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ได้รับการเสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาดำเนินการตามแผนการรักษา นำเสนอการพยาบาลเรียงลำดับความสำคัญ รายละเอียดดังต่อไปนี้

การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราหลังหยุดดื่ม **การพยาบาลที่สำคัญ** ได้แก่ 1) ชักประวัติการดื่มสุราเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง ได้แก่ อายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละวัน (มากกว่า 150 กรัมต่อวัน) คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่าครึ่งขวดต่อวัน ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี) เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens; DTs) มีอาการมขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายหลายวัน มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงกลุ่มประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง และชีพจรสูงเกิน 100 ครั้ง/ต่อนาที 2) ประเมินและติดตามระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol- Revised

Version (CIWA-Ar) ของซอนเดอร์ส (Saunders) และให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา เพื่อควบคุมอาการถอนพิษสุราตามแนวปฏิบัติ ในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา รุนแรงมากอาจต้องมีการประเเมนทุก 0.5 - 1 ชั่วโมง 3) ประเเมนสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และความถี่เพิ่มขึ้นตามสภาพอาการของผู้ป่วย ประเเมน Neurologic signs และ Glasgow coma scale แรกรับทุกราย และประเเมนอย่างต่อเนื่อง ในรายที่ได้รับอุบัติเหตุกระแทกกระเเทือนทางสมอง หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาท 4) ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างพอเพียงกับความ ต้องการของร่างกาย ประเเมนสารน้ำที่เข้าและออกร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตปริมาณ สีของปัสสาวะ โดยถ้าจำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อวัน และมีสีเข้ม แสดงว่า เกิดภาวะ dehydration และในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา รุนแรงรวมทั้งมีปัญหากลืนควรพิจารณาให้อาหารทางสายยาง โดยให้น้ำหรือน้ำหวานหรือเกลือแร่ ในช่วง 1-2 วันแรก เพื่อให้ร่างกายสามารถดูดซึมได้ดี แต่ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง ควรให้รับประทาน อาหารอย่างพอเพียงโดยรับประทานซ้ำๆ เพื่อป้องกันการ สำลักอาหาร โดยจัดอาหารที่มีคุณค่าและให้ถูกต้องตาม ความต้องการเฉพาะโรคของผู้ป่วย 5) ดูแลความสะอาด ความสุขสบายและให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่าง พอเพียง โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งเร้าที่จะมา กระตุ้นจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่สงบมีแสงสว่างเพียงพอและ สามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิด 6) ให้อาตาม แผนการรักษาและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา สังเกตอาการที่เกิดกับผู้ป่วยจากฤทธิ์ของยาที่กดระบบ ประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ง่วงนอนมาก สับสน (Confusion) อ่อนแรง เหนื่อย และหายใจช้า ถ้ามีอาการ ง่วงนอนมาก เคลื่อนไหวไม่สะดวก เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มึนงง ควรรายงานแพทย์ 7) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายจากอาการถอนพิษสุรา เช่น โรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยที่ดื่มสุราเมื่อก่อนที่ ทำหน้าที่ในการเคลือบกระเพาะจะถูกทำลายด้วย แอลกอฮอล์ ทำให้เมื่อมีการหลั่งกรด กระเพาะอาหารจึง ถูกทำลายจากกรดจนเกิดเป็นแผล โรคตับแข็ง เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นเวลานานเซลล์ตับจะถูกทำลาย และมี

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ตับ มีผลทำให้การทำหน้าที่ของตับเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการเบื่ออาหาร แน่นท้อง ท้องอืด ตาเหลืองดีซ่านมีจ้ำเลือดตามตัว ซีม และหมดสติได้ และ 8) ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรค สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัว เช่น ดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารให้เพียงพอ ระวังเรื่องอุบัติเหตุ ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หายใจเหนื่อย อึดแน่นท้อง หนาวสั่น ให้รีบแจ้งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 เสี่ยงต่อการเกิดแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ **การพยาบาลที่สำคัญ** ได้แก่ 1) เผื่อระวังอัตราการหายใจ ความแรง ลึกของการหายใจ 2) บันทึกช่วงเวลาของการหยุดหายใจหรือหายใจไม่สม่ำเสมอ 3) ฟังเสียงหายใจ บันทึกเสียงที่ผิดปกติ เช่น Rhonchi, Wheezes 4) จัดให้อนอนท่า Fowler's position 5) กระตุ้นการไอ หายใจลึกๆ และพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ 6) ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง ดูดเสมหะเมื่อจำเป็น 7) ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 – 2 ชั่วโมง 8) ประเมินระดับออกซิเจนในเลือด หาก $< 95\%$ ให้ Supplemental oxygen และ 9) ติดตามผลการตรวจภาพรังสีปอดและรายงานแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ **การพยาบาลที่สำคัญ** ได้แก่ 1) ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 – 2 ชั่วโมง 2) เผื่อระวังจำนวนและจังหวะการเต้นของหัวใจ หากพบirregularity/dysrhythmias รายงานแพทย์ทราบ 3) เผื่อระวังอุณหภูมิของร่างกาย 4) บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกาย 5) เตรียมพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพ 6) ติดตามผลการตรวจ serum K หากผิดปกติรายงานแพทย์ 7) ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่อย่างเพียงพอ และ 8) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ **การพยาบาลที่สำคัญ** ได้แก่ 1) จัดสภาพแวดล้อมให้ลดสิ่งกีดขวาง แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 4) จัดเตียงผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อการเผื่อระวังอย่าง

ใกล้ชิด 3) พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุพองน้ำ เพื่อป้องกันการกระคายเคืองผิวหนัง 4) ยกไม้กั้นเตียงขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง 5) แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค 6) ตรวจเยี่ยมอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการกระคายเคืองหรือบาดแผล และ 7) ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 เสี่ยงต่อการเกิด electrolyte imbalance **การพยาบาลที่สำคัญ** ได้แก่ 1) วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามอาการ 2) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) ประเมินอาการอ่อนแรงแขนขา การเคลื่อนไหว 4) ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร และ 5) ให้สารน้ำและอาหารให้เพียงพอ

การพยาบาลระยะบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 เสี่ยงต่อการเกิดอาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น **การพยาบาลที่สำคัญ** ได้แก่ 1) ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต 2) ประเมินอาการทางกายร่วมเพื่อประกอบการบริหารจัดการเรื่องการใช้ยา PRN 3) ชักประวัติการใช้ยาเสพติดร่วมอย่างละเอียด 4) ให้ข้อมูลเรื่องโรคและการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติจนเข้าใจ 5) ประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา 6) ให้การดูแลลดอาการขาดสุราลงอย่างรวดเร็วที่สุด 7) ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ พิจารณาผูกยึดถ้าจำเป็น ควรใช้ผ้าผูกยึดที่นุ่ม หลังผูกมัดสามารถสอดนิ้วเข้าไปได้ 2 นิ้ว เพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดปกติ คลายผ้าผูกยึดและเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ป้องกันการบาดแผลจากการผูกยึด ระวังอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจากอาการมึนงง **การพยาบาลที่สำคัญ** ได้แก่ 1) ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2) ดูแลสุขวิทยา ช่วยเหลือกิจกรรมของผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน 3) ดูแลสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สะอาดและจัดสิ่งของวางไว้ข้างเตียง 4) ดูแลระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น ยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา 5) ส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8 ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำ **การพยาบาลที่สำคัญ** ได้แก่ 1) ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดสุรา ทักษะต่อการใช้สุรา ความเชื่อแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย ทักษะของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย 2) เสริมสร้างทักษะชีวิต ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นการสร้างทักษะในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม 3) สร้างแรงจูงใจให้ญาติและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 4) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาตามหลัก D-METHOD

3. การประเมินผลการพยาบาล จากแผนการพยาบาลที่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตในระยะแรกที่เข้ารับการรักษายาเสพติด ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะเลิกสุรา มีความรู้เข้าใจในการป้องกัน และการจัดการตนเอง เพื่อเลิกสุรา สามารถควบคุมการดื่มได้

ข้อเสนอแนะ: จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

- 1) ควรนำไปจัดทำเป็นคู่มือหรือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุราสำหรับบุคลากร
- 2) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา
- 3) ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในปฐมนิเทศบุคลากรพยาบาล และนิเทศกำกับปฏิบัติการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณรองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ที่กรุณาให้การสนับสนุน และให้การปรึกษา คำแนะนำในการทำผลงานวิชาการจนสำเร็จลุล่วง รวมถึงผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุราและญาติ ที่ร่วมศึกษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Adisaranakul, P. Case study of alcohol dependence patients Psychiatric ward Kalasin Hospital. Research and Development Health System Journal. 2020; 13(1): 268 - 278.
2. Babor, T.F., Higgins-Biddke, J.C., Saunderson, J.B., & Monteiro, M.G. The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Text Revision. Washington, D.C: American Psychiatric Press; 2000.
4. Aroonrattanapong, R. and Charnsil, C. Prevalence and Associated Factors of Depression Awareness in Patients with Alcohol use Disorder at Maharajnakorn Chiang Mai Hospital. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2017; 62 (1): 27-34.
5. Kamonrat, J., & Dangdomyouth, P. The Effect of Self - Control with Family Participation Program on Alcohol Drinking Behaviors of Alcohol Dependence. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019; 33(2): 44-60.
6. National Statistical Office. Statistical yearbook Thailand 2011 Thailand. Legislative Institutional Repository of Thailand; 2011.
7. Chatrkaew, A. Nursing care for alcohol-dependent patients with depression. Phichit Hospital Journal. 2022; 37(1):100-113.
8. Medical Information. Khon Kaen Hospital; 2024

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และโรคจอตารับภาพบวมจากเบาหวาน ที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ : กรณีศึกษา 2 ราย

วิมลรัตน์ ดอนสกุล พย.บ*

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานขึ้นจอตา เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็น ตาบอด เพิ่มขึ้น การพยาบาลจึงต้องให้ครอบคลุมตามมาตรฐานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและโรคจอตารับภาพบวมจากเบาหวาน ที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์

วิธีการศึกษา: เป็นกรณีศึกษารายกรณี จำนวน 2 ราย เลือกแบบเจาะจง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และมีโรคจอตารับภาพบวมจากเบาหวาน ที่มารับการรักษาโดยการเลเซอร์จอประสาทตาที่โรงพยาบาลขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์ และการสังเกต ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบเชิงเนื้อหา ประเมินสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน ให้การรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 มีประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวานมา 1 ปี กรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติโรคเบาหวานมา 1 ปี 6 เดือน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ส่งมารักษาที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องพบมีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จักษุแพทย์ตรวจพบมีจอตารับภาพบวมที่ตาทั้ง 2 ข้าง ให้การรักษาโดยการยิงเลเซอร์ตา (PRP) จากการประเมินสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบภาวะวิตกกังวลเป็นหลัก ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลในระยะแรกรับก่อนทำหัตถการ ขณะตรวจ และหลังตรวจ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คลายความวิตกกังวลลดลงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้ การมองเห็นดีขึ้น จักษุแพทย์จำหน่ายกลับ และติดตามอาการทุก 6 – 12 เดือน

ข้อเสนอแนะ: นำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและโรคจอตารับภาพบวมจากเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน ปลอดภัยและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ: การพยาบาล, เบาหวานขึ้นจอประสาทตา, เลเซอร์จอประสาทตา

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH DIABETIC RETINOPATHY AND DIABETIC MACULAR EDEMA UNDERGOING LASER BEAM: TWO CASE STUDIES

Wimonrut Donsakul B.N.S*

ABSTRACT

Introduction: Diabetic retinopathy is a common complication of diabetes, leading to an increasing number of patients experiencing vision loss and blindness. Therefore, nursing care must cover both physical and mental health standards to allow patients to live a normal and healthy life.

Objective: To examine the use of the nursing process in caring for patients with diabetic retinopathy and diabetic macular edema undergoing laser beam

Method: This case study examined two patients with diabetic retinopathy and diabetic macular edema undergoing laser beam at Khon Kaen Hospital. The data collection tools included a data recording form, interviews, and observations. The data was analyzed for comparative purposes. Health was assessed according to Gordon's Functional Health Patterns. Treatment was divided into three stages, and discharge planning was also carried out for the patients.

Results: Case Study 1 had diabetes for 1 year, while Case Study 2 had diabetes for 1 year and 6 months. Both patients were admitted for treatment due to diabetic retinopathy. The ophthalmologist diagnosed macular edema in both eyes and performed panretinal photocoagulation (PRP). Based on the health assessment using Gordon's Functional Health Patterns, anxiety was identified as the primary symptom. Nursing care was provided according to the care plan, which included pre-procedure, during the procedure, and post-procedure phases. Both patients showed significant reductions in anxiety, improved self-care abilities, and better vision. The ophthalmologist discharged them with follow-up appointments scheduled every 6 to 12 months.

Recommendations: The findings can be used as the guidelines to provide nursing care for patients with diabetic retinopathy and diabetic macular edema, ensuring they receive safe, standard-compliant care that allows them to lead a normal and healthy life.

Keywords: Nursing care, diabetic retinopathy, panretinal photocoagulation

*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ในปี ค.ศ.2015 ทั่วโลกพบผู้ป่วยเบาหวาน 415 ล้านคน 1 ใน 11 คน เป็นเบาหวานโดยไม่รู้ตัว และใน ปี ค.ศ.2040 จะเพิ่มขึ้นกว่า 642 ล้านคน โรคเบาหวานขึ้นจอตา เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ในปี 2558 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา 93 ล้านราย และสูญเสียการมองเห็น 28 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 10.2¹ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 พบ 64.96 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับหลอดเลือดทั่วร่างกาย จึงเป็นสาเหตุของการสูญเสียอวัยวะและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญหนึ่งในห้าอันดับแรกของโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่ามีคนตายจากโรคเบาหวานทุก 6 วินาที จากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ หลอดเลือดสมองและหัวใจ ตา ไต และเท้า เป็นต้น²

โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กไปเลี้ยงจอประสาทตา ซึ่งหากไม่ได้รับการตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะแรกๆ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียสายตา โดยเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอด เป็นอันดับสองรองจากต่อกระดูก³

จากข้อมูลของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 387, 431, และ 538 ราย⁴ ตามลำดับ สำหรับการรักษาที่ดีในปัจจุบัน คือ การที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาด้วยความรวดเร็ว และหากมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาแล้ว ได้รับการเลเซอร์ด้วยลำแสงเลเซอร์ หรือวิธีอื่นๆ ที่ยับยั้งการสร้างเส้นเลือดใหม่ได้ จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียความมองเห็นของผู้ป่วยได้

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และโรคจุดรับภาพบวมจากเบาหวานที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ จำนวน 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁵ ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนป่วย จนถึงระยะป่วย ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือใน

การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การศึกษา: เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และโรคจุดรับภาพบวมจากเบาหวาน ที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และมีโรคจุดรับภาพชัดบวมร่วมด้วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นโดยวิธีการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ระหว่างเดือน มกราคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธี การสัมภาษณ์ญาติ การสังเกต และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁵ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล⁶ เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การรวบรวมแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา:

นำเสนอการศึกษาตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน รายละเอียดดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย
รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การแพ้ยา/สารเคมี การใช้ยา/สารเสพติด ประวัติการผ่าตัด การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม อาการแรกเริ่ม ข้อมูลผลการ

ตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ (ปี)	62	59
อาชีพ/รายได้	เกษตรกร/ 2,000-3,000 บาทต่อเดือน	เกษตรกร/ 3,000-4,000 บาทต่อเดือน
การศึกษา	ระดับประถมศึกษา	ระดับประถมศึกษา
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ตามัวทั้ง 2 ข้างก่อนมาโรงพยาบาล 5 วัน	ตามัวทั้ง 2 ข้างก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตามัว 2 ข้าง VA BE 20/100 IMP.NPDR with DME BE โรงพยาบาลบ้านไผ่ส่งมารักษาต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น	5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตามัว 2 ข้าง VA BE 3/60 BE IMP. Severe NPDR BE with DME BE โรงพยาบาลน้ำพองส่งมา รักษาต่อโรงพยาบาลขอนแก่น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	1 ปีก่อนตรวจพบเป็นเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง ได้รับยา - Enalapril (5 mg) - Amlodipine (5 mg) - Simvastatin ผู้ป่วยรับยาเป็นประจำที่โรงพยาบาลบ้าน ไผ่	1 ปีก่อนตรวจพบเป็นเบาหวานได้รับยา - Enalapril (5 mg) ผู้ป่วยรับยาเป็นประจำที่โรงพยาบาลน้ำพอง
การแพทย์/สารเคมี	ปฏิเสธการแพทย์และสารเคมี	ปฏิเสธการแพทย์และสารเคมี
การใช้ยา/สารเสพติด	ปฏิเสธการดื่มสุรา สูบบุหรี่และสารเสพติด	ปฏิเสธการดื่มสุรา สูบบุหรี่และสารเสพติด
ประวัติการผ่าตัด	ทำหมัน	ทำหมัน
การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม	NPDR BE, DME BE, Cataract RE, DM, HT, DLE	NPDR BE, DME BE, Cataract Le, DM
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามัวทั้ง 2 ข้าง - ผลการตรวจวัดสายตา: ตาขวา VA 6/60 PH 6/60, ตาซ้าย VA 6/60 PH 6/60 - ผลการวัดความดันลูกตา: ตาขวา 10 mmHg, ตาซ้าย 10 mmHg - สัญญาณชีพ: T=36.7 °C, P=72 ครั้ง/ นาที, R=20 ครั้ง/นาที, BP=175/95 mmHg, วัด BP ซ้ำ=153/87 mmHg	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามัวทั้ง 2 ข้าง - ผลการตรวจวัดสายตา: ตาขวา 3/60 PH 3/60, ตาซ้าย 3/60 PH 3/60 - ผลการวัดความดันลูกตา: ตาขวา 14 mmHg, ตาซ้าย 17 mmHg - สัญญาณชีพ: T=36.7 °C, P=74 ครั้ง/นาที, R=20 ครั้ง/นาที, BP = 123/62 mmHg
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	HB=10.9 g/dl, Hct=33.1% MCV=70.3 ft, MCH=23.3pg Monocyte=7.4% Urine Albumin/protein=4 ⁺	HB=9.7 g/dl, Hct=29.2% Monocyte=6.2% Basophil=0.7% Basophil=1.5%

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	FBS=148 mg/dL	FBS=142 mg/dL
ผลการตรวจพิเศษ	ผลการตรวจจอประสาทตาด้วย เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) และตรวจจอประสาทตาด้วย เครื่อง (OCT) พบว่ามีจุดรับภาพบวมตาทั้ง 2 ข้าง มีเลือดออกยังจอประสาทตา เป็น ต้อกระจกเล็กน้อยที่ตาขวา	ผลการตรวจจอประสาทตาด้วย เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) และตรวจจอประสาทตาด้วยเครื่อง (OCT) พบว่ามีจุดรับภาพบวมตาทั้ง 2 ข้าง มีเลือดออกยังจอประสาทตา เป็นต้อ กระจกเล็กน้อยที่ตาซ้าย

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มี
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ ตาฝ้าทั้ง 2 ข้าง โดยมี
ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานขึ้นตา โดยมีจุดรับภาพบวม
โรงพยาบาลชุมชนส่งมาเพื่อรักษาต่อโรงพยาบาลขอนแก่น
ได้ตรวจพิเศษ Fundus Camera และ OCT ผลตรวจพบ

เบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะ PDR และพบจุดรับภาพ
บวมมีเลือดออกยังจอประสาทตาทั้ง 2 ข้าง

1.2 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ รวบรวมการ

ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและ
ญาติ โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน
ของกอร์ดอน⁵ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลวินิจฉัยพยาบาล 11 แบบแผนของกอร์ดอน ของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลตนเอง	1. วิดกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย กลัว การผ่าตัด และการรับการยิงเลเซอร์ของตา 2. ขาดการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการ ยิงเลเซอร์จอประสาทตา	1. วิดกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย กลัว การผ่าตัด และการรับการยิงเลเซอร์ของตา 2. ขาดการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการ ยิงเลเซอร์จอประสาทตา
2. โภชนาการและการ เผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ
3. การขับถ่ายของเสีย	ปัสสาวะวันละ 4 ครั้ง ขับถ่ายอุจจาระ ทุกวัน ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ปัสสาวะวันละ 4 ครั้ง ขับถ่ายอุจจาระ ทุกวัน ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
4. การออกกำลังกายและ การทำกิจกรรม	1. ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เอง และออก กำลังกายด้วยท่าต่างๆ ก่อนและหลังได้รับการ เลเซอร์จอประสาทตาได้เอง 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากตาพร่ามัว	1. ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เอง แต่ไม่ออก กำลังกายทั้งก่อนและหลังได้รับการเลเซอร์จอ ประสาทตา 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากตาพร่ามัว
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการนอน	ผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการนอน
6. การรับรู้สติปัญญาและ ความน่าเชื่อถือ	เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากตาพร่ามัว	เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากตาพร่ามัว
7. การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีโรคเบาหวานแต่ไม่ทราบ ว่ามีภาวะโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วม ด้วย	ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีโรคเบาหวานแต่ไม่ทราบ ว่ามีภาวะโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วม ด้วย
8. บทบาทและความ	ผู้ป่วยมีสถานภาพหย่า มีบุตรชาย 2 คน	ผู้ป่วยมีสถานภาพคู่ มีบุตรสาว 1 คน มีอาชีพ

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	ปัจจุบันมีบุตรชายและสะใภ้คนโตเป็นผู้ดูแล	รับราชการ ปัจจุบันมีหลานสาวเป็นผู้ดูแล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยหมดประจำเดือน ทำหมันแล้ว	ผู้ป่วยหมดประจำเดือน ทำหมันแล้ว
10. การเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการยิงเลเซอร์จอประสาทตา และการดูแลตนเองเมื่อจำหน่วย	ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการยิงเลเซอร์จอประสาทตา และการดูแลตนเองเมื่อจำหน่วย
11. คุณค่าและความเชื่อ	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ

จากตารางที่ 2 พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2 รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่ามีโรคเบาหวาน แต่ไม่ทราบว่ามีความเสี่ยงโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร่วมด้วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย และขาดความรู้เกี่ยวกับ

การรับการยิงเลเซอร์ของตา มีบุตรหลานอยู่ด้วยและช่วยดูแลที่บ้าน

1.3 ข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่วย

ผลการรวบรวมข้อมูลอาการ และการรักษาจากเวชระเบียนและทะเบียนประวัติผู้ป่วย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรักษาของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่วย

ข้อมูลการรักษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรักษา, การยิงเลเซอร์ PRP	- หญิงไทยอายุ 62 ปี การศึกษาในระดับประถมศึกษา มีประวัติโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย รับการรักษาครั้งแรกในเดือนกรกฎาคม 2566 ที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลตามัว 2 ข้าง VA BE 20/100 Imp. NPDR with DME BE ส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น - วันที่ 22 สิงหาคม 2566 พบจักษุแพทย์ของโรงพยาบาลขอนแก่นครั้งแรก ตรวจ VA ผล 6/60 ทั้งสองข้าง หยอดยาขยายม่านตา และดูจอประสาทตา ถ่ายรูปตาด้วยเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus camera) ตรวจจอประสาทตาดูด้วยเครื่อง OCT Imp. PDR with DME BE with SCRE นัดเลเซอร์ตาวันที่ 30 สิงหาคม 2566 - วันที่ 30 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาดูด้วยแสงเลเซอร์ (Laser PRP) ทั้งสองข้าง ตรวจการมองเห็น VA 6/36 ทั้งสองข้างเห็นภาพดีขึ้น จักษุแพทย์นัดติดตามอาการและเลเซอร์จอประสาทตาดูด้วยลำแสงเลเซอร์เพิ่มในวันที่ 27 กันยายน 2566 ได้รับยา Diclofenac ED (Volta oph.)	- หญิงไทยอายุ 59 ปี การศึกษาในระดับประถมศึกษา มีประวัติรักษาโรคเบาหวานครั้งแรกเดือนมีนาคม 2566 ที่โรงพยาบาลน้ำพอง มีประวัติตามัว 2 ข้างมา 1 ปี ตาซ้ายมัวมากกว่าตาขวา ไม่ปวดตา วัดสายตาถนัดก่อนส่งต่อ VA 3/60 ทั้งสองข้าง แพทย์สงสัยเป็น Severe NPDR BE with DME ทั้งสองข้างส่งพบจักษุแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น - 26 กันยายน 2566 พบจักษุแพทย์ หยอดยาขยายม่านตา และดูจอประสาทตา ถ่ายรูปตาด้วยเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus camera) ตรวจจอประสาทตาดูด้วยเครื่อง OCT Imp. PDR with DME ทั้งสองข้าง นัดเลเซอร์ตาในวันที่ 11 ตุลาคม 2566 - วันที่ 11 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาดูด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser PRP) ทั้งสองข้าง ตรวจการมองเห็น VA ผล 5/60 ทั้งสองข้าง ตรวจ PH ผล 6/60 ทั้งสองข้าง ได้ยา FLU-oph หยอดตาที่บ้าน (ใช้ 1 สัปดาห์หลังเลเซอร์ หยอดยาหลังครบ 1 สัปดาห์แล้ว) แพทย์นัดติดตามอาการในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 เพื่อเลเซอร์จอประสาทตาดูด้วยลำแสงเลเซอร์เพิ่ม

ข้อมูลการรักษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	หยอดตาที่บ้าน - วันที่ 27 กันยายน 2566 ผู้ป่วยได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser PRP) ทั้งสองข้าง ตรวจ VA ได้ผล 6/36 ทั้งสองข้าง ตรวจ PH ได้ 6/36 ทั้งสองข้าง การมองเห็นภาพเท่าๆ เดิม นัดติดตามอาการในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 ได้ยา Diclofenac ED (Volta oph.) หยอดตาที่บ้าน - วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 ได้หยอดยาขยายม่านตา ถ่ายรูปตา ตรวจจอประสาทตา ตรวจระดับการมองเห็น พบว่า VA ต่ำกว่าเดิมได้ 6/24 ต่ำซ้ายเห็นเท่าเดิม 6/36 ได้ยา Diclofenac ED (Volta oph.) หยอดตาที่บ้าน และนัดติดตามอาการ 2 เดือน (วันที่ 17 มกราคม 2567)	- วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser PRP) ทั้งสองข้างเพิ่ม ตรวจการมองเห็น VA ได้ 6/60 ทั้งสองข้างมองเห็นดีขึ้น นัดติดตามอาการอีก 1 เดือน - วันที่ 14 ธันวาคม 2566 ติดตามอาการตามนัด หยอดยาขยายม่านตาและดูจอประสาทตา ถ่ายภาพจอประสาทตา ยังมี DME ตรวจการมองเห็น VA ได้ 6/60 ทั้งสองข้างมองเห็นเท่าเดิม ได้ยา Diclofenac ED (Volta oph.) กลับไปหยอดตาที่บ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 31 มกราคม 2567
สถานะจำหน่าย	การมองเห็นดีขึ้น refer กลับโรงพยาบาลบ้านไผ่	การมองเห็นดีขึ้น refer กลับโรงพยาบาลน้ำพอง
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	PDR Both eyes with DME Both eyes with PRP Both eyes	PDR Both eyes with DME Both eyes with PRP Both eyes

จากตารางที่ 3 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษา โดยการยิงเลเซอร์ PRP ยิงเลเซอร์ตาที่ละข้าง นัดซ้ำเพื่อยิงเลเซอร์ตา 1 เดือน เป็นเวลา 2 เดือน นัดติดตามอาการหลังยิงเลเซอร์ตา 2 เดือน พบว่า การมองเห็นดีขึ้น จักษุแพทย์ได้ส่งต่อผู้ป่วยกลับรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การพยาบาลควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และติดตามอาการต่อกระจก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และลดการสูญเสียการมองเห็นลดลง

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ นำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกก่อนการทำหัตถการ ระยะตรวจขณะทำหัตถการ และระยะหลังทำหัตถการ รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังทำหัตถการ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามระยะของการพยาบาล รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 2
ระยะแรก ก่อนทำการหัตถการ	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษา 2. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลง และสูงอายุ	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษา 2. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลง และสูงอายุ
ระยะตรวจ ขณะทำการหัตถการ	3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออก ในตาเพิ่มจากการทำการหัตถการยิงเลเซอร์ 4. วิตกกังวลเนื่องจากกลัวมองไม่เห็น	3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออก ในตาเพิ่มจากการทำการหัตถการยิงเลเซอร์ 4. วิตกกังวล เนื่องจากกลัวมองไม่เห็น
ระยะหลังทำการหัตถการ	5. ไม่สุขสบาย ปวดตา ระคายเคืองตา เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังเลเซอร์ตา 6. มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน	5. ไม่สุขสบาย ปวดตา ระคายเคืองตา เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังเลเซอร์ตา 6. มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

จากตารางที่ 4 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน 6 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ ระยะแรกก่อนทำการหัตถการกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลเซอร์จอประสาทตา และจากพยาธิสภาพของโรค ความสามารถในการมองเห็นลดลง และมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากพลัดตกหกล้มได้ ในระยะที่ 2 ระยะตรวจขณะทำการหัตถการ พบว่า ผู้ป่วยมีความกังวลกลัวจะมองไม่เห็น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในตาเพิ่ม จากการทำการหัตถการยิง

เลเซอร์ตา และในระยะที่ 3 ระยะหลังทำการหัตถการ พบว่า ผู้ป่วยไม่สบายหลังยิงเลเซอร์มีการระคายเคืองตา ปวดตา และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาซ้ำ

3. การพยาบาลและการประเมินผล จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ระบุในตารางที่ 4 นำสู่การวางแผนการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และแยกตามระยะการพยาบาล ซึ่งได้นำเสนอข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลผลลัพธ์ของการพยาบาล รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลผลลัพธ์ทางการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3.1 ระยะแรกก่อนการทำ			
หัตถการ			
1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล	1. สร้างความสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้เกิด	1. ผู้ป่วยและญาติมี	1. ผู้ป่วยและญาติมี
เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค	ความคุ้นเคย เชื่อมมั่นและไว้วางใจ	สีหน้าคลายความ	สีหน้าคลายความ
และแนวทางการรักษา	2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงพยาธิ	วิตกกังวล	วิตกกังวล
ข้อมูลสนับสนุน	สภาพโรค แนวทางการรักษาและขั้นตอน	2. ทวนสอบสามารถ	2. ทวนสอบสามารถ
1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล	การผ่าตัดแบบง่ายๆ	ตอบคำถามได้	ตอบคำถามได้
2. ตามองเห็นลดลง	3. แนะนำการปฏิบัติตนก่อนทำหัตถการ	ถูกต้องทุกข้อคำถาม	ถูกต้องทุกข้อคำถาม
3. ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ	เลเซอร์ตา เช่น การรักษาความสะอาด	3. จากการสังเกต	3. จากการสังเกต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1 ปี ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ตา	สระผม ฟอกหน้าด้วยสบู่ เช้าวันทำหัตถการ นอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ก่อนการทำ หัตถการจะได้รับการหยอดยาขยายม่านตา ขณะเลเซอร์ตา ต้องให้ความร่วมมือตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล พร้อมทั้งแนะนำเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยหลังเลเซอร์ตาให้ทราบ	พบว่า ผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือเป็น อย่างดีในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	พบว่า ผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือเป็น อย่างดีในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
<u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจโรคที่เป็นและการรักษาด้วยเลเซอร์ตามากขึ้น 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนก่อนรักษาด้วยเลเซอร์ตาได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยเลเซอร์ตา	4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ 5. เปิดโอกาสให้ญาติ และผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย		
<u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตนก่อนรักษาด้วยเลเซอร์ตาได้ถูกต้องทั้งหมด			
2. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลง และสูงอายุ	1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แนะนำญาติอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา 2. ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้นลงเตียงตรวจหรือรถเข็น 3. แนะนำการใช้อุปกรณ์ กริ่งสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่ เวลาเข้าห้องน้ำในโรงพยาบาล 4. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังในขณะลุกนั่ง เดิน เปลี่ยนท่า 5. ติดสัญลักษณ์ป้ายสีแดงระวางพลัดตกหกล้มที่เวชระเบียนผู้ป่วย 6. ตรวจเยี่ยมและประเมินความเสี่ยงทุก 1-2 ชั่วโมง	ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามคำแนะนำ	ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามคำแนะนำ
<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ระดับการมองเห็น กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 60 ปี ระดับการมองเห็น ตาขวา VA 6/60 PH 6/60, ตาซ้าย VA 6/60 PH 6/60 กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 59 ปี ระดับการมองเห็น ตาขวา 3/60 PH3/60, ตาซ้าย 3/60 PH3/60 2. ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล			
<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม			
<u>เกณฑ์การประเมินผล</u> ผู้ป่วยไม่เกิด			

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อันตรายจากการพลัดตกหกล้ม			
3.2 ระยะตรวจขณะทำหัตถการ			
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในตาเพิ่มจากการทำหัตถการยิงเลเซอร์รักษา	1. ตรวจสอบผล LAB อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด Hct > 20%, Plt. count > 100,000 cells/mm, FBS < 200 mg/dl	ผู้ป่วยได้รับการดูแลทำหัตถการยิงเลเซอร์แพทย์นัด	ผู้ป่วยได้รับการดูแลทำหัตถการยิงเลเซอร์ในครั้งแรก
<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> แพทย์เลือกแบ่งเลเซอร์ตาเป็นหลายครั้ง	2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ < 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 60-80 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที่	เลเซอร์ 3 ครั้ง	ผู้ป่วยรู้สึกกลัว แสบตา กรอกตาไปมา
<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในตาเพิ่ม	ความดันโลหิต < 150/90 mmHg	ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี	แพทย์นัดมาเลเซอร์อีก 1 สัปดาห์ แต่ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำ ผู้ป่วยได้ยิงเลเซอร์ตาครบ 3 ครั้ง ประเมินอาการไม่มีเลือดออกในตาเพิ่ม
<u>เกณฑ์การประเมินผล</u> ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในตาเพิ่ม	3. ตรวจสอบยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้ ดยยาละลายลิ่มเลือด 7 วัน		
	4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการขยายม่านตาและยาชา ประเมินขนาดรูม่านตาต้องขยายมากที่สุด 7-8 min		
	5. ทบทวนการปฏิบัติตัวขณะที่ทำหัตถการเลเซอร์ ห้ามกรอกตามาจ้องแสงเลเซอร์ อาจทำให้แพทย์ยิงโดนบริเวณจุดรับภาพชุด ส่งผลให้การมองเห็นตรงกลางลดลง และมีเลือดออกที่จอตาเพิ่ม		
	6. ช่วยเตรียมอุปกรณ์เลเซอร์ตา และร่วมประเมินอาการกับแพทย์ อาการเลือดออกตาเพิ่มขึ้น และวัดระดับการมองเห็นของผู้ป่วย		
4. ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากกลัวมองไม่เห็น	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้ทราบถึงผลดีของการได้รับการเลเซอร์จอประสาทตา	ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง	ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง
<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบถึงพยาธิสภาพโรค แนวทางการรักษา และขั้นตอนการเลเซอร์จอประสาทตาแบบง่ายๆ	และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการ	และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการ
1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล	3. แนะนำการปฏิบัติตนขณะเลเซอร์ตา	พยาบาลเป็นอย่างดี	พยาบาลเป็นอย่างดี
2. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการเลเซอร์จอประสาทตามาก่อน	ต้องให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พร้อมทั้งแนะนำเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยหลังเลเซอร์ตา		
3. ผู้ป่วยบอกว่าถ้าตาบอดจะทำอย่างไร	4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล		
<u>วัตถุประสงค์</u>			
1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจโรคที่เป็น และการทำหัตถการ			

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว ในขณะรับการทำการหัตถการได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือได้เหมาะสม	ปลอดภัยและให้กำลังใจ 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติซักถามถึง ข้อสงสัย		
<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>			
1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลาย ความวิตกกังวล			
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล			
3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการ ปฏิบัติตัวก่อนทำการหัตถการถูกต้อง			
3.3 ระยะหลังทำการหัตถการ			
5. ไม่สุขสบาย ปวดตา ระคายเคือง ตา เนื่องจากมีการบดเจ็บของ เนื้อเยื่อหลังเลเซอร์ตา	1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของ อาการปวด เพื่อคลายความกังวล และ สามารถปรับตัวรับได้ พร้อมทั้งปลอดภัย ให้กำลังใจ	ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ขึ้น บอกว่าปวดเคือง ตาน้อยลง Pain score = 4 คะแนน	ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ขึ้น บอกว่าปวดเคือง ตาน้อยลง Pain score = 5 คะแนน
<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>			
1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์ ตา การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ กระจกตา ตรวจด้วย Slit lamp	2. ดูแลช่วยแพทย์ทำการเลเซอร์ตา อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจการรักษา ห้ามขยี้ ตา ดูแลตำแหน่งเลเซอร์ตาให้อยู่ใน ตำแหน่งที่ต้องการ	ประเมินผลหลัง เลเซอร์ตา 2 ชั่วโมง แพทย์ตรวจด้วย Slit lamp ไม่มี	ประเมินผลหลัง เลเซอร์ตา 2 ชั่วโมง แพทย์ตรวจด้วย Slit lamp ไม่มี
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย บอกว่า เคืองตามาก มีน้ำตาไหลตลอด	3. ดูแลครอบ Eye shield เพื่อลดการ ระคายเคืองจากแสงและการ กระทบกระเทือนตา จัดสถานที่ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ ไม่ให้มารบกวนผู้ป่วยมาก เกินไป เพื่อลดการกระตุ้น	เลือดออกตาเพิ่มขึ้น	เลือดออกตาเพิ่มขึ้น
ประเมิน Pain score ได้ 9 คะแนน			
<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อลดอาการปวด เคืองตา			
<u>เกณฑ์การประเมินผล</u> Pain score ลดลง อยู่ในเกณฑ์ < 4 คะแนน	4. จัดทำการนั่งให้เหมาะสมสุขสบาย 5. ดูแลให้ยาลดความดันลูกตาม แผนการรักษา Diamox 250 mg รับประทานทันที 2 เม็ด จากนั้นครั้งละ 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการ ข้างเคียงจากยา ให้ยาบรรเทาอาการปวด Paracetamol รับประทาน 1 เม็ดทันที หลังจากนั้นเวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง 6. ดูแลใช้เจลเย็นประคบบริเวณหน้าผาก ระมัดระวังไม่ให้เข้าตา ประคบเย็น เพื่อให้เส้นเลือดบริเวณนั้นหดตัวลง ช่วย		

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ลดอาการปวดลงได้ 7. ประเมินอาการปวดเคืองตา ทุก 4 ชั่วโมง 8. ช่วยแพทย์ตรวจด้วย Slit lamp		
6. มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน <u>ข้อเสนอแนะ</u> 1. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการเลเซอร์จอประสาทตามาก่อน 2. ผู้ป่วยและญาติแสดงความกังวลสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและปฏิบัติตนที่บ้านได้ สามารถตอบแบบทดสอบก่อนกลับบ้านได้มากกว่า 90 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน	1. ให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่บ้าน 1.1 พยาบาลซักประวัติอาการ ให้ข้อมูลและความรู้หลังยิงเลเซอร์ อาจมีอาการตาแดง การมองเห็นภาพลดลงชั่วคราวจากจุดรับภาพชั่วคราว อาการจะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 6 เดือน การปรับตัวของการมองเห็นในที่มืดล่าช้า เพราะมีการทำลายเซลล์เม็ดสีขาคา ที่ส่วนริมของจอตา จะมีเลือดออกในวุ้นตา รุมาตาจะขยายอาจมีปัญหา ทำให้ไม่สบายตาชั่วคราว ความสามารถในการปรับสายตา ระยะใกล้/ไกลลดลง 1.2 วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D ^{8,9} ได้แก่ 1) M = Medication แนะนำให้หยอดตาให้ถูกต้อง ถ้าต้องหยอดยาหลายชนิด ให้หยอดยาที่มีน้ำใสก่อนน้ำขุ่น เว้นระยะเวลาระหว่างยาแต่ละชนิดอย่างน้อย 5 นาทีขึ้นไป และในวันที่มาตรวจติดตามอาการให้นำยาทั้งหมดมาด้วย 2) E = Environment หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีฝุ่น ลม ควัน จัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งกีดขวาง มีราวสำหรับยึดเกาะเวลาเคลื่อนไหว ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม 3) T = Treatment พิกัดทักษะการเช็ดตา หยอดตาให้แก่ผู้ดูแล แนะนำเรื่องการใช้จ่ายตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและการมาพบแพทย์ตามนัด การสังเกตอาการ	1. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจ การปฏิบัติตนหลังเลเซอร์ สามารถตอบแบบสอบถามก่อนกลับบ้านได้ 96 คะแนน มีสีหน้าคลายความกังวล 2. ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	1. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจ การปฏิบัติตนหลังเลเซอร์ สามารถตอบแบบสอบถามก่อนกลับบ้านได้ 98 คะแนน มีสีหน้าคลายความกังวล 2. ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อน ได้แก่ อาการปวดตามาก ตามัวลง มีขี้ตา 4) H = Health แนะนำการปฏิบัติตัวหลังเลเซอร์ตา ห้ามน้ำเข้าตา ห้ามขี้ตา หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนที่ตา หลีกเลี่ยงการก้มหน้าต่ำกว่าเอว หรือการออกแรงเบ่ง การใช้แว่นกันแดดเพื่อลดปริมาณแสงที่จะเข้าตา การใช้ที่ครอบตาเพื่อป้องกันการขยี้ตาเวลานอนหลับ หากได้รับการเลเซอร์ตา 1 ข้างแนะนำให้สังเกตอาการตามัวในตาอีกข้างโดยการปิดตา ทดสอบการมองเห็นตาข้างที่ยังไม่ได้รับการเลเซอร์ หากพบว่าเริ่มมีอาการตามัวให้มาพบแพทย์ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานแนะนำการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 5) O = Outpatient Referral การมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อติดตามอาการหลังผ่าตัด ให้นายาทั้งหมดที่ใช้มาด้วยทุกครั้ง 6) D = Diet หลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวยาก เพราะจะส่งผลกระทบกระเทือนตา แนะนำอาหารเฉพาะโรคในรายที่มีโรคประจำตัว 1.3 ควรล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาดก่อนเช็ดตาหยอดตาหรือป้ายตาตามเวลาที่แพทย์สั่ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 1.4 ไม่ควรจามหรือไอแรงๆ ระวังเบ่งถ่าย อุจจาระแรงๆ จะเป็นการเพิ่มความดันในลูกตา 1.5 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อไม่ทำให้เบาหวานขึ้นตาซ้ำอีก 1.6 แนะนำการหยอดยาอย่างถูกต้อง และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง 1.7 ออกใบนัดแนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัด สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ตาแดงมาก		

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ขึ้น ปวดตา มีขี้ตาสีเขียว ตามัวลงมาก ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด 1.8 ลงบันทึกทางการพยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร อย่างเป็นระบบเพื่อสื่อสารกับทีมงาน และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย		
3.4 การพยาบาลติดตามอาการ		ผู้ป่วยและญาติมาติดตามอาการตามนัดทุกครั้ง ญาติช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้งทางด้านกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อน การรับประทานยาและหยอดตา ระดับการมองเห็นของ	ผู้ป่วยและญาติมาติดตามอาการตามนัดทุกครั้ง บุตรสาวไปทำงานให้หลานสาวดูแลผู้ป่วยที่บ้านแทน ระดับการมองเห็นของผู้ป่วยดีขึ้น และไม่มีภาวะแทรกซ้อน
หลังการทำเลเซอร์ตา กรณีศึกษาที่ 2 ราย		ผู้ป่วยดีขึ้น และไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกที่ตาเพิ่ม	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีเลือดออกที่ตาเพิ่ม

สรุปกรณีศึกษา กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 60 ปี และ 59 ปี มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมา 1 ปี และ 1 ปี 6 เดือน ตรวจพบมีโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงในกรณีศึกษาที่ 1 ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีพบเฉพาะโรคเบาหวาน รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ทั้งสองรายได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการตามัว จักษุแพทย์ตรวจพบมีจุดรับภาพบวมที่ตาทั้ง 2 ข้าง ให้การรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ตา (PRP) จากการประเมินสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน และทฤษฎีโอเร็ม พบภาวะวิตกกังวลเป็นหลัก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีภาวะเสี่ยงต่อการมีเลือดออกที่ตาเพิ่มหลังเลเซอร์ตา ได้ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลในระยะแรกรับก่อนทำการหัตถการ ระยะตรวจขณะทำการหัตถการ และระยะหลังทำการหัตถการ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

หลังทำการหัตถการเลเซอร์ตา 3 ครั้ง ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่อง ภายหลังให้การดำเนินการ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลช่วยเหลือตัวเองได้ การมองเห็นดีขึ้น ผู้ป่วยมีบุตรและหลานดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลการรับประทานยาประจำตัว การหยอดตา และดูแลสุขภาพ จักษุแพทย์จำหน่ายกลับไปรับการรักษาโรคประจำตัวที่โรงพยาบาลชุมชน และให้ติดตามตรวจตาทุก 6 – 12 เดือน

อภิปรายผลกรณีศึกษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา รายที่ 1 เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 1 ปี มีอาการตามัวทั้ง 2 ข้าง สำหรับรายที่ 2 เป็นเบาหวานมา 1 ปี 6 เดือน มีอาการตามัวทั้ง 2 ข้าง ได้รับการรักษาโดยการยิงเลเซอร์ตา (PRP) การมองเห็นของผู้ป่วยดีขึ้น และไม่มี

ภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกที่ตาเพิ่ม ซึ่งสอดคล้องกับ ศุภรา สีนธาวี¹⁰ ที่พบว่าภาวะเบาหวานขึ้นจอตาและมีภาวะจุดภาพชัดบวม แพทย์วินิจฉัย เบาหวานขึ้นจอตา ระยะรุนแรงมีจุดภาพชัดบวมและภาวะความดันตาสูง 2 ข้าง ให้การรักษา Laser PRP สำหรับการรักษาผู้ป่วยมีความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล จากการขาดความรู้ และแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรค กลัวมองไม่เห็น ไม่สุขสบายปวดตาหลังจากเลเซอร์ตา พยาบาลจึงควรให้การพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และวางแผนทำกิจกรรมการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแบ่งเป็นระยะแรกรับก่อนทำหัตถการ ขณะตรวจขณะทำหัตถการ และหลังตรวจหลังทำหัตถการ และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย คลายความกังวลและได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับ สมใจ แสงสร้อย¹¹ ที่พบว่า การดูแลช่วยเหลือโดยพยาบาล จึงต้องมีความเหมาะสม และควรต้องเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ผ่านการฝึกทักษะเฉพาะทาง ซึ่งได้ทบทวน และนำไปใช้หลักการเสริมความรู้ ด้านสุขภาพ ประกอบการ วางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง คำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านบริหาร นำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย ส่งเสริมและสนับสนุน การจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และจุดรับภาพบวมจากเบาหวาน ที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ และนำมาใช้ในการนิเทศ กำกับการพยาบาลให้พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐาน

2. ด้านบริการ นำไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและจุดรับภาพบวมจากเบาหวานที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ เพื่อให้การพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

3. ด้านวิชาการ นำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาความรู้ในงานประจำสู่การวิจัย (Routine to Research:

R2R) และคิดค้นนวัตกรรมมาใช้ดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและจุดรับภาพบวมจากเบาหวาน ที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์ พร้อมทั้งใช้เป็นเอกสารในการศึกษา ค้นคว้าของบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. Garratt S, editor. Diabetic Retinopathy. 1st ed. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2017.
2. Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, National Health Security Office. Clinical Practice Guideline for Diabetes. Bangkok; 2015.
3. Pawarangoon W. Prevention of diabetic retinopathy in type 2 diabetic patients, Nunah Hospital Bangkok. Chiangrai Med J. 2017;9(2):73-82.
3. Khon Kaen Hospital. Statistics of Special Departments, Ophthalmology Examination Room. Khon Kaen; 2024.
4. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994.
5. Phanthasri P. Nursing process & functional health pattern. 9th ed. Samut Prakan; 2012.
6. Kusoom W. Nursing process and nursing diagnosis: application to clinical practice. Bangkok; 2009.
7. Hooper P, Boucher M, Cruess A, Dawson KG, Dlepero W, Greve M, et al. Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for the management of diabetic retinopathy. Can J Ophthalmol. 2012; 47(2):1-54.
8. Orem DE. Nursing concepts of practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1985.
9. Sinthawashiwa S. Nursing care of diabetic retinopathy patients with macular swelling and

complications of high eye pressure: case study. J Health Environ Educ. 2023; 8(4): 830-7.

10. Sangsoi S. Nursing of diabetic retinopathy in diabetes patients: case series 2 cases. J Khon Kaen Provinc Health Off. 2019;1(2):197-207.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscope ACL Reconstruction)

สจี้ เนตรโกศล พย.บ.*

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscope anterior cruciate ligament reconstruction: ACLR) เป็นการแก้ไขการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่ผิดปกติในผู้ป่วยที่มีการฉีกขาดของเอ็นไขว้หน้า และเพื่อสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นภายในข้อเข่า การผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยรับการผ่าตัด การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งขั้นตอนและเทคนิคการส่งเครื่องมือในการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย คัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น เดือนกันยายน ถึง ตุลาคม 2566 ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการศึกษาจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดแบบแผนภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ผลการศึกษา: เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเส้นเอ็นไขว้หน้าขาด (Torn anterior cruciate ligament left knee) ผู้ป่วยได้รับซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscopic ACL reconstruction left knee) ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการผ่าตัดวันที่ 15 กันยายน 2566 ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 12 นาที ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดวันที่ 25 กันยายน 2566 ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 16 นาที ก่อนทำการหัตถการผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน ขณะและหลังทำผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการฟื้นฟูและสอนหลังผ่าตัดจนสามารถกลับบ้านได้

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาทำให้ได้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และทำให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : เอ็นไขว้หน้า, ผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า, การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care for Patients Undergoing Arthroscope ACL Reconstruction

Sagee Netkosol B.N.S.*

Abstract

Background and rationale: Arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction (AACLR) is a procedure designed to correct abnormal knee movement in patients with an anterior cruciate ligament injury and restore stability to the knee joint. The surgery is complex, and the operating room nurses must be proficient in preparing patients for surgery, handling instruments, and utilizing proper procedures and techniques for handling surgical instruments to ensure patient safety.

Objective: To examine the application of the nursing process in caring for patients undergoing arthroscope ACL reconstruction

Method: This was a case study involving two patients, purposively selected, who underwent arthroscope ACL reconstruction and were admitted to Khon Kaen Hospital between September and October 2023. Nursing care was provided using the nursing process. Data were collected through medical record reviews, interviews with patients and their families, and health assessment based on Gordon's 11 Functional Health Patterns.

Results: The findings revealed that both patients were diagnosed with torn anterior cruciate ligament in the left knee and subsequently underwent arthroscopic ACL reconstruction on the left knee. Case Study 1 underwent surgery on September 15, 2023, which lasted 1 hour and 12 minutes. Case Study 2 underwent surgery on September 25, 2023, with a duration of 1 hour and 16 minutes. Prior to the procedures, both patients were thoroughly prepared for the preoperative, intraoperative, and postoperative periods, ensuring that no complications arose. They received postoperative rehabilitation and knowledge and were discharged once they were ready to return home.

Conclusion and recommendations: This study offer the guidelines for providing nursing care for patients undergoing arthroscopic ACL reconstruction, covering the preoperative, intraoperative, and postoperative periods. Operating room nurses should use these guidelines in their nursing practice to prevent complications and enhance the efficiency of the surgery.

Keywords: Anterior cruciate ligament, arthroscopic ACL reconstruction, nursing care

*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

การบาดเจ็บบริเวณข้อเข่าในผู้ใหญ่เกิดจากการประสบอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา บริเวณที่บาดเจ็บมักเป็นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า (Anterior cruciate ligament: ACL) ในการบาดเจ็บที่ข้อเข่า ส่งผลให้มีการผ่าตัดประมาณ 120,000 - 200,000 เข่าต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกา และประมาณ 400,000 เข่าต่อปีทั่วโลก¹ แต่มีบางการศึกษา พบว่า มีอัตราการบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย² อายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15 - 44 ปี สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณข้อเข่าจากการเล่นกีฬาและต้องได้รับการผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้ามากกว่า 200 รายต่อปี³ โดยพบบ่อยในกีฬาที่มีลักษณะของการกระโดด บิดหมุนข้อเข่า หรือมีการปะทะกันรุนแรง เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล เทนนิส หรือวอลเลย์บอล เป็นต้น ในปัจจุบันบุคคลทั่วไปสนใจการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาเพื่อการสันทนาการมากขึ้น ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการได้รับการบาดเจ็บเอ็นไขว้หน้าเข่าเพิ่มขึ้นเช่นกัน

การรักษาผู้ป่วยเอ็นไขว้หน้าขาด คือ การผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเอ็นไขว้หน้า โดยทำในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเป็นนักกีฬา มีความต้องการความมั่นคงของข้อเข่าสูงสำหรับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดและทำกายภาพบำบัด ฟันฟอนั้นจะทำในผู้ป่วยบางราย เช่น นักกีฬาในกลุ่มกีฬาที่ไม่มีการบิดหมุนหรือเปลี่ยนทิศทางมากนัก และในผู้ป่วยที่มีความหลวมหรือมั่นคงของข้อเข่าไม่มาก จากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscope anterior cruciate ligament reconstruction: AACLRL) จำนวน 54, 45, และ 70 ราย ตามลำดับ ข้อดีของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง รอยแผลเล็ก ทำให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยลงและฟื้นตัวได้เร็ว ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ใช้เวลาพักฟื้นสั้น ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น ผลการรักษาดีจะช่วยให้ข้อเข่ากลับมามีความเสถียร และสามารถกลับไปทำกิจกรรมต่างๆ ได้

ตามปกติ⁴ ซึ่งภายหลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมจากพยาบาลวิชาชีพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด^{5,6} ได้แก่ ภาวะข้อเข่ายึดติด ภาวะติดเชื้ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า

วิธีดำเนินการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย คัดเลือกผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2566 ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการศึกษาจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว การสังเกตและการตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดแบบแผนภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการใช้กระบวนการพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: การศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าด้วยวิธีการส่องกล้องข้อเข่า โดยใช้กระบวนการพยาบาล เสนอผลการศึกษา ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล รายละเอียดดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินภาวะสุขภาพของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย	- เพศชาย อายุ 32 ปี รูปร่างสมส่วน - 5 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะเตะฟุตบอล หกล้ม งอเข่าซ้ายไม่ได้ประมาณ 1 สัปดาห์ ต่อมาอาการหายเอง ไม่ได้รับการรักษาที่ใด - 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลล้มอีกรอบ มีเสียงในข้อ นั่งได้ไม่นาน เข่าซ้ายไม่มั่นคง แพทย์ได้ตรวจร่างกายและถ่ายภาพรังสี ได้รับการวินิจฉัยเป็นเส้นเอ็นไขว้หน้าขาด (Torn ACL left knee)	- เพศชาย อายุ 42 ปี รูปร่างท้วม - 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะเตะฟุตบอล ลื่นล้ม เข่าซ้ายปวดบวม มีเสียงในข้อเข่าและปวด ต่อมาอาการเป็นมากขึ้นเมื่อเดิน - เยอะ รักษาโดยการรับประทานยาและฉีดยาอาการปวดทุเลาลง - 7 เดือนต่อมามีอาการปวดมากขึ้น เข่าซ้ายไม่มั่นคง มีอาการจะล้มเวลาเดินเล็กน้อย ได้รับการวินิจฉัยเป็นเส้นเอ็นไขว้หน้าขาด (Torn ACL left knee)
2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ	- ปฏิเสธโรคประจำตัว - งอเข่าซ้ายไม่ได้ - มีเสียงในข้อเข่า นั่งได้ไม่นาน - เข่าซ้ายไม่มั่นคง	- ปฏิเสธโรคประจำตัว - เข่าซ้ายปวดบวม มีเสียงในข้อเข่า - เข่าซ้ายไม่มั่นคง มีอาการจะล้มเวลาเดินเล็กน้อย
3. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	รูปร่างสมส่วน ตรวจร่างกายพบมีเสียงในข้อเข่า นั่งได้ไม่นาน เข่าซ้ายไม่มั่นคง	รูปร่างท้วม ตรวจร่างกายพบความผิดปกติเข่าซ้ายปวดบวม มีเสียงในข้อเข่า
5. การรักษา	การผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscopic ACL reconstruction left knee)	การผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscopic ACL reconstruction left knee)
6. แบบแผนสุขภาพผู้ป่วย	แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร: มีการดื่มน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดและขณะผ่าตัดสูญเสียเลือด แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย: ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร: มีการดื่มน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดและขณะผ่าตัดสูญเสียเลือด แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย: ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีการขาดของเอ็นไขว้หน้าโดยมีสาเหตุเหมือนกัน คือ จากการเล่นกีฬา และมีพยาธิสภาพคล้ายกัน คือ รู้สึก

เข่าไม่มั่นคง แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการเข่าซ้ายปวดบวม มีเสียงในข้อเข่า และมีอาการจะล้มเวลาเดินเล็กน้อยแสดงให้เห็นว่ามีอาการรุนแรงกว่า

2. การวินิจฉัยการพยาบาล จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มาวางแผนให้การพยาบาลได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากจะต้องได้รับการผ่าตัด	1. ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากจะต้องได้รับการผ่าตัด
2. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด	2. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ เช่นการเกิดแผลกดทับผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก	3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ เช่นการเกิดแผลกดทับผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก
4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้แผ่นยางรัดห้ามเลือด (Tourniquet)	4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้แผ่นยางรัดห้ามเลือด (Tourniquet)
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของเส้นเลือด และเส้นประสาท (Neurovascular injury) เนื่องจากได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าแบบส่องกล้อง	5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของเส้นเลือด และเส้นประสาท (Neurovascular injury) เนื่องจากได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าแบบส่องกล้อง
6. ไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	6. ไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
7. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	7. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบแบบแผนสุขภาพที่มีปัญหา 5 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนด้านการโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร แบบแผนกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

และแบบแผนด้านการปรับตัวและการเผชิญความเครียด

3. การพยาบาล: จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มาวางแผนให้การพยาบาลได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รายละเอียดดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
ระยะก่อนผ่าตัด		
1. ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากจะต้องได้รับการผ่าตัด	1. ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากจะต้องได้รับการผ่าตัด	1. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย อธิบายขั้นตอนการผ่าตัด ผลที่คาดหวังและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย
		2. สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย โดยยืนยันว่าทีมแพทย์และทีมพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
		3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		4. ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การหายใจลึกๆ การทำสมาธิ หรือการนึกถึงสิ่งที่ผ่อนคลาย 5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด การประเมินผลการพยาบาล มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล
2. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด	2. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด	1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้องและชัดเจน อธิบายเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัดอย่างง่าย ให้ผู้ป่วยเข้าใจ บอกถึงเหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัด อธิบายขั้นตอนต่างๆ ก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดและบอกถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างละเอียด 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตัวเองหลังผ่าตัด เช่น การดูแลแผล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พร้อมทั้งตอบคำถามที่ผู้ป่วยและครอบครัวสงสัยหลังการผ่าตัด การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการผ่าตัดได้ถูกต้อง
ระยะขณะผ่าตัด		
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า เช่น การเกิดแผลกดทับผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก	3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า เช่น การเกิดแผลกดทับผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก	1. เตรียมอุปกรณ์ Universal lateral support ในการจัดท่า และตรวจสอบการสัมผัสกับผิวหนังผู้ป่วยหลังจากจัดท่าผ่าตัด ใช้ผ้านุ่มรองบริเวณปุ่มกระดูก และตรวจสอบไม่ให้ผิวหนังสัมผัสกับขอบเตียงผ่าตัด 2. ประเมินความสบายของผู้ป่วยหลังการจัดท่าและขณะผ่าตัด 3. ตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่ใช้อุปกรณ์ประกอบการจัดท่าทำผ่าตัดหลังเสร็จผ่าตัด ถ้าพบว่าบริเวณนั้นแดงซ้ำ ให้ใช้หมอนวด เพื่อกระตุ้นให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นมากๆ แต่ถ้าพบอาการที่รุนแรง เช่น ผิวหนังเป็นแผลถลอก ชอกช้ำมาก ต้องรายงานแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก
4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้แผ่นยางรัดห้ามเลือด (Tourniquet)	4. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้แผ่นยางรัดห้ามเลือด (Tourniquet)	1. ตรวจสอบ Tourniquet cuff ก่อนนำมาใช้ ดูแลให้แผ่นยางรัดห้ามเลือดอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่มีการรั่วซึม ใช้แผ่นสำลีรองเพื่อปกป้องรอบขาก่อนพัน Tourniquet cuff 2. ตั้งความดันของแผ่นรัดห้ามเลือด ตามความเหมาะสมที่ต้นขา คือ 300 mmHg และบันทึกระยะเวลาที่ใช้แผ่นรัดห้ามเลือด เมื่อครบ 2 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาคลายแผ่นรัดห้ามเลือด การประเมินผลการพยาบาล ผิวหนังบริเวณที่ใช้แผ่นรัดห้ามเลือดแดงเล็กน้อย ไม่มีตุ่มน้ำขึ้นบริเวณที่รัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของเส้นเลือด และเส้นประสาท (Neurovascular injury) เนื่องจากได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าแบบส่องกล้อง	5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของเส้นเลือด และเส้นประสาท (Neurovascular injury) เนื่องจากได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าแบบส่องกล้อง	1. การผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าต้องอาศัยความละเอียดอ่อนและความแม่นยำสูง ดูแลเตรียมความพร้อมและตรวจสอบกล้องส่องตรวจข้อเข้าให้พร้อมใช้งาน เพื่อให้แพทย์มองเห็นโครงสร้างภายในข้อชัดเจนป้องกันการบาดเจ็บของเส้นเลือดและเส้นประสาท ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการผิดปกติ และให้การรักษาที่เหมาะสม 2. สังเกตอาการชา อ่อนแรง ปวด บวม หรือการเปลี่ยนสีของผิวหนัง ซึ่งแสดงถึงการบาดเจ็บของเส้นเลือดและเส้นประสาท หากพบอาการผิดปกติ ให้แจ้งแพทย์ทันที การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการชา ปวดบวม อ่อนแรงขาข้างที่ผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัด		
6. ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	6. ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	1. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ระดับความปวด (Pain score) และปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้นหรือลดลง เช่น การติดเชื้อ การอักเสบของแผล เป็นต้น 2. ให้ยาลดปวดตามคำสั่งแพทย์ และช่วยจัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายเพื่อลดแรงกดทับบริเวณแผล 3. สอนเทคนิคการผ่อนคลายให้ผู้ป่วย เช่น การหายใจลึกๆ ระบายเวลาพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด โดยจัดกิจกรรมที่ให้ร่วมกันได้ในการพยาบาลขึ้นอยู่กับความจำเป็น การประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรายที่ 1 ปวดแผล คะแนนความปวด 5 คะแนน ผู้ป่วยรายที่ 2 ปวดแผล คะแนนความปวด 5-7 คะแนน ดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลง
7. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	7. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	1. รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งเพื่อบรรเทาอาการปวดและลดการอักเสบ ดูแลประคบเย็นและยกขาให้สูงกว่าระดับหัวใจเมื่อนั่งหรือนอน โดยประคบด้วยความเย็นวันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อช่วยลดอาการบวม 2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะเวลาการฟื้นตัว ให้ปฏิบัติ ดังนี้ ระยะแรก (0-6 สัปดาห์) การดูแลและเน้นการลดอาการปวด บวม และเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อเท้า ระยะกลาง (6-12 สัปดาห์) ให้ผู้ป่วยเน้นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเท้า ระยะสุดท้าย (12 สัปดาห์ขึ้นไป) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ แต่ต้องค่อยเป็นค่อยไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
		3. ให้คำแนะนำในการทำกายภาพบำบัดเพราะเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการฟื้นฟูการทำงานของข้อเข่า ควรทำตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัด จัดให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเข่ารับน้ำหนักมาก เช่น วิ่ง กระโดด ยกของหนัก พักผ่อนให้เพียงพอจะช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้น
		4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสัญญาณที่บ่งบอกว่าควรไปพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้สูง แผลผ่าตัดมีอาการบวม แดง ร้อน หรือมีหนอง มีอาการปวดมากขึ้นเรื่อยๆ แม้จะรับประทานยาแล้ว ข้อเข่าบวมมากขึ้น ไม่สามารถขยับเข่าได้ตามปกติ ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และนักกายภาพบำบัดอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอจะช่วยให้การฟื้นตัวเป็นไปอย่างรวดเร็ว
		การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยตอบข้อซักถามในการดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้านได้

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เลือกวิธีการรักษาเอ็นไขว้หน้าขาด้วยการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าขาโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscopic ACL reconstruction left knee) ซึ่งถือเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับความนิยมและมีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากเป็นการผ่าตัดแบบรูกลัมน้อย ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ซึ่งการผ่าตัดจะช่วยให้ข้อเข่าของผู้ป่วยมั่นคงขึ้น แต่อย่างไรก็

ตาม การผ่าตัดทุกชนิดย่อมมีความเสี่ยงและความยุ่งยากในระดับหนึ่ง และการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ การฟื้นฟูหลังการผ่าตัดมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติและป้องกันการบาดเจ็บซ้ำ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับคำแนะนำและวิธีการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูข้อเข่าหลังผ่าตัดและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

4. ผลลัพธ์การพยาบาล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัด คลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือ และมีความพร้อมในการผ่าตัดเป็นอย่างดี เตรียมการผ่าตัดได้ถูกคน ถูกประเภทของการผ่าตัด	ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัดคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือ และมีความพร้อมในการผ่าตัดเป็นอย่างดี เตรียมการผ่าตัดได้ถูกคน ถูกประเภทของการผ่าตัด
ระยะผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะการผ่าตัด ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 12 นาที โดยผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง แพทย์ใช้แผ่นรัดห้ามเลือด (Tourniquet pressure) ตั้งความดันที่	ระยะผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะการผ่าตัด ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 16 นาที โดยผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง แพทย์ใช้แผ่นรัดห้ามเลือด (Tourniquet pressure) ตั้งความดันที่

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
350 มิลลิเมตรปรอท การผ่าตัดโดย Bone patella tendon จากขาข้างเดียวกันและยึดด้วยสกรู (Cannulated interference screw) ที่กระดูกต้นขา และกระดูกหน้าแข้ง หลังผ่าตัดเสร็จพันขาด้วย Jones' bandage ขณะผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน สูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเล็กน้อย 20 ml ได้สารน้ำทดแทนอย่างพอเพียง สังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมงก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน	350 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัดเสร็จพันขาด้วย Jones' bandage สูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเล็กน้อย 20 ml ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างพอเพียง ให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยอุณหภูมิที่เหมาะสมตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด ภายหลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จึงย้ายผู้ป่วยไปดูแลที่ห้องพักฟื้น
ระยะหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดออก ปวดแผล Pain score 5 คะแนน ให้การรักษาโดยได้รับยา Morphine 3 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ และ ได้รับยาพาราเซตามอล (500 mg) 2 เม็ดรับประทานเมื่อปวด และได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Cefazolin 1 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สายระบายของเหลวที่ออกจากแผลมีสารคัดหลั่งออกประมาณ 120 ml ฝ้าประเมน (Neurovascular) อาการขาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่พบอาการขาได้เข้า สามารถขยับขาได้ปกติ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 125/67 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส อาการดีขึ้น ส่งปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อทำกายภาพ และหัดเดินด้วยไม้ยันรักแร้ ผู้ป่วยสามารถเดินได้รอบๆเตียง สามารถบริหารร่างกายในท่าต่างๆได้ตามที่นักกายภาพบำบัดแนะนำ ผู้ป่วยอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลจนครบเป็นเวลา 5 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้	ระยะหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score 5 – 7 คะแนน ซึ่งอาการปวดนี้สามารถควบคุมได้ด้วยการให้ยาระงับอาการปวดตามแผนการรักษาเป็น Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด pain score 3 - 5 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีอาการขาได้เข้าถึงปลายเท้าขวา ปลายเท้าสองข้างอุ่น ไม่ซีด คลำชีพจรบริเวณหลังเท้าได้ชัดเจนและสามารถกระดกข้อเท้าขึ้นลงได้ พยาบาลต้องฝ้าประเมน (Neurovascular) อาการขาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่า อาการขาได้เข้าถึงปลายเท้าลดลง ส่งปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อทำกายภาพ และหัดเดินด้วยไม้ยันรักแร้ 4 วันหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผลผ่าตัดอยู่ Pain score 5 – 7 คะแนน ให้ยาลดปวดเป็น Morphine 4 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยยังไม่สามารถทำกายภาพบำบัดได้เต็มที่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารต่างๆ ตามแผนการรักษา สามารถหัดเดินด้วยไม้ยันรักแร้ได้ ขณะฝึกบริหารกล้ามเนื้อผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score 5 คะแนน แต่สามารถควบคุมอาการปวดได้ ด้วยการให้ตามแผนการรักษา สามารถบริหารขาซ้ายได้ตามคำแนะนำของแพทย์และนักกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจ และคลายความวิตกกังวลได้ ผู้ป่วยอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลจนครบเป็นเวลา 9 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

จากตารางที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยมีทั้งความเหมือนและแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตาม

ผู้ป่วยได้รับการดูแลพยาบาลทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะหลังจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ภายใต

ดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

อภิปรายผล: จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า จากพยาธิสภาพ อายุ อาการ และการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเอ็นไขว้หน้าขาด้วยการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscopic ACL reconstruction left knee) ซึ่งถือเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับความนิยมและมีประสิทธิภาพสูง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลที่มีทั้งความเหมือนและความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการผ่าตัดคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ และมีความพร้อมในการผ่าตัดเป็นอย่างดี ขณะผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการพยาบาลถูกต้องตามหลัก Sterile technique ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้นตามลำดับ แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการขาได้เข่าถึงปลายเท้าขวา ปลายเท้าสองข้างอุ่น ไม่ชืด คลำชีพจรบริเวณหลังเท้าได้ ชัดเจนและสามารถกระดกข้อเท้าขึ้นลงได้ พยาบาลต้องเฝ้าประเมิน (Neurovascular) อาการขาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนอาการบรรเทา และสามารถควบคุมอาการปวดได้ บริหารขาซ้ายได้ตามคำแนะนำของแพทย์ และนักกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจ และคลายความวิตกกังวลได้ และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 2 รายกลับบ้านได้ โดยที่กรณีศึกษาที่ 1 มีระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลรวม 5 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลรวม 9 วัน

ข้อเสนอแนะ:

1. นำไปจัดทำเป็นคู่มือการพยาบาลผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า (Arthroscopic ACL reconstruction) สำหรับให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน

2. ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมบุคลากรจบใหม่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ให้มีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าโดยการส่องกล้องข้อเข่า

เอกสารอ้างอิง

1. Sepúlveda F, Sánchez L, Amy E, Micheo W. Anterior cruciate ligament injury. Curr Sports Med Rep. 2017;16:172-8.
2. Grindem H, Engebretsen L, Axe M, Snyder-Mackler L, Risberg MA. Activity and functional readiness, not age, are the critical factors for second anterior cruciate ligament injury - the Delaware-Oslo ACL cohort study. Br J Sports Med. 2020;54(18):1099-102.
3. Murray-Weir M, Levinson M. Surgery for ACL injuries [Internet]. [cited 2024 Sep 1]. Available from: <https://www.hss.edu/Cordasco/ACL-Pathway-to-Recovery.pdf>
4. Cheecharern S, Lohpongpaiboon C. Outcomes of anterior cruciate ligament reconstruction in Rajavithi Hospital. J Med Assoc Thai. 2018;101(Suppl 2):S9-18.
5. Intrakarn T. The role of operating room nurses in caring for patients undergoing anterior cruciate ligament reconstruction using arthroscopy. J Orthop Nurs Assoc. 2004;9:51-75.
6. Somthawin S, Boonyarom A, Srisupornkrakul K. Postoperative rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction [Internet]. [cited 2024 Sep 1]. Available from: <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/SRMJ/10994193.pdf>

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด: กรณีศึกษา 2 ราย

สาวิตรี บุญศรีสอาด พย.ม.*

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสำคัญที่ควรตระหนักทั้งการป้องกันและรักษา การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยม พยาบาลควรวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากรณี (Case study) จำนวน 2 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่างมิถุนายน – กันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล และใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Orem's Self-care Deficit Theory) และทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา: พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยหญิงสูงอายุกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วม ทั้ง 2 ราย พบปัญหาและความต้องการที่กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน จำนวน 7 ข้อ ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่าง พบในกรณีศึกษารายที่ 1 จำนวน 1 ข้อ และพบในกรณีศึกษารายที่ 2 จำนวน 2 ข้อ ผลลัพธ์การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน โดยที่กรณีศึกษารายที่ 1 มีระยะเวลานอนโรงพยาบาล 8 วัน ส่วนรายที่ 2 มีระยะเวลานอนโรงพยาบาล 7 วัน

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากการนำแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ดูแลมีความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ควรนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาล

คำสำคัญ : กระดูกสะโพกหัก, ผู้สูงอายุ, กระบวนการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care of Post-Operative Fracture around Hip in Elderly Patients : Two Case Studies

Sawitree Bunsrisaad M.N.S.*

ABSTRACT

Background and significance of the study: Elderly patients with hip fractures represent a significant concern, requiring attention to both prevention and treatment. Surgical intervention is the most commonly used approach. Nurses should develop a comprehensive care plan to minimize the risk of complications.

Objective: To examine and compare nursing care of post-operative fracture around hip in elderly patients.

Method: This was a case study of two elderly patients with hip fractures, who were purposively selected, admitted to the Female Orthopedic Surgery Ward at Khon Kaen Hospital. The study was conducted between June and September 2023. Data were collected from medical records, and interviews with the patients and their families. Nursing care needs were assessed using the functional health pattern framework. Nursing care was provided based on the nursing process. Orem's self-care deficit theory and Gibson's empowerment theory were used as the conceptual frameworks for nursing care planning.

Results: Both case studies were elderly female patients with hip fractures and comorbidities. The two cases shared seven similar problems and needs, which were identified as nursing diagnoses. Regarding the different nursing diagnoses, one was identified in Case Study 1, while two were found in Case Study 2. The nursing outcomes revealed that neither patient experienced complications. Both of them were allowed by the doctor to return home. Case Study 1 had a hospital stay of 8 days, while Case Study 2 stayed for 7 days.

Conclusion and recommendations: Applying Orem's self-care deficit theory and Gibson's empowerment theory as frameworks for nursing care planning, patient safety is ensured, and caregivers are prepared and capable of providing care. These frameworks should be used as guidelines for nursing practice and developed into nursing protocols to enhance the efficiency of care delivery.

Keywords: Hip fracture, elderly people, nursing process

*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

ภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขกระดูกที่มีสถิติการนอนโรงพยาบาลสูงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ซึ่งสาเหตุการหักของกระดูกเกิดจากการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 57.9 พบมากในสตรีสูงอายุซึ่งมากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า¹ คาดว่าในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุร้อยละ 23.5 จังหวัดขอนแก่นมีประชากรสูงอายุทั้งหมด 634,018 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.5 ของประชากรทั้งหมด² ปัญหากระดูกหักจากการพลัดตกหกล้มจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรตระหนักทั้งการป้องกันและรักษา กระดูกหักในผู้สูงอายุอาจส่งผลให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นการปวดรุนแรง ใช้เวลาฟื้นตัวนาน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล และการสูญเสียคุณภาพชีวิตแล้วแต่เป็นผลกระทบที่พบบ่อย หรืออาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และหากรอดชีวิตอวัยวะหรือร่างกายก็อาจสูญเสียการทำงาน (Loss of function) และสูญเสียการพึ่งพาตนเอง (Loss of independence) โดยผู้ป่วยร้อยละ 40 ไม่สามารถเดินได้อย่างอิสระ และร้อยละ 60 ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือ การสูญเสียเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 33 ของผู้ป่วยภาวะกระดูกสะโพกหักไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย หรือต้องไปอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ³ จากสถิติมูลนิธิโรคกระดูกพญาระหว่างประเทศ พบว่าร้อยละ 12-20 มักเสียชีวิตใน 1 ปี และอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นถ้าผู้ป่วยมีโรคร่วมและเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษา วิธีการรักษาที่เป็นที่นิยมมาก คือ การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการปวด ดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวและความมั่นคงของสะโพก ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็ว สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เคยอยู่เดิมก่อนการเจ็บป่วยได้ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตาย⁴

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 201, 232 และ 212 ราย ตามลำดับ รักษาโดยการผ่าตัดจำนวน 151, 168, และ 153 ราย ตามลำดับ จากการให้บริการในปี พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์ มีภาวะ Pulmonary Embolism

ระหว่างรอผ่าตัด 1 ราย และระหว่างผ่าตัด 1 ราย มีอัตราการเกิดแผลกดทับ 0.89 ต่อ 1000 วันนอน และเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep vein thrombosis) 2 ราย เสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังการรักษา 2 ราย⁵ การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์การรักษาขึ้นอยู่กับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาซับซ้อน บางรายมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตหรือโรคหัวใจ ทำให้มีการชะลอการผ่าตัด ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น และทำให้อัตราตายเพิ่มมากขึ้น การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยมใช้มากในปัจจุบันซึ่งควรทำภายใน 72 ชั่วโมงหลังสะโพกหัก เพื่อให้สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก และฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วที่สุด รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁶ แม้ว่าวิธีการรักษากระดูกสะโพกหักจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลังการผ่าตัด เช่น ปอดบวม แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ลิ้มเลือดอุดตันเส้นเลือดดำส่วนลึก และการเกิดข้อสะโพกเทียมหลุด หากไม่ได้รับการรักษาและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม รวมถึงการเสียชีวิตได้ในที่สุด⁷

สถานการณ์ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่มารักษาโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไตและโรคตับ เป็นต้น การวางแผนการพยาบาลที่มีความจำเพาะกับผู้ป่วย จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเป็นระบบและต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการประสานความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงค้นหาผู้ดูแลหลัก จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในการวางแผนการพยาบาล ให้การ

พยาบาลตั้งแต่ระยะแรกรับ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะจำหน่ายดูแลต่อเนื่อง โดยนำกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ผู้เขียนในฐานะพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของ มาร์จอรี กอร์ดอน⁸ มาใช้ในการประเมินปัญหา เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล⁹ นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม¹⁰ และทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹¹ มาวางแผนฟื้นฟูสภาพและเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีสืบ (Case study) จำนวน 2 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 – กันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษา จากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) 11 แบบแผนของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การรวบรวมแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล นำใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Orem's Self-care Deficit Theory) และทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) เป็น

กรอบแนวคิดในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยและเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลหลัก (Family care giver)

ผลการศึกษา:

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี รับไว้ในการดูแลวันที่ 8 มิถุนายน 2566 มาโรงพยาบาลด้วยเส้นล้ม สะโพกกระดูกแตกพื้น มีอาการปวดสะโพกขวา เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 18 ชั่วโมง มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว (Transient ischemic attack) รักษาด้วยยา ASA รับประทานต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ปฏิเสธการแพ้ยา อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน รู้สึกตัวถามตอบรู้เรื่อง มีอาการปวดสะโพกขวา ขยับขาขวาได้น้อยเดินลงน้ำหนักไม่ได้ ไม่มีประวัติสลับ มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลขอนแก่น รับส่งต่อจากโรงพยาบาลโคกโพธิ์ชัย แพทย์วางแผน On skin traction น้ำหนัก 3 kgs และเตรียมผ่าตัด การวินิจฉัยโรคแรกรับ ครั้งสุดท้าย Closed fracture right femoral neck ได้รับการผ่าตัด Cemenless bipolar hemiarthroplasty right femur หลังผ่าตัดผู้ป่วย O₂ sat 90% แพทย์นึกถึงภาวะ Pulmonary embolism ได้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ ส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก (Computed tomography angiography) ผลตรวจปกติ มีแผนการรักษาให้ยาแอสไพริน (Aspirin) ยาความดันโลหิต จัดการปัญหาเรื่องความปวด ขณะดูแลให้การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด ตามมาตรฐาน ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 °c ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/80 mmHg คะแนนความปวด 2 คะแนน O₂ sat 96% ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและฝึกเดินโดยอุปกรณ์ช่วยเดิน ค้นหาผู้ดูแลหลัก สอน สาธิตการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดและป้องกันการหกล้มซ้ำ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยแพทย์อนุญาต

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี รับไว้ในการดูแลวันที่ 19 มิถุนายน 2566 มาโรงพยาบาล

ด้วย 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดสะโพกขวา มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 มะเร็งปากมดลูก และตาขวามองไม่เห็น มีประวัติแพ้ยาเพนนิซิลลิน อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน รู้สึกตัวถามตอบรู้เรื่อง มีอาการปวดสะโพกขวา ลูกลำบากเดินลงน้ำหนักไม่ได้ ไม่มีประวัติสลับ มารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์วางแผน On skin traction น้ำหนัก 3 kgs และเตรียมผ่าตัด การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม Closed fracture right femoral neck การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Closed fracture right femoral neck ได้ รับ การ ผ่า ตัด Cemenless bipolar hemiarthroplasty right femur ก่อนผ่าตัดพบปัญหาความไม่สมดุลของสารน้ำและ

อิเล็กโทรไลต์ หลังผ่าตัดมีภาวะช็อคและอาการเพ้อ (Delirium) มีแผนการรักษาโดยให้เลือดและส่งปรึกษาอายุรแพทย์รักษาอาการเพ้อ จัดการบริหารความปวด งดอาหารและน้ำ การพยาบาลตามมาตรฐาน ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 °C ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/76 mmHg คะแนนความปวด 3 คะแนน ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดสอน สาธิตฝึกเดินโดยอุปกรณ์ช่วยเดินได้พอใช้ มีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาว สอน สาธิตการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัว สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยแพทย์อนุญาต

การเปรียบเทียบข้อมูลอาการ การเจ็บป่วยและการรักษา ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	79 ปี	76 ปี
อาการสำคัญ	มีอาการปวดสะโพกขวา เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 18 ชั่วโมง	มีอาการปวดสะโพกขวา ขยับขาลำบาก เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	18 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล สิ้นลัม สะโพกกระดูกแตกพื้น มีอาการปวดสะโพกขวา ไม่มีประวัติสลับ	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หน้ามืด สิ้นลัม สะโพกกระดูกแตกพื้น มีอาการปวดสะโพกขยับขาลำบาก
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Closed fracture right femoral neck	Closed fracture right femoral neck
การตรวจค้นเพื่อการวินิจฉัย (Investigation)	- Chest X - Ray, EKG, CTA, Film right AP, Film right hip trans inguinal view, Both hip AP - Lab: CBC, BUN, Cr-, Electrolyte, PT, PTT	- Chest X - Ray, EKG, Film right hip lateral, Film both hip - Lab: CBC, BUN, Cr-, Electrolyte, PT, PTT
การรักษา	Cemenless bipolar hemiarthroplasty right femur	Cemenless bipolar hemiarthroplasty right femur
ADL Barthel Index ก่อนจำหน่าย	13 คะแนน	12 คะแนน
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	8 วัน	7 วัน
สถานะการจำหน่าย	แพทย์อนุญาต	แพทย์อนุญาต
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	77,078 บาท	69,234 บาท
การนัดติดตามอาการ	2 สัปดาห์	2 สัปดาห์

การประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ศึกษาประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ผลการประเมินดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองป่วยมีความวิตกกังวลว่าจะกลับมาเดินไม่ได้อีก	ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองป่วยมีความวิตกกังวลกลัวว่าจะเดินไม่ได้อีก กลัวเป็นภาระลูกหลาน
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ เป็นอาหารพื้นบ้านอีสาน ตามที่ลูกหาให้รับประทานในแต่ละวัน	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ทานรสจัด เป็นอาหารพื้นบ้านตามที่ลูกจัดหาให้ รับประทานในแต่ละวัน
3. การขับถ่ายของเสีย	ขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ปกติ วันละ 6-7 ครั้ง ไม่มีแสบขัด	ขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะ วันละ 2-4 ครั้ง
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	นอนอยู่บนเตียงถูกจำกัดกิจกรรมทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย มีลูกสาวคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม	นอนอยู่บนเตียงถูกจำกัดกิจกรรม ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย มีลูกสาวคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
5. การนอนหลับพักผ่อน	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาในการนอน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยนอนหลับได้ดี	นอนหลับประมาณ 8-9 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาในการนอน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยนอนหลับได้เป็นช่วงๆ
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านออกเขียนได้	ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ญาติผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากความชรา	ญาติผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการที่ตาชวามองไม่เห็นและความชรา
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ	บทบาทเป็นมารดา อาศัยอยู่กับบุตรสาว บุตรชายและหลาน ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาว	บทบาทเป็นมารดา อาศัยอยู่กับบุตรสาว บุตรชายและหลานๆ ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาวและบุตรชาย
9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้	ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้
10. ปรับตัวและการเผชิญต่อความเครียด	เมื่อมีความเครียดจะปรึกษาบุตรสาวและเพื่อนบ้านที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ	เมื่อมีความเครียดจะปรึกษาพุดคุยบุตรสาว
11. ความเชื่อและค่านิยม	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนา และสิ่งศักดิ์สิทธิ์เข้าวัดตามโอกาสและเทศกาลงานบุญ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เข้าวัดในเทศกาลงานบุญ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ จากข้อมูลประเมินสภาพผู้ป่วย นำสู่การวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล โดยแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<u>ระยะก่อนผ่าตัด</u>	
1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และ แนวทางการรักษา ของแพทย์ (พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย)	1) ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับอาการ เจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษาพร้อมลงชื่อ ในเอกสาร 2) ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างให้ผู้ป่วยเข้าใจในความสำคัญของอุปกรณ์ 3) แจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบเป็นระยะๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม 4) ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่างๆ ที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยรวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น 5) ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 6) ให้สูดศึกษาญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และให้กำลังใจ โดยการใช้คำสุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพก ขวา (พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย)	1) ประเมินระดับความปวด โดยการสอบถามผู้ป่วยให้ตอบเป็นคะแนน 0-10 คะแนน ทุก 4 ชั่วโมง และบันทึกเป็นสัญญาณชีพ 2) ดูแลการดื่มน้ำหนัก โดยการมีแรงดันที่เหมาะสม มีการดื่งอย่างต่อเนื่อง ท่าที่ใช้ดื่งเหมาะสม แนวแรงดื่งผ่านกระดูกที่หัก ลูกดื่มถ่วงแขวนลอยอิสระ เชือกที่ดื่งอยู่ในรอกและลูกดื่มลอยพ้นจากพื้น ตรวจสอบการพันผ้ายึดบริเวณข้อเท้าขวา หากแน่นเกินไปให้คลายผ้ายึดออกแล้วพันใหม่ เพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาทและหลอดเลือด 3) ใหยาบรรเทาปวดตามระดับคะแนนความปวด 0-3 คะแนน ให้การพยาบาลโดยจัดท่านอนให้เหมาะสม 4-6 คะแนน ใหยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดทุก 4-6 ชั่วโมง และ 7 คะแนนขึ้นไป รายงานแพทย์ขอคำสั่งยาฉีด Morphine 3 มิลลิกรัม ฉีดทุก 4 ชั่วโมง เมื่อปวดทางหลอดเลือดดำ และสังเกตอาการข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังได้ยา 15-30 นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัว การหายใจและบันทึกทางการพยาบาล
3. มีความไม่สมดุลของสารน้ำ และ อิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการทำงาน ของไตบกพร่อง (พบในกรณีศึกษารายที่ 2)	1) ใหยา Potassium Chloride Elixir รับประทาน 30 มิลลิลิตร ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา 2) สังเกตการดื่งตัว ความยืดหยุ่นของผิวหนังอาการบวมของแขนขา เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 3) กรณีศึกษารายนี้มีโปแตสเซียมต่ำ จึงแนะนำให้เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น อาหารประเภทผัก ผลไม้ ประเภทผลไม้เปลือกแข็ง พืชจำพวกมีฝัก เช่น ถั่วต่างๆ ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4) เจาะเลือดส่งตรวจ BUN, Creatinine, Potassium พร้อมติดตามผลเพื่อประเมินผลการรักษา ประเมินผลการทำงานของไต
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดึงถ่วงน้ำหนัก (on skin traction) เช่น peroneal nerve palsy และ venous thromboembolism หรือ VTE	1) ดูแลการดึงถ่วงน้ำหนัก โดยการมีแรงดึงที่เหมาะสม มีการดึงอย่างต่อเนื่อง ทำที่ใช้ดึงเหมาะสม แนวแรงดึงผ่านกระดูกที่หัก ลูกตุ้มถ่วงแขวนลอยอิสระ เชือกที่ดึงอยู่ในรอก และลูกตุ้มลอยพ้นจากพื้น ตรวจสอบการพันผ้ายึดบริเวณข้อเท้าขวา หากแน่นเกินไปให้คลายผ้ายึดออกแล้วพันใหม่ 2) ประเมินการเกิด Neurovascular Injury โดยให้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าให้ดู ประเมินวันละ 3 ครั้ง เพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาทและหลอดเลือด 3) กระตุ้นผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหว และพลิกตะแคงตัว สอนการทำ Ankle pumping รอบละ 10-20 ครั้ง วันละ 3 รอบ 4) ประเมินอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือ ปลายเท้าเขียว เหงื่อออกตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิม
ระยะหลังผ่าตัด	
1. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันปอด (Pulmonary Embolism) (พบในกรณีศึกษารายที่ 1)	1) ประเมินอาการหายใจหอบเหนื่อยมากอย่างกะทันหัน ใจสั่น แน่นหน้าอก (Pleuritic pain) บางรายมีอาการหน้ามืดเป็นลม หรือหมดสติ หายใจเร็วมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) หัวใจเต้นเร็ว และหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Elevated jugular venous pressure) 2) ติดตามสัญญาณชีพและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้วอย่างต่อเนื่อง 3) ดูแลให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula จำนวน 3 ลิตร/นาที่ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 4) จัดใหนอนหัวสูง 30-45 องศา สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและการไอขับเสมหะอย่างถูกวิธี 5) ติดตามผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกและรายงานแพทย์
2. เซลล์ในร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะช็อค (พบในกรณีศึกษารายที่ 2)	1) ดูแลให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula จำนวน 3 ลิตร/นาที่ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนโดยตรง 2) ดูแลให้ได้รับผลิตภัณฑ์ของเลือดเม็ดเลือดแดงเข้มข้นตามแผนการรักษาของแพทย์ จำนวน 1 ยูนิตอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการไม่พึงประสงค์จากการให้เลือดและเฝ้าระวังสัญญาณชีพก่อนให้เลือดและขณะให้เลือดทุก 15 นาที 2 ครั้งติดต่อกัน และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าการให้เลือดเสร็จสิ้น รวมทั้งสังเกตอาการแพ้เลือด เช่น มีไข้ หนาวสั่น มีผื่นตามผิวหนังตลอดระยะเวลาที่ได้รับเลือด ถ้ามีอาการหยุดการให้เลือดและรายงานแพทย์ 3) แนะนำญาติให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับ ผักใบเขียว เพื่อส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับการขนส่งออกซิเจนในเลือด 4) ดูแลใหนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีเสียงดังรบกวน เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด (พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย)	1) ให้ยาระงับปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ฉีดทุก 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อลดอาการปวด พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา 2) ประเมิน Pain score ทุก 4 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง และทุก 8 ชั่วโมง เป็นระยะๆ จน Pain score น้อยกว่า 4 คะแนน 3) ให้ยาระงับปวดชนิดรับประทาน Paracetamol (500 มิลลิกรัม) 1 เม็ด 4 เวลา หลังอาหาร ตามแผนการรักษา 4) จัดท่านอนหัวสูง 30 องศา ให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนให้มากที่สุดไม่รบกวนโดยไม่จำเป็น
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดสะโพกขวา (พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย)	1) ประเมินภาวะการติดเชื้อแผลผ่าตัด สังเกตลักษณะบาดแผลบวม แดง ร้อน และมีสิ่งปนเปื้อนซึมออกจากแผล 2) ทำแผลแบบแห้ง (Dry dressing) วันละครึ่งต่อหนึ่งเพื่อให้แผลสะอาด 3) ดูแลขจัดระบายเลือดให้เป็นระบบปิดและสุญญากาศ สังเกตสีและปริมาณ จัดไม่ให้อยู่สูงกว่าระดับแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันสิ่งคัดหลั่งปนเปื้อนแผลผ่าตัด 4) บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 5) ดูแลให้ยา Clindamycin 600 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดทุก 8 ชั่วโมง สังเกตผลข้างเคียง เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย เป็นต้น และให้ยา Ciprofloxacin 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง สังเกตผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง กลืนลำบาก ปวดศีรษะ มึนงง สับสน นอนไม่หลับ หากพบอาการข้างเคียงของยารายงานแพทย์รับทราบเพื่อพิจารณาเปลี่ยนยา 6) แนะนำการดูแลบาดแผลไม่ให้ถูกน้ำ ไม่แกะหรือเกาแผล 7) แนะนำรับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เป็นต้น
5. มีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุด (พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย)	1) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายกางขา (Abduction) ประมาณ 15-30 องศา เพื่อให้ข้อสะโพกกางออก โดยใช้หมอนวางไว้ระหว่างขาผู้ป่วย เพื่อให้ขาอยู่ในท่าตรงข้อสะโพกไม่หมุนเข้าด้านใน (Internal rotation) หรือหมุนออกด้านนอก (External rotation) ไม่งอข้อสะโพก (Flexion) และไม่หุบขาเข้า (Adduction) เพราะจะทำให้ข้อเทียมเคลื่อนหลุดได้ ซึ่งจะมีอาการแสดง เช่น ปวดข้อสะโพก ขาข้างที่ผ่าตัดผิดรูป ความยาวของขาสั้นกว่าขาอีกข้าง เป็นต้น 2) บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติหลังผ่าตัด 3) หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก แนะนำการพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้อง ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกหรือเข้าในมากเกินไป 4) แนะนำญาติเตรียมส้วมแบบชักโครก หรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการใช้ส้วมแบบนั่งยองๆ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5) แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดและไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งที่ไม่อยู่และแจ้งพยาบาล
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติดและโรคปอดอักเสบ (Hypostatic pneumonia)	1) ป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการประเมินลักษณะของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับว่ามีรอยแดงรอยถลอก มีแผล หรือมีการลอกหลุดของผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกส่วน สอนและแนะนำญาติในการดูแลความสะอาดของผิวหนังให้แห้ง โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณหลังและก้นกบ สอนและแนะนำญาติในการดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ปูที่นอนให้เรียบตึง ไม่ควรให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับผ้าโดยตรง เพื่อป้องกันการอักเสบและป้องกันการเสียดสี สอนญาติช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงอย่างถูกวิธี ใช้ที่นอนลมปรูร่องนอน เพื่อลดแรงกดทับที่ผิวหนัง 2) ป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้ แนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพกข้างที่ไม่ได้หักและข้อเท้า เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการหดและคลายตัวเพิ่มความตึงของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) โดยมีการเคลื่อนไหว ดังนี้ 1) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps setting exercise) คือ การเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาโดยข้อไม่มีการเคลื่อนไหว เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงสามารถรับน้ำหนักตัวได้เมื่อเริ่มหัดยืนและหัดเดิน 2) การออกกำลังกายข้อสะโพก โดยการยกขาขึ้นตรง (Straight leg raising exercise) ขณะเดียวกันก็เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ด้วย เป็นการป้องกันการงอของข้อสะโพกและทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงห้ามงอเกิน 90 องศาเพื่อป้องกันการเกิดข้อสะโพกหลุด และ 3) การออกกำลังกายข้อเท้า คือ การให้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าขึ้นปล่อยข้อเท้าลง หมุนข้อเท้าเข้าด้านในและหมุนข้อเท้าออกด้านนอก เป็นการป้องกันข้อเท้าตกรซึ่งจะทำให้เดินไม่ได้ 3) ป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบ (Hypostatic pneumonia) โดยการประเมินลักษณะการหายใจและฟังเสียงปอดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ดูแลจัดท่านอนให้หัวสูงเล็กน้อยเพื่อช่วยให้หายใจได้สะดวก แนะนำการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม (Deep breathing exercise) เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด และการไอที่มีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อขับเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในปอด ดูแลให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและสามารถขับออกได้ง่าย ดูแลให้มีการพลิกตัวหรือขยับตัวโดยไม่นอนอยู่ท่าเดียวนานๆ บันทึกสัญญาณชีพเพื่อดูอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงถ้าสูงขึ้น อาจมีการติดเชื้อในปอดให้ประเมินชีพจรและอัตราการหายใจร่วมด้วย
<u>ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแล</u>	
<u>ต่อเนื่อง</u>	
1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลหลังผ่าตัดต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1) ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติพร้อมมอบคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และติดตามประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนกลับบ้าน 2) ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในระบบ N-Refer เพื่อการติดตามเยี่ยมหลังกลับ โดยทีมสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อประเมินต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3) แนะนำญาติดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เฝ้าระวังการหกล้มซ้ำ
	4) แนะนำการรับประทานยาโรคร่วมต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการหกล้มซ้ำ
	5) แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง
2. การพยาบาลวางแผนจำหน่าย	แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก DEMETHOD ดังนี้ D: Disease ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ได้แก่ การเดินโดยอุปกรณ์ช่วยเดิน ห้ามนั่งยองๆ กับพื้น หลีกเลี่ยงการกาง หรือหุบขามากจนเกินไป การนอนโดยใช้หมอนกางขา ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ได้แก่ มีไข้ แผลซึมน้ำหนอง บวม แดง เป็นต้น เมื่อมีอาการผิดปกติไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ควรไปพบแพทย์ E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด โถง นอนพักชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ M: Medication แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ T: Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์ เกี่ยวกับแนวทางการรักษา อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ปวดสะโพกขา 2 ข้าง มีความยาวไม่เท่ากัน มีไข้ แผลซึมน้ำหนอง H: Health แนะนำการป้องกันการหกล้มซ้ำ O: Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน ติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน D: Diet รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย งดทานอาหารหมักดอง

5.อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศหญิงสูงอายุ ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มและมีกระดูกสะโพกหัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts KC, Brox WT. (2015) ที่พบว่า กระดูกสะโพกหักมักเกิดในสตรีสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เกิดมากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้มร้อยละ 57.9 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรคขึ้นไป กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการปวดสะโพก ขยับขาไม่ได้ เดินลำบาก รายที่ 1 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว รายที่ 2 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 มะเร็งปากมดลูก และตาขวามองไม่เห็น โดยโรคประจำตัวเป็นปัจจัย

หนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้ม กรณีศึกษารายที่ 1 มีผู้ดูแลหลักเป็นลูกสาว กรณีศึกษารายที่ 2 มีผู้ดูแลหลักเป็นลูกสาว และลูกชาย แพทย์วินิจฉัย Closed fracture right femoral neck ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยทำ Skin traction ถ่วงน้ำหนัก 3 กิโลกรัม และการรักษาโดยการผ่าตัด Cemenless bipolar hemiarthroplasty right femur ทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมโดยแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ จึงไม่ต้องย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนัก มีการค้นหาผู้ดูแลหลักเพื่อเตรียมความพร้อมให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูร่างกายและการออกกำลังกายโดยการทำกายภาพบำบัด จนสามารถเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการประเมินปัญหาทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุม จึงจะช่วยให้ ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน ในการประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาล ซึ่งพบว่าค่อนข้างครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยทุกด้าน ใช้แนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Orem's Self-care Deficit Theory) และแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และเสริมพลังของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง ทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านอย่างปลอดภัยและได้รับการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านโดยการวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพและมีแผนการติดตามการรักษาต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. นำไปจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก
2. ใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก
3. ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในปฐมนิเทศบุคลากรพยาบาล และนิเทศกำกับกำกับการปฏิบัติการพยาบาล
4. ควรจัดทำสื่อให้ความรู้สำหรับญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักโดยเฉพาะ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Roberts KC, Brox WT. AAOS Clinical Practice Guideline: Management of Hip Fractures in the Elderly. J Am Acad Orthop Surg. 2015; 23(2): 138-40.

2. Aekwirojanasakul J. Prevention of recurrent fractures in elderly patients with a history of hip fracture at Somdet Phra Sangharaja 17 Hospital, Suphanburi. Region 4-5 Med J. 2019; 38: 39-49.
3. Singh S, Charles L, Maceachern CF, Changulani M. Complications of surgical management of hip fracture. Orthop Trauma. 2016;30(2):137-44.
4. Department of Older Persons. Statistics of the elderly. 2024 [cited 2023 Sep 5]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2
5. Information Management Unit, Medical Informatics Group. Statistics of musculoskeletal patients for fiscal years 2021-2023. Khon Kaen Hospital; 2023.
6. Singh S, Charles L, Maceachern CF, Changulani M. Complications of surgical management of hip fracture. Orthop Trauma. 2016; 30(2): 137-44.
7. Meehan AM, Maher AB, Brent L, Copanitsanou P, Cross J, Kimber C, et al. The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. Int J Orthop Trauma Nurs. 2019; 32(1): 3-26.
8. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and application. New York: McGraw-Hill Book Co; 1982.
9. Patsasi P. Nursing process & functional health pattern: Application in clinical practice. 21st ed. Bangkok: Pim Aksorn Limited Partnership; 2019.

10. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
11. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs. 1991;16(3):354-61.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย

อรรวรรณ แซ่ฉั่ว พย.บ.*

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การบาดเจ็บที่สมองถึงแม้ว่าจะมีนโยบายเชิงป้องกันอย่างเข้มงวด แต่ยังมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง

วิธีดำเนินการศึกษา: โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง 2 รายเลือกแบบ เฉพาะเจาะจงในท้องถิ่นอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบประเมิน ปัญหาและความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา: พบว่า สาเหตุการบาดเจ็บสมองมาจากอุบัติเหตุจราจร บังคับส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุ คือ การดื่มสุราและขับขีรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรง จะมีอาการทรุดลงและแสดงอาการของภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงอย่างชัดเจน ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและรักษาด้วยการผ่าตัดด่วนเพื่อเอาก้อนเลือดออก ผู้ป่วยรายแรกได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะรวมวันอยู่รักษา เท่ากับ 6 วัน ผู้ป่วยรายสองได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากพยาธิสภาพรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยรายแรกทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตรวมวันอยู่รักษา เท่ากับ 6 วัน

สรุปและเสนอแนะ: การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมิน รวมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care for Patients with Severe Traumatic Brain Injuries: Two Case Studies

Orawan Saechua B.N.S.*

Abstract

Background and significance of the study: Despite strict preventive policies, the incidence of severe traumatic brain injury continues to rise, posing a major public health challenge that impacts patients, their families, society, and the country.

Objective: To examine the progression of the disease, treatment methods, and treatment outcomes among patients with severe traumatic brain injury

Method: A comparative study was conducted on two patients with severe traumatic brain injury, who were purposively selected from the Emergency Room of Khon Kaen Hospital. Data were collected from inpatient medical records, and a nursing problem and needs assessment form based on Gordon's 11 Functional Health Patterns. The nursing process was employed as the guiding tool for nursing practice.

Results: It was found that the cause of the traumatic brain injury was a traffic accident, with contributing factors including alcohol consumption and riding a motorcycle without a helmet. Patients with severe traumatic brain injury usually deteriorate, showing clear symptoms of increased intracranial pressure. They require intubation and emergency surgery to remove blood clots. The first patient underwent a decompressive craniectomy and was treated for a total of 6 days. The second patient, whose condition was more severe, received palliative care and passed away after 6 days of treatment.

Conclusion and recommendations: To provide nursing care for patients with severe traumatic brain injury requires, nurses need to apply their knowledge and expertise in assessment, closely monitor for abnormal symptoms, and provide prompt, timely assistance to prevent patients from complications.

Keywords: Nursing care, with severe traumatic brain injury

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมองรุนแรง (Severe traumatic injury) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือพบมีพยาธิสภาพในสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นใด โดยมีสาเหตุจากแรงภายนอก ประเมินระดับความรุนแรงจากผลรวมของคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ 3 ถึง 8¹ การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงส่วนใหญ่สาเหตุมาจากการบาดเจ็บจากการจราจร ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุดในโลก เฉลี่ยปีละ 5,000 ราย² ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้บาดเจ็บจากปัญหาการจราจรทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยที่อุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากปัญหาการจราจรทางถนน ปี 2563 - 2565 พบมีการบาดเจ็บจำนวน 77,256; 883,337 และ 926,869 ราย ในจำนวนนี้พบเสียชีวิต 10,121; 13,622 และ 15,012 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการตาย 30.47 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่อัตรา 16 ต่อประชากรแสนคน³ การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุตายที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท การบาดเจ็บที่สมองรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองและมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36⁴ ซึ่งจะเห็นว่าเป็นจำนวนที่สูงมากและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แม้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง จะยังคงเป็นภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ

สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การบาดเจ็บสมองเป็นปัญหาสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ จากข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับการรักษาทั้งหมด ปี 2563-2565⁵ พบจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 3,025; 3,403 และ 3,796 ราย จำนวนเสียชีวิต 207, 241 และ 220 ราย ได้รับการผ่าตัด 223, 257 และ 251 ราย ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง

432, 455 และ 336 รายและเสียชีวิต 164, 171 และ 123 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36.4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะมีอาการอยู่ในภาวะวิกฤตต้องได้รับการประเมินและวินิจฉัยอย่างรวดเร็วถูกต้อง เพื่อช่วยให้รอดชีวิตหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการประสบอุบัติเหตุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการบาดเจ็บทางร่างกายและภาวะบาดเจ็บที่สมอง ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นกับแรงที่มากกระทำและสมองส่วนที่ได้รับผลกระทบ เช่น หากประเมิน Glasgow Coma Score ได้ค่าคะแนนประมาณ 3 ผู้ป่วยมักมีโอกาเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90⁶ โดยที่ร้อยละ 10 จะเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ซึ่งส่วนหนึ่งเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ⁷ การบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงที่พบบ่อยที่สุด ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) คือมีก้อนเลือดที่สะสมอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา กับเนื้อสมอง โดยการรักษาภาวะนี้ มีทั้งการผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่กดทับเนื้อสมองออกและการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะพบมีทุพพลภาพทางร่างกายและจิตใจหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ขาดความสามารถในดำรงชีวิตประจำวันได้ตามลำพัง ต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพการดูแลระยะกลาง วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

การบาดเจ็บสมองมีความยุ่งยากซับซ้อน หลักการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยเฉพาะระดับรุนแรง (Severe head injury: SHI) มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะพร่องออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์สูง ได้แก่ ไข้สูง ชัก ความดันโลหิตต่ำ การแข็งตัวของเลือดเสีย ชีต สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ซึ่งเรียกว่าการบาดเจ็บสมองระยะสอง (Secondary brain injury) การดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินถือเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอยู่ในภาวะวิกฤต ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วนทันทีและถูกต้อง ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหน้าที่หลักในการดูแลรักษาเพื่อ

ช่วยชีวิต ต้องมีการวางแผนรองรับสถานการณ์ ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต เพื่อให้พร้อมในการให้บริการรักษา ตลอดเวลา อีกอย่างหนึ่ง คือ การพัฒนาทักษะความรู้ทางวิชาการ การบริหารงาน การติดต่อประสานงานบริการ บทบาทด้านการประสานความร่วมมืออีกทั้งยังเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ตั้งแต่แรกเริ่ม ณ จุดเกิดเหตุ จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในการประเมินอาการและให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับแพทย์มาใช้ในการวินิจฉัยและการส่งต่อข้อมูลให้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันความสูญเสียและลดความพิการ สามารถประหยังบประมาณของประเทศได้ นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่จำเป็นจะต้องมีความรู้ในเรื่องพยาธิสภาพการดำเนินของโรค แนวทางการรักษา การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการดูแลรักษาที่ดี และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางสมอง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษากรณี (Case study) คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงที่ได้รับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพ ของกอร์ดอน เวซเชเบียนผู้ป่วยใน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทยคู่ อายุ 47 ปี มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อ

วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวมอยู่รักษา 6 วัน

อาการสำคัญ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งด้วยข้อบกพร่องการหายใจ ชนรถ จำเหตุการณ์ไม่ได้ 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

พฤติกรรมสุขภาพ ดื่มสุราทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 แก้ว

การวินิจฉัยโรค 1) Severe Traumatic Brain Injury 2) Blunt Abdominal Injury 3) Laceration Wound at Chin S/P Suture 4) Fracture Rib 5-7th Left
การผ่าตัด Left Craniotomy with Remove Clot

สรุปอาการการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

แรกรับโรงพยาบาลชุมชนเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เวลา 07.45 น. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว On Semi-Rigid collar ใส่ท่อช่วยหายใจ สัญญาณทางระบบประสาท เมื่อแรกรับ E1VTM3, Pupil 3 mm Reaction to light both eyes แขนขาอ่อนแรง Motor power grade 3 สัญญาณชีพ แกรับ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจโดยเครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิต 143/88 มม.ปรอท O₂ sat 100% ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 ml IV drip 100 ml/hr ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น

เมื่อถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น พยาบาลคัดกรองและประเมินผู้ป่วยตามความเร่งด่วนทางการแพทย์ เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ระดับวิกฤต (KESI 1) จึงนำส่งผู้ป่วยเข้ารักษาทันที ใน Resuscitation room ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับตามหลัก Primary survey และ Secondary survey ดังนี้

A (Airway maintenance with restriction of cervical spine motion): ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ No. 7.5 ซิต 22, on Hard collar

B (Breathing and ventilation): Equal and normal breath sound and no subcutaneous emphysema

C (Circulation with hemorrhage control): BP 159/99 มม.ปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที E-Fast 15.15 น. Negative

D (Disability assessment of neurologic status): E1VTM4, Pupil 3mm Reaction to light both eyes, no lateralizing sign

E (Exposure and Environmental Control): Laceration wound at chin S/P suture

HEENT: not Pale

Heart: no murmur

Extremity: no deformities

ทำหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้ 1) เจาะเลือดตามคำสั่งของแพทย์ ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca, Mg, CO₃, Pt, PTT, INR, G/M, Hct stat = 39%, DTX = 90 mg% 2) Consult ศัลยแพทย์อุบัติเหตุ ได้ส่ง Chest X-Ray, Film pelvis AP, CT Whole abdomen, CT Scan brain emergency รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

รับไว้รักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ประเมินแรกรับ E1VTM4, Pupil 3 mm Reaction to light both eyes ใส่เครื่องช่วยหายใจ, Retain NG tube, Retain Foley's catheter ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Epidural hemorrhage at left fronto-parietal, not seen C-spine Fx. CT Whole abdomen พบ No solid organ injury, fracture left rib 5th-7th & 9th, ตรวจ FAST negative ศัลยแพทย์ระบบประสาทพิจารณาการผ่าตัด Left craniotomy to remove clot ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเริ่มผ่าตัดเวลา 20.30 – 21.40 น. (27ตุลาคม2566)

หลังผ่าตัด 1 วัน ประเมินสัญญาณทางระบบประสาท E3VTM5, Pupil 2 mm reaction to light both

eyes สัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 81 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/72 มม.ปรอท O₂sat 95% ผลตรวจ Hct ลดลงจาก 29.9 Vol% เป็น 26 Vol% ได้รับเลือด PRC 1 unit IV drip

หลังผ่าตัด 2 วัน ประเมินสัญญาณทางระบบประสาท E4VTM6 ผลตรวจ Hct ลดลงจาก 26 Vol% เป็น 21 Vol% ได้รับเลือด PRC 1 unit IV drip เจาะ Hct หลังให้เลือดได้ 30 Vol% เริ่มให้อาหารทางสายยาง

หลังผ่าตัด 4 วัน ประเมินสัญญาณทางระบบประสาท E4V5M6, Pupil 3 mm reaction to light both eyes, ถอด radivac drain และสายสวนปัสสาวะ ออกแพทย์พิจารณาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นัดติดตามอาการทางระบบประสาท และ Maxillofacial วันที่ 13 และ 22 พฤศจิกายน 2566

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย สถานภาพ คู่ อายุ 60 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2566 รวมอยู่รักษา 6 วัน

อาการสำคัญ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยมาด้วยอาการเดินถนนโดนรถกระบะพุ่งชน พลุกไม่ตื่น มีเลือดออกหูทั้ง 2 ข้าง 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

พฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราทุกสัปดาห์ ครั้งละ 2-3 แก้ว

การวินิจฉัยโรค 1) Epidural hemorrhage at left occipital 2) Subdural hemorrhage at right region 3) Left base of skull fracture

การผ่าตัด ไม่ได้ผ่าตัด รักษาแบบประคับประคอง (Supportive Treatment)

สรุปอาการและการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เวลา 19.45 น. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว สลบปลุกไม่ตื่นพบเลือดออกหูทั้ง 2 ข้าง มีศีรษะท้ายทอยบวมโน 7 cm ประเมินสัญญาณทางระบบประสาทแรกรับ E2V1M4, Pupil 3 mm reaction to light

both eyes แขนขาทั้งสองข้างเกร็ง Motor power grade 4 แขนขาทั้งสองข้าง สัญญาณชีพ ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/78 มม.ปรอท O₂sat 97% แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1,000 ml + KCL40 mEq IV drip 100 ml/hr ส่งต่อผู้ป่วยมารักษาต่อโรงพยาบาลขอนแก่น

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น เวลา 23.44 น. ประเมินผู้ป่วยตามความเร่งด่วนทางการแพทย์ เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ระดับวิกฤต (KESI 1) จึงนำส่งผู้ป่วยเข้ารักษาทันทีใน Resuscitation Room แรกรับการประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลัก Primary survey และ Secondary survey ดังนี้

A (Airway maintenance with restriction of cervical spine motion): ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ No.7.5 ซิต 21, on Hard Collar

B (Breathing and ventilation): positive secretion both side

C (Circulation with hemorrhage control): BP 103/69 มม.ปรอท, No active external bleeding ชีพจร 86 ครั้ง/นาที E- Fast 00.40 น. Negative

D (Disability assessment of neurologic status): E1VTM1, Pupil Right 5 mm Left 3 mm non reaction to light both eyes

E (Exposure and Environmental Control): Control bleeding from both ears

HEENT: Contusion at scalp, bleeding from both ears

Heart: no murmur

Abdominal: soft

Extremity: no deformities

ทำหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ 1) เจาะเลือดตามคำสั่งของแพทย์ ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca, Mg, CO₃, Pt, PTT, INR, G/M ผล Hct stat = 23 %, DTX = 120 mg% 2) Consult ศัลยแพทย์อุบัติเหตุ ให้ส่ง Film Pelvis AP, EKG12 Lead, Chest X-ray, CT Scan Brain emergency รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยรับไว้รักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ไม่ได้รับการผ่าตัด ศัลยแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท พิจารณาให้การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive Treatment) เนื่องจากผู้ป่วยมีเลือดออกจากภายในสมองมากไปกดที่ก้านสมอง ผู้ป่วยเสียชีวิตใน วันที่ 6 ธันวาคม 2566 เวลา 01.35 น.

การวิเคราะห์เปรียบเทียบ จากการศึกษาข้อมูล อาการ การเจ็บป่วยและการรักษาของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือน และความแตกต่าง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลอาการ การเจ็บป่วยและการรักษาของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. พฤติกรรมสุขภาพ	ผู้ป่วยชาย สถานภาพ คู่ อายุ 47 ปี พฤติกรรมสุขภาพ ประวัติดื่มสุราทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 แก้ว อุบัติเหตุครั้งนี้ผู้ป่วยดื่มสุราขับขีรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย	ผู้ป่วยหญิง สถานภาพ คู่ อายุ 55 ปี พฤติกรรมสุขภาพ ดื่มสุรา ทุกสัปดาห์ ครั้งละ 2-3 แก้ว อุบัติเหตุครั้งนี้ผู้ป่วยเดินถนนถูกรถกระบะชน	วิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา 2 ราย พบว่า เป็นกลุ่มวัยแรงงานเหมือนกัน ทั้งสองรายมีการดื่มสุรา ผู้ป่วยรายแรกใช้ยานพาหนะรถจักรยานยนต์ในการเดินทาง ไม่สวมหมวกนิรภัย ผู้ป่วยราย

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ที่สองดื่มสุราเดินถนนถูกรถ กระบะชน ศีรษะของผู้ป่วย กระแทกพื้นโดยตรงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและถึงตายได้
2. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง	- ที่โรงพยาบาลชุมชน: ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจ On Semi - Rigid collar สัญญาณทางระบบประสาทแรกรับ E1VTM3 Pupil 3 mm reaction to light both eyes แขนขาอ่อนแรง Motor power grade 3 ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิต 143/88 มม.ปรอท O₂sat 100% นำส่งมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น - ที่โรงพยาบาลขอนแก่น มาถึงเวลา 15.10 น. และส่งผู้ป่วยไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ Epidural Hemorrhage at left fronto - parietal Onset to ER 7 ชั่วโมง	- ที่โรงพยาบาลชุมชน: ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว สลบปลุกไม่ตื่น พบเลือดออกหู 2 ข้าง มีศีรษะท้ายทอยบวมโน 7 cm ประเมินสัญญาณทางระบบประสาทแรกรับ E2V1M4 Pupil 3 mm reaction to light both eyes แขนขาทั้งสองข้างเกร็ง Motor power grade 4 สัญญาณชีพ ชีพจร 70 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/78 มม.ปรอท O₂sat 97% แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml IV drip 120 ml/hr DTX 127 mg% Hct 45 % ส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น - ที่โรงพยาบาลขอนแก่น: มาถึงเวลา 23.45 น. ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ SDH, Subarchanoid hemorrhage, Epidural hemorrhage at left occipital Onset to ER 4 ชั่วโมง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการบาดเจ็บทั้ง Primary head injury ที่เกิด Focal brain injury มีเลือดออกบริเวณที่บาดเจ็บ และเกิด Secondary head injury จึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แสดงถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพของสมอง โรงพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะในการติดตาม ประเมินอาการ ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะช่วง 6 ชั่วโมงแรกหลังเกิดการบาดเจ็บที่สมอง และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต เพื่อการวางแผนการพยาบาลร่วมกับแพทย์ ซึ่งการพยากรณ์โรคนั้นขึ้นกับเวลาที่เข้ารับการรักษาและการได้รับการรักษา กับประสาทศัลยแพทย์อย่างทันทั่วถึงที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการมากขึ้น

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3. การรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP)	1. ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Left craniotomy to remove clot เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และให้ยา 20% Mannitol การประเมิน Neuro signs อย่างใกล้ชิด ทุก 1 ชั่วโมง 2. การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย 36 - 37 องศาเซลเซียส 3. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 80 - 200 mg% 4. การให้ออกซิเจนเพียงพอใส่เครื่องช่วยหายใจ รักษาระดับ O_2 sat $\geq 95\%$ 5. การจัด Position ยกศีรษะสูง 30 องศา โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน คอไม่บิด งอ	1. ได้รับการรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง แบบประคับประคอง แผนการดูแลรักษาประกอบด้วย การประเมินอาการสัญญาณทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง การให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ 2. การควบคุมระดับความดันโลหิต 3. การควบคุมอุณหภูมิกาย 4. การควบคุมภาวะกรดในร่างกายให้สมดุล 5. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 6. การจัด Position ยกศีรษะสูง 30 องศา โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน คอไม่บิด งอ	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาที่แตกต่างกันตามพยาธิสภาพของโรค แต่มีวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ การลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วย
4. การปฏิบัติการพยาบาลในระยะวิกฤตในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1. จุดคัดกรองห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วนทางการแพทย์ เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ระดับวิกฤต (KESI 1) และนำส่งผู้ป่วยเข้ารักษาทันทีใน Resuscitation room 2. ที่ Resuscitation room การประเมินสภาพผู้ป่วย ดังนี้ A: ใส่ท่อช่วยหายใจ No.7.5 ซิต 22, on Hard Collar B: Equal and normal breath sound and no subcutaneous emphysema C: BP 159/99 mmHg PR 98 ครั้ง/นาที, E- Fast 15.15 น. ผล Negative	1. จุดคัดกรองห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วนทางการแพทย์ เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ระดับวิกฤต (KESI 1) และนำส่งผู้ป่วยเข้ารักษาทันทีใน Resuscitation room 2. ที่ Resuscitation room การประเมินสภาพผู้ป่วย ดังนี้ A: ใส่ท่อช่วยหายใจ No.7.5 ซิต 21, on Hard collar B: Positive secretion both side C: no active external bleeding BP 103/69 มม.ปรอท PR 86 ครั้ง/นาที Extremity Bleeding E- Fast at 00.40 น. ผล Negative	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (Critical and emerging care nursing) โดยใช้หลักการการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (triage) การตรวจประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น Primary survey และ Secondary survey การพยาบาลเพื่อรักษาภาวะคุกคามชีวิต ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่ให้เข้าสู่ภาวะ Secondary brain injury ซึ่งมีผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	D: E1VTM4 Pupil 3 mm reaction to light both eyes no lateralizing sign E: Laceration wound at chin S/P suture HEENT: not pale Heart: no murmur Extremity: no deformities 3. ทำหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ ณ Resuscitation room ดังนี้ 1) เจาะเลือด CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca, Mg, CO₃, PT, PTT, INR, G/M, Hct stat = 39 %, DTX 90 mg% 2) Consult ศัลยแพทย์อุบัติเหตุ ให้ส่ง Chest X-ray, Film pelvis AP, CT Whole abdomen, CT Scan brain ส่งเข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ 4. การพยาบาล ได้แก่ - การประเมินอาการ Neuro Signs อย่างใกล้ชิด ทุก 1 ชั่วโมง - การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย - การจัด Position ยกศีรษะสูง 30 องศาเซลเซียส โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน คอไม่บิด งอ - ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด Keep 80 - 200 mg% - การให้ออกซิเจนเพียงพอ ใส่เครื่องช่วยหายใจ Keep O₂ sat ≥ 95%	D: E1VTM1 Pupil right 5 mm, left 3 mm non rection to light E: Control bleeding from both ears HEENT: Contusion at scalp, bleeding from both ears Heart: no murmur Abdominal: Soft Extremity: no deformities 3. ทำหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ ณ Resuscitation room ดังนี้ 1) เจาะเลือด CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca, Mg, CO₃, PT, PTT, INR, G/M, Hct stat 23%, DTX 120 mg% 2) ส่ง Chest X-ray, Film Pelvis AP, EKG12 Lead, CT Scan brain emergency ส่งเข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 4. การพยาบาล ได้แก่ - ติดตามผล CT Brain พบ Acute subdual hemorrhage about 1.1 cms in along right frontote in parietal region, Diffuse subarachnoid hemorrhage - การประเมิน Neuro signs ทุก 1 ชั่วโมง - ผู้ป่วยมีไข้ ได้รับการเช็ดตัวลดไข้ - ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย 36 - 37 องศาเซลเซียส - การจัด Position ยกศีรษะสูง 30 องศาเซลเซียส โดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน คอไม่บิด งอ	(Increased Intracranial Pressure: IICP) ใช้ กระบวนการพยาบาล และ การให้การพยาบาลตามหน้าที่หลักด้านคลินิกของพยาบาล (7 Aspect of care) ครอบคลุมกาย จิต สังคม ของผู้ป่วยและญาติ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	- การให้สารน้ำ Acetar 1,000 ml IV drip 120 cc/hr - การให้ข้อมูลอาการและแผนการรักษา กับญาติ ให้อย่างต่อเนื่อง โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	- การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด Keep 80 - 200 mg% - การให้ออกซิเจนเพียงพอใส่เครื่องช่วยหายใจ keep O₂ sat ≥ 95% - การให้สารน้ำ Acetar 1,000 ml IV drip 120 ml/hr - การให้ข้อมูลอาการและแผนการรักษา กับญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ไม่สวมหมวกนิรภัยและดื่มสุราทำให้เกิดการบาดเจ็บและมีเลือดออกในสมอง เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อสมอง โดยผู้ป่วยรายแรกได้รับการผ่าตัด เอาก้อนเลือดที่กดทับเนื้อสมองออกโดยเร่งด่วน หลังผ่าตัดมีภาวะ Hypovolemic ต้องเฝ้าระวังและแก้ไขสู่ภาวะปกติ ไม่เกิดภาวะ Re - bleeding หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ส่วนผู้ป่วยรายที่สองได้รับการรักษาแบบประคับประคองเนื่องจากมีก้อนเลือดใหญ่มากไปกดที่ก้านสมอง ส่วนควบคุมสัญญาณชีพ

พยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง โดยเฉพาะในระยะวิกฤต ตั้งแต่ Primary survey ให้มีความปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต และใช้ความรู้ในการค้นหา เฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Secondary brain injury และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เพื่อเป็นการลดอัตราความพิการและ

การเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการให้การพยาบาลที่มีความครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และวิญญาณซึ่งส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลที่ให้การพยาบาลต่อจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะยาวมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงผลกระทบทางสรีรวิทยาของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยให้ความสำคัญในเรื่องของการสังเกตอาการที่สำคัญ และการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง ผู้ป่วยทั้งสองรายมีเลือดออกในใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Subdural hemorrhage) เหมือนกัน แสดงถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพของการบาดเจ็บซึ่งมีผลต่อการหายแตกต่างกัน แขนและขาข้างตรงข้ามกับเลือดออกจะอ่อนกำลังลง การหายใจไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้เกิดเนื่องจากเลือดออกมีการขยายขึ้นแล้วไม่รู้สึกรู้ส ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ได้รับการรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกในผู้ป่วยรายแรก แต่ผู้ป่วยรายที่สองไม่สามารถ

ผ่าตัดได้เนื่องจากมีก้อนเลือดใหญ่มากไปกดที่ก้านสมองส่วนควบคุมสัญญาณชีพ พยาธิสภาพแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายแรก พยากรณ์โรคไปในทางที่ดีและได้รับการปฏิบัติทางการพยาบาลครบตามกระบวนการพยาบาลทุกระยะของการเจ็บป่วยที่ได้ตามมาตราฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลต้องมีความรู้ สมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง เพื่อจะได้ดูแลและประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. พฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสิ่งสำคัญบทบาทพยาบาลในการส่งเสริม ป้องกัน และลดความรุนแรงการบาดเจ็บเพื่อให้

เอกสารอ้างอิง

1. Phueanpathom N, Srikiwilaiakul T. Clinical practice guidelines for traumatic brain injury. Bangkok: Prosperous Plus Co., Ltd.; 2019.
2. Countries with the most car accidents [Internet]. 2023. [cited 2023]. Available from: <https://www.worldatlas.com/articles/the-countries-with-the-most-car-accidents.html>.
3. Thai Road Safety Center (ThaiRSC). Road accident data center for road safety culture 2021-2022. [cited 2023 Nov 1]. Available from: <http://www.thairsc.com/>.
4. Sopon A, Chumnaborirak P, Promtee P, Yutthakasemsunt S, Phochaisaen O. The Development model of severe traumatic brain injury: case management study. J Nurs Sci Chulalongkorn Univ. 2018; 29(3): 126-138.
5. Khon Kaen Hospital Medical Records Department. Statistics of Head Injury Patients 2020-2022. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2023.

ผู้ป่วยและประชาชนมีสุขภาพดี เมื่อเกิดการบาดเจ็บฉุกเฉิน ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้

2. การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ควรเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนร่วมกันและควรจัดทำเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนในระบบการศึกษา พร้อมทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความรู้ทาง วิชาการทั้งด้านคลินิกและการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้เชื่อมโยงทุกระยะในหน่วยงานและเครือข่าย นำใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพการดูแล เช่น การฟื้นฟูทางไกล ผ่านระบบ Telemedicine หรือ การใช้แอปพลิเคชัน เป็นสื่อการเรียนรู้ เป็นต้น

6. Office of Transport and Traffic Policy and Planning, Safety Planning Bureau. Road Accident Situation Analysis Report of the Ministry of Transport 2019. [Internet]. Bangkok; 2020. [cited 2023 Nov 1]. Available from: https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2563-06/25630601-RoadAccidentAna2565_Final.pdf
7. Norasarn, S. Trauma Nursing. 2nd ed. Bangkok: Idea Instant Printing; 2021.



โรงพยาบาลขอนแก่น KHON KEAN HOSPITAL

54-56 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-009900