

กรณีศึกษา (Case study)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะติดเตียงในชุมชน

Nursing Care for Hypertension Patients with Comorbidity
and Bedridden in the Community

วรรณิ บุญศิริ^{1*}

Wannee Boonsiri^{1*}

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wannee.bsr@gmail.com) โทรศัพท์ 098-8598098

(Received: June 1, 2019; Revised: July 05, 2019; Accepted: August 13, 2019)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ทำให้เกิดการตายและทุพพลภาพที่สำคัญ เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบ เมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดสมองตีบหรือแตก อัมพฤกษ์ อัมพาต จากการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะติดเตียง พบว่าผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามนัด ติดตามเยี่ยมที่บ้าน พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนบนเตียงไม้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ประสาน 1669 นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากมีการติดเชื้อที่แผลกดทับ รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

พยาบาลชุมชนได้รับการประสานร่วมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ก่อนกลับบ้าน โดยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผน และดำเนินการแก้ไข พยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเอง สำหรับญาติและผู้ดูแลจะให้คำแนะนำปรึกษา สอนการทำแผล การดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือในการออกกำลังกาย รวมถึงการติดตามและประเมินผล

คำสำคัญ : ความดันโลหิตสูง, โรคร่วม, ภาวะติดเตียง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

Registered nurse (Professional level), Sa Kaeo Crown Prince Hospital

Abstract

Hypertension or high blood pressure is a serious problem and can lead to cause of death or permanent disability. High blood pressure typically does not cause symptoms. Inappropriate medical treatment is a major risk factor for coronary artery disease which can lead to ischemic heart disease, heart failure, chronic kidney disease, peripheral arterial disease, and stroke or cerebrovascular accident. The study showed that the hypertensive patient with comorbidity and bedridden missed an appointment. Follow-up by a home visit was arranged, and found that the patient was awake, lying in the wooden bed, but cannot move. Consequently medical emergency - 1669 was called to take the patient to the hospital. The patient was admitted to the hospital for the treatment of infected pressure ulcer eight days then was discharged from the hospital.

Community health nursing is collaborated by evaluating problems and needs, planning, and implementation for discharge planning to help the patient and the family feels well prepared when go home. Community health nursing who served as a holistic nursing and emphasis on practiced in all settings with individuals, families and communities for self-care support. Community health nursing promote self-reliance to the patient. However, they advise the family and care givers about wound dressing, caregiving and daily activities, helping patient to do exercise, and evaluation.

Keywords: Hypertension, Comorbidity, Bedridden

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure: DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) พยาธิสรีรวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรก ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ แต่อาจพบความดันเลือดสูงเป็นครั้งคราว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของหลอดเลือดในหัวใจ ไต สมอ และตาอย่างช้าๆ โดยเฉพาะในหลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น Aorta หรือ Coronary artery เป็นต้น เมื่อมีภาวะไขมันสูงร่วมด้วย จะมีไขมันมาเกาะหลอดเลือดทำให้ผนังชั้นในตีบแคบ และเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้เกิดโรคที่พบบ่อยซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยนอนติดเตียงและส่งผลให้เสียชีวิตคือ โรคหลอดเลือดสมอง (จิรัชฌา อุดมชัยสกุล, 2555).

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิด

อาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสีย อันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ผู้ที่ป่วยโรคนี้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บางรายเกิดความพิการ (ณัฐฉิรวรรณ พันธุ์มั่ง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และอาหมินะห์ เจ๊ะปอ, 2561) โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดแล้วนอกจากจะก่อให้เกิดความพิการ ยังอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตได้ ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้เกือบ 6 ล้านคน ความชุกของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีประมาณร้อยละ 9.40 – 32.10 และความเสี่ยงการกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เคยเป็น โดยผู้ที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว 1 ใน 5 คน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ภายในระยะเวลา 3 เดือน ส่วนใหญ่จะพบใน 2 - 3 วันแรกหลังจากมีอาการของสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 3 - 12 เดือน ร้อยละ 16.64 โดยมีอัตราการเกิดร้อยละ 3-10 ใน 1 เดือนแรก ร้อยละ 10 – 20 ใน 3 เดือน ร้อยละ 5 ใน 6 เดือน ร้อยละ 6.1-8 ใน 1 ปี ร้อยละ 14.20 - 18.10 ใน 4 ปี และร้อยละ 25 - 40 ใน 5 ปี และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทุกๆ ปี (จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, วินัส ลิ้นหกุล, และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2561) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำคือ ไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง รวมทั้ง การขาดยาและการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีปัญหาพฤติกรรมตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ จึงเป็นสิ่งสำคัญมากสามารถทำได้โดยลดปัจจัยเสี่ยง

จากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของคลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี พ.ศ.2560 – 2562 พบว่า มีจำนวน 2,106, 2,157 และ 2,210 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2562) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี งานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้ดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า มีผู้ป่วยติดเตียง ในปี พ.ศ.2561 จำนวน 30 คน และปี พ.ศ.2562 จำนวน 27 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมจำนวน 10 คน และ 12 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงสนใจศึกษากรณีศึกษาเชิงลึก เพื่อจัดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนให้กับผู้ดูแล (Care giver) เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและจัดทำรายงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและนอนติดเตียง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลและปัญหาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน โดยเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากรายนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง มีการรักษาไม่สม่ำเสมอ ขาดยาบ่อย ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนมีภาวะโรคอัมพาตและไตวายเรื้อรังระยะ 4 แขนขาข้างขวาอ่อนแรงเคลื่อนไหวเองไม่ได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีแผลกดทับและจำเป็นต้องมีผู้ดูแล
2. ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อการศึกษา รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย นำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
3. ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ศึกษาจากตำราเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะติดเตียงในชุมชน
4. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนไทย อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และพยาบาลวิชาชีพจากกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระแก้ว ร่วมกันวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่อง
5. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา ซึ่งดำเนินการในช่วงเวลา 9 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562
6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน แก้ไขและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

หญิงไทย อายุ 69 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพโสด เดิมมีอาชีพค้าขาย แต่ปัจจุบันไม่มีอาชีพ อาศัยอยู่ในตำบลสระแก้ว

อาการสำคัญ : ปวดขาทั้ง 2 ข้างมาก ขยับไม่ได้ มา 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน:

1 ปีก่อน มีอาการซีดลง ไม่พูด ญาตินำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Encephalopathy, Hemiplegia, Hypertension, Chronic kidney disease stage 4, Hyperlipidemia ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 23 มกราคม 2561) FBS = 83 mg/dl, BUN = 27 mg/dl, eGFR = 29 ml/min/1.73m², Creatinine = 1.31 mg/dl, Triglycerides = 111 mg/dl, LDL- Cholesterol = 225 mg/dl, HDL- Cholesterol = 64 mg/dl พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและหยุดยาความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 4 แพทย์จึงหยุดให้ยา Enaril (5 มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า มียาที่ต้องรับประทานต่อเนื่องคือ ASA 81 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Simvastatin 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน แขนขาขวาอ่อนแรง แต่ยังสามารถเดินได้เอง แนะนำรับยาต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

1 เดือนก่อน ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 21 ธันวาคม 2561) ปรากฏผล ดังนี้ FBS = 87 mg/dl, BUN = 22 mg/dl, eGFR = 53.7 ml/min/1.73m², Creatinine = 1.06 mg/dl, Triglycerides = 81 mg/dl, LDL- Cholesterol = 179 mg/dl, HDL- Cholesterol = 59 mg/dl แพทย์ให้ยาเดิม นัด 3 เดือน

2 สัปดาห์ก่อน ญาติให้ประวัติว่า ผู้ป่วยตกจากที่นอน สูงประมาณ 20 เซนติเมตร แล้วผู้ป่วยลุกไม่ได้ จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ตรวจร่างกายทุกระบบ พบว่าปกติ และอนุญาตให้กลับบ้านได้

วันที่ 9 มกราคม 2562 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยปวดขาทั้ง 2 ข้างมาก เวลาขยับจะร้องปวด พลิกตะแคงตัวพบแผลกดทับบริเวณเหนือก้นกบ ขนาดประมาณ 8×10 เซนติเมตร ขอบแผลดำ ปริกาษาแพทย์และประสาน 1669 นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล แพทย์ส่งเอกซเรย์ขา 2 ข้าง ไม่พบการหักของกระดูก รับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อรักษาการติดเชื้อของแผลกดทับ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:

ปี พ.ศ. 2544 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาได้ไม่ถึงปี หยุดรับประทานยาเอง 3 ปี ในปีพ.ศ. 2547 กลับมาพบแพทย์ วัดความดันโลหิต 171/100 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เริ่มให้ยาลดความดันโลหิตต่อ หลังจากนั้นมารับยาแต่ไม่สม่ำเสมอ โดยส่วนใหญ่ให้ญาติมารับยาแทน พร้อมบันทึกระดับความดันโลหิตซึ่งวัดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน

ประมาณ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2557) แพทย์วินิจฉัยเป็นไขมันในเลือดสูง และเริ่มให้ยา simvastatin (10 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ก่อนนอน

ประวัติครอบครัว: บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคชรา มีพี่น้องทั้งหมด 7 คน เสียชีวิต 5 คน จากอุบัติเหตุ 3 คน มะเร็งตับ 2 คน ที่มีชีวิตอยู่ 2 คน คือ ตัวผู้ป่วยกับน้องสาว และมีน้องชายบุญธรรม 1 คน

ประวัติส่วนตัว: ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 5 ไม่ได้แต่งงาน แต่ขอเด็กชายมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม ตั้งแต่แรกเกิด ปัจจุบันอายุได้ 26 ปี ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในเวลากลางคืน

ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ

การรับประทานอาหาร: รับประทานอาหาร 3 มื้อทุกวัน ตอนปกติชอบปรุงอาหารรับประทานเอง ชอบอาหารรสจัด น้ำพริกปลาร้า เป็นต้น ปัจจุบันบุตรบุญธรรมจะซื้ออาหารมาให้ทานทั้ง 3 มื้อ โดยผู้ป่วยรับประทานอาหารใช้มือข้างซ้าย ก็มีเศษอาหารตกหล่นบนที่นอน และพื้นบ้านทุกครั้งเมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การขบเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด เนื่องจากผู้ป่วยมีฟันเหลืออยู่ 5 ซี่

การออกกำลังกาย: ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหว ขา 2 ข้างและแขนขวา โดยบอกว่าเจ็บปวดมากเวลาขยับ เมื่อมีเจ้าหน้าที่ไปช่วยขยับ ก็จะถูกต่อว่าด้วยถ้อยคำที่หยาบคาย เมื่อให้ลองขยับขาซ้ายเองก็ขยับได้จะมีบ่นว่าปวดแต่ก็พยายามทำ แขนและขาข้างซ้ายขยับไม่ได้เลยต้องมีคนช่วย ส่วนมือและแขนข้างซ้ายหยิบจับสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ

การควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด: ปกติเป็นคนร่าเริง ใจดี แต่เมื่อช่วยเหลือตนเองได้ลดลงและนอนติดเตียง เริ่มมีอาการซึมเศร้า โศกเศร้าง่าย แต่หายได้เร็ว เนื่องจากอาการปวดขา 2 ข้าง ในระยะแรกจะขอयरับประทานเพื่อบรรเทาอาการปวดเป็นประจำ ขณะนี้ใช้เป็นครีมทาแก้ปวด มี

อาการหงุดหงิดและขี้บ่นบ้างในช่วงแรกๆ เพราะจะหิบบ้างอะไรไม่ค่อยสะดวก บุตรบุญธรรมที่ดูแลจะจัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ไว้ที่ชั้นวางของข้างเตียงผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบใช้งาน จากการประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST – 5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็น การสอบถามอาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ พบว่า ประเมินได้ 3 คะแนน แปลผลได้ว่า มีความเครียดน้อย

การดูแลตนเอง: ผู้ป่วยการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยดรับประทานยาเอง ไม่ไปรับการตรวจรักษาตามนัด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

การตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ (Vital signs): ความดันโลหิต 113/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส

น้ำหนัก 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร รอบเอว 110 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 40 (อยู่ในภาวะอ้วน) นอนบนเตียงที่ปรับศีรษะสูงได้ (Fowler bed) ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวด้วยตัวเองได้ รับประทานอาหารได้เองด้วยมือข้างซ้ายแต่ไม่ค่อยถนัด ผลการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้ Bathel Index (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2548) เท่ากับ 5 คะแนน แสดงว่าอยู่ในภาวะพึ่งพาตนเอง

ผิวหนัง: แห้ง คัน มีบวมแดงสันเท้าซ้ายไม่ร้อน เนื้อเยื่ออ่อนมีแผลกดทับแผลแดงดี ขอบแผลเรียบ ขนาดแผล 4x4 เซนติเมตร

ศีรษะ: ไม่ผิดปกติ ใบหน้ารูปร่างปกติ สีหน้าไม่สดชื่น

ตา: มองเห็นปกติดี เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่พบต่อกระจก

หู: การได้ยินชัดเจน ใบหูไม่ผิดปกติ ไม่มีแผล

จมูก: ได้รูป ไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งหรือเลือดกำเดาไหล กัดไม่เจ็บ

ปาก: ไม่ซีด ริมฝีปากไม่แห้ง ช่องปากมีฟัน 5 ซี่ ข้างบน 2 ซี่ ข้างล่าง 3 ซี่ ไม่มีแผลไม่มีอาการอักเสบ

คอ: ปกติ ไม่มีก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ทรวงอก: การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เสียงการเต้นของหัวใจปกติ

ระบบการไหลเวียนโลหิต: มือขาบวม และตั้งแต่เข่าถึงเท้าทั้ง 2 ข้างบวม กดไม่บวม

ระบบทางเดินอาหาร: ถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง ท้องอ่อนนุ่ม Bowel sound ปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ: ใส่คาสายสวนปัสสาวะ สีของปัสสาวะเหลืองไม่เข้ม ไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน

แขนและขา: ข้างขวาเคลื่อนไหวเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยเวลาจับ จะบ่นว่าเจ็บ ประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนขาขวาอยู่ระดับ 1 คือ มีการเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขา แต่เคลื่อนไหวแขนขาไม่ได้ ขาซ้ายอยู่ระดับ 2 คือ เคลื่อนไหวขาได้บนพื้นราบ แต่ไม่สามารถยกสูงขึ้นจากพื้นได้ แขนซ้ายปกติ ระดับ 5 สามารถต้านแรงที่ใช้กดแขนได้เต็มที่

สรุปการวินิจฉัยโรค: แผลกดทับระดับ 3 ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ระยะ 3 และไขมันในเลือดสูง (Pressure ulcer stage 3 , Hypertension, Chronic kidney disease stage 3, Hyperlipidemia)

3. แนะนำการควบคุมอาหารซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพราะจะช่วยให้ชะลอการเสื่อมของไต ลดภาระการทำงานของไตในการขับถ่ายของเสีย ทำให้ไตส่วนที่เหลืออยู่ไม่ต้องทำงานหนักสารอาหารที่มีผลต่อไต โซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส และโปรตีน ตัวอย่างอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม แอม เบคอน ไส้กรอก อาหารดอง ขนมขบเคี้ยว เนยแข็ง ขนมปัง อาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ผลไม้แห้งทุกชนิด ทูเรียน มะขามแคนตาลูป น้ำลูกโยม มะเขือเทศ ผักใบเขียว หัวผักกาด ถั่วลิสง อัลมอนต์ อะโวคาโด ขนุน อาหารที่มีฟอสฟอรัส ได้แก่ รำข้าว เนยแข็ง นมและผลิตภัณฑ์จากนม นมข้นหวาน ไข่ปลา ไข่แดง กุ้ง ปู ผลิตภัณฑ์ที่ใส่ผงฟู ถั่วมะลัดแห้ง น้ำอัดลมสีดำ โปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง (เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ หนังหมูหนังเป็ดและไก่ เนื้อหมูและเนื้อวัวติดมัน ซีโรงหมูที่ติดมันมาก หมูหัน เป็ดปักกิ่ง หมูสามชั้น หมูกรอบ เป็ดย่าง ห่านพะโล้ ไข่ปลา ไข่กุ้ง) ควรจำกัดอาหารโปรตีน 0.6 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน ใน Chronic kidney disease stage 3, 4 เพื่อลดการทำงานของไต

4. แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ห้ามซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเองโดยเด็ดขาด ควรหลีกเลี่ยงสมุนไพร (ทั้งในรูปแบบแคปซูล ยาน้ำ ชาชง) ยาแผนโบราณ ยาจีนต่างๆ เนื่องจากทำให้ค่าโพแทสเซียมในเลือดสูง

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือเบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเหลืองจาง ออกวันละประมาณ 1,200-1,500 มิลลิลิตร ครบนัดเจาะเลือดครั้งต่อไป เดือน มิถุนายน 2562

2. มีแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวตนเองได้ลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

มีแผลกดทับเนื้อก้นกบ มีสูญเสียผิวหนังถึงชั้นหนังแท้ เนื้อแผลสีแดง ขนาด 4×4 เซนติเมตร

ผู้ป่วยนอนติดเตียง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน

ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส

แผลกดทับแห้ง ไม่เป็นหนอง ไม่มีเนื่อตาย ไม่มีกลิ่นเหม็น

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ
2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ควรพลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการกดทับและช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดได้ดีขึ้น ลดการลุกลามของแผลกดทับและบันทึกลักษณะผิวหนัง
3. ใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกด เช่น ที่นอนลม
4. การทำแผลให้ถูกวิธีเพื่อส่งเสริมการหายของแผล โดยใช้สำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดแผลอย่างเบามือโดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกข้างนอกแผล
5. แนะนำการดูแลเรื่องอาหารเพื่อช่วยส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น
6. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยย่นของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย
7. ห้ามนวดหรือประคบด้วยความร้อนบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดง เพราะการนวดหรือการประคบด้วยความร้อนจะเพิ่มการอักเสบของผิวหนังส่วนนั้น เสี่ยงต่อการฉีกขาดของผิวหนัง
8. ทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่ายด้วยสำลีชุบน้ำเปล่าโดยไม่ขัดถู และซับให้แห้ง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

การประเมินผล

แผลกดทับแดงดี ไม่มีหนอง ขนาดแผลเล็กลงจากเดิม เป็น 4×4 เซนติเมตร อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ไม่พบแผลกดทับเพิ่มขึ้นบริเวณตำแหน่งการเกิดแผลกดทับได้ง่าย เช่น ข้อศอก สันเท้า กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง เป็นต้น

3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 9 วัน

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส

ปัสสาวะใส ไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน ไม่เป็นเลือด กลิ่นไม่ฉุน

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด คือ ตั้งแต่ข้อต่อสายสวนปัสสาวะและสายต่อกับถุงรองรับปัสสาวะ ต้องให้ปิดอยู่ตลอดเวลา ระวังไม่ให้ข้อต่อหลุด หรือเปิดออก ทั้งนี้เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะ หากข้อต่อหลุด ให้ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดปลายข้อต่อที่สายสวนปัสสาวะและที่ปลายสายข้อต่อกับถุงรองรับปัสสาวะ แล้วจึงต่อสายสวนปัสสาวะเข้ากับถุงรองรับน้ำปัสสาวะไว้เหมือนเดิม
2. การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะที่คาอยู่ โดยใช้ น้ำสะอาด ล้างสายสวนปัสสาวะ หลังจากนั้นฟอกสายสวนปัสสาวะด้วยสบู่ แล้วจึงล้างออกด้วยน้ำสะอาดอีกครั้งให้สะอาดพร้อมขับสายสวนปัสสาวะและผิวหนังที่เปียกน้ำให้แห้ง เพื่อลดจำนวนเชื้อโรค
3. การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะ ควรเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะเมื่อพบว่า มีน้ำปัสสาวะประมาณ $\frac{3}{4}$ ของถุงรองรับปัสสาวะ หรือทุก 6-8 ชั่วโมง การเทปัสสาวะออกต้องไม่สัมผัสบริเวณปลายรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะ และใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดบริเวณรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะก่อนและหลังเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง แล้วจึงปิดรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะให้แน่น ทั้งนี้ ในช่วงเวลาก่อนนอนตอนกลางคืน ควรเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะให้หมดก่อน จะได้ไม่ต้องกังวลว่าปัสสาวะจะเต็มถุง นอกจากนี้ที่สำคัญอีกประการคือ การจัดท่านอนเพื่อระมัดระวังการนอนทับสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันการกดทับสายสวนปัสสาวะจนเกิดการคั่งค้างปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ ที่จะเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
4. การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและผิวหนังรอบๆ ที่สอดสายสวนปัสสาวะ ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนนอน และทุกครั้งหลังการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อช่วยลดจำนวนเชื้อโรค และยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายหลังจากการขับถ่าย
5. เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 2 สัปดาห์
6. ควรเปลี่ยนถุงปัสสาวะ เมื่อพบว่า ถุงปัสสาวะ รั่ว หรือขาด (สังเกตได้จากมีน้ำปัสสาวะรั่วซึมถุงเปียกตลอดเวลา) และโดยทั่วไปควรต้องเปลี่ยนถุงปัสสาวะทุก 1 เดือน หรือเปลี่ยนถุงปัสสาวะเร็วกว่านี้ เมื่อเห็นว่า สกปรก หรือมีตะกอนจับในถุงปัสสาวะ หรือถุงปัสสาวะมีกลิ่นแรง
7. หลีกเลี่ยงการยกถุงรองรับปัสสาวะไว้สูงเหนือระดับเอว

8. สังเกตอาการจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่นมีตะกอน กลิ่นฉุนมากผิดปกติ ควรรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที

การประเมินผล

อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ไม่พบอาการจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

4. มีภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง และความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

แขนขาข้างขวาไม่สามารถเคลื่อนไหวได้

ตรวจร่างกายพบระบบกล้ามเนื้อแขนขาขวายู่ระดับ 1 คือ มีการเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขา แต่เคลื่อนไหวแขนขาไม่ได้ ขาซ้ายอยู่ระดับ 2 คือ เคลื่อนไหวขาได้บนพื้นราบแต่ไม่สามารถยกสูงขึ้นจากพื้นได้

ไม่มีญาติดูแลในเวลากลางวัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนข้อติด และกล้ามเนื้อลีบ

เกณฑ์การประเมิน

ประเมินกำลังกล้ามเนื้อแบบง่าย มีระดับที่ดีขึ้น จากระดับ 1 เป็นระดับ 2

ไม่พบภาวะข้อติด

มีผู้ดูแลและสามารถช่วยผู้ป่วยออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อแบบง่าย 6 ระดับ (แสงหล้า พลนอก, 2552). โดยผู้ตรวจจะให้ยกแขน ยกขา กำมือ งอแขน จัดข้อ หลักการคือ ผู้ป่วยออกแรงและผู้ตรวจจะออกแรงต้าน และแปลผลตามเกณฑ์ ต่อไปนี้

ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อเลย

ระดับ 1 หมายถึง มีการหดตัวของกล้ามเนื้อเกิดขึ้นพอเห็นได้

ระดับ 2 หมายถึง เคลื่อนไหวตามแนวราบได้ เมื่อไม่มีความโน้มถ่วงต้านไว้

ระดับ 3 หมายถึง ต้านความโน้มถ่วงได้แต่ต้านแรงทานไม่ได้

ระดับ 4 หมายถึง ออกแรงต้านทานได้แต่น้อยกว่าปกติ

ระดับ 5 หมายถึง เคลื่อนไหวและต้านแรงได้ตามปกติ

2. การสร้างเสริมพลัง(Empowerment) ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพของตนเอง

3. สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย การเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตัวผู้ป่วยเอง เพื่อการฟื้นฟูสภาพทางกายเบื้องต้นด้วยตนเอง นอนหงาย ประสานมือข้างที่ติดกับข้างที่อ่อนแรง โดยให้นิ้วหัวแม่มือของข้างที่อ่อนแรงอยู่บนข้างที่ดี ยกแขนขึ้นและลง ทำประมาณ 5-10 ครั้ง

4. สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล เพื่อสามารถช่วยผู้ป่วยออกกำลังกายแบบผู้อื่นทำได้ (ดารณี สุวพันธ์ และยิ่งสุมาลย์ อาจงค์, 2559). ดังนี้

4.1 การจัดท่านอน

4.1.1 ท่านอนหงาย โดยไขเตียงแบนราบ ศีรษะนอนบนหมอนไม่สูง ไหล่ 2 ข้างอยู่ในระดับเดียวกันแขนที่อ่อนแรง วางบนหมอนและห่างจากลำตัวพอประมาณ ข้อศอกเหยียดตรง ข้อมือตรงคว่ำมือหรือหงายมือก็ได้ นิ้วมือเหยียดออก ขาข้างที่อ่อนแรงจัดให้ข้อสะโพกเหยียดตรงและอยู่บนหมอนเพื่อไม่ให้เท้าแบะออก

4.1.2 ท่านอนตะแคงทับข้างดี โดยไขเตียงแบนราบ ศีรษะอยู่ในแนวเดียวกับลำตัว ลำตัวโน้มไปด้านหน้าเล็กน้อย จัดวางไหล่ข้างที่อ่อนแรงให้โน้มไปด้านหน้าเล็กน้อย แขนข้างที่อ่อนแรง ให้นำหมอนรองตั้งแต่ต้นจนถึงปลายแขน ข้อศอกเหยียด มือคว่ำบนหมอน ข้อมือตรง นิ้วมือเหยียดออก และขาข้างที่อ่อนแรง ให้นำหมอนมารองตั้งแต่สะโพกจนถึงปลายเท้า สะโพกและเข่างอเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ ส่วนแขนข้างที่จัดให้อยู่ในท่าสบายสำหรับผู้ป่วย และขาข้างที่ดี จัดให้สะโพกและเข่าเหยียดออก

4.1.3 ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง โดยไขเตียงแบนราบ ลำตัวเอียงไปด้านหลังเล็กน้อย มีหมอนรองที่หลัง แขนข้างที่อ่อนแรง จัดให้ไหล่ขึ้นไปด้านหน้า ข้อศอกเหยียดออก หงายมือ ขาข้างที่อ่อนแรงจัดให้สะโพกเหยียดออก เข่างอเล็กน้อย ส่วนแขนข้างที่ดีให้วางบนลำตัวหรือบนหมอนและขาข้างที่ดี จัดวางบนหมอน เข่าและสะโพกงอ

4.2 การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ ซึ่งมีข้อควรปฏิบัติในการทำเคลื่อนไหว ข้อคือ ควรทำช้าๆ ทำการเคลื่อนไหวให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติ ทำในแต่ละท่าช้าๆ ท่าละ 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ หรือในขณะที่ผู้ป่วยมีไข้ และขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวด หรือพบปัญหาอย่างอื่นตามมาควรหยุดและปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด โดยมีท่าการบริหาร ดังนี้

4.2.1 การบริหารส่วนแขน โดยไขเตียงแบนราบ ศีรษะนอนบนหมอน โดยมี 7 ท่า คือ 1) การยกแขนขึ้นและลง ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกผู้ป่วยยกแขนผู้ป่วยขึ้นจนถึงเหนือศีรษะแล้วค่อยๆ ยกแขนผู้ป่วยลง 2) การกางแขนออกและหุบแขนเข้า ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอก กางแขนผู้ป่วยออกจนถึงเหนือศีรษะแล้วค่อยๆ หุบแขนผู้ป่วยเข้า 3) การหมุนข้อไหล่เข้าและออก จับมือและข้อศอกผู้ป่วยให้แขนกาง 90 องศา หมุนแขนผู้ป่วยขึ้นทางศีรษะวางราบกับพื้นนอนแล้วหมุนแขนผู้ป่วยลงไปทางปลายเท้า 4) การงอข้อศอกเข้าและเหยียดออก จับข้อมือและข้อศอก งอแขนผู้ป่วยเข้าหาลำตัวและเหยียดแขนออกจากลำตัว 5) การกระดกข้อมือขึ้นและลง จับข้อมือและนิ้วมือทั้งสองของผู้ป่วยกระดกข้อมือขึ้น (หงายฝ่ามือ) กระดกข้อมือลง (คว่ำฝ่ามือ) 6) การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก จับนิ้วหัวแม่มือและนิ้วมือทั้งสอง กำนิ้วมือทั้งสองและเหยียดนิ้วมือทั้งสองออก และ 7) การกระดกนิ้วหัวแม่มือขึ้นและลง จับนิ้วหัวแม่มือขึ้นและลง

4.2.2 การบริหารส่วนขา ผู้ป่วยนอนราบ การงอขาเข้าและเหยียดออกของข้อสะโพกและข้อเข่า จับที่ข้อเท้าและข้อเข่า มี 5 ท่า คือ 1) ยกขาผู้ป่วยขึ้นงอให้มากที่สุดแล้วค่อยๆเหยียดขาออก การหมุนข้อสะโพกเข้าและหมุนข้อสะโพกออก 2) จับข้อเท้าและข้อเข่าผู้ป่วยหมุนปลายเท้าให้ออกด้านนอกลำตัว แล้วหมุนปลายเท้าให้เข้าด้านในลำตัว 3) การกางขาออกและหุบขาเข้าของข้อสะโพก โดยจับข้อเท้าและข้อเข่าผู้ป่วยกางขาออกข้างลำตัวแล้วหุบขาเข้า 4) การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง โดยจับเหนือข้อเท้าและส้นเท้าผู้ป่วยกระดกข้อเท้าขึ้น มือที่จับเหนือข้อเท้าเปลี่ยนมาจับหลังเท้ากระดกข้อเท้าลง และ 5) การหมุนปลายเท้าเข้าและออก จับเหนือข้อเท้าและจับฝ่าเท้าปลายนิ้วแล้วบิดปลายเท้าเข้าและออก

การประเมินผล

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อไหล ได้ด้วยตัวเอง

ผู้ดูแลสามารถช่วยผู้ป่วยออกกำลังกายได้ตามวิธีอย่างถูกต้อง

5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากนอนติดเตียงเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยนอนรับประทานอาหารบนเตียงนอน

การขบเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด มีฟันเหลืออยู่ 5 ซี่

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมิน

ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส

ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ คือ ไอ มีเสมหะ ฟังเสียงปอดไม่พบเสียง

กรอบแกรบ (Crepitation)

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

2. แนะนำญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยรับประทานอาหาร ให้ปรับหัวเตียงสูง 30-90 องศา ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร และควรให้ผู้ป่วยนั่งในท่าเดิมเพื่อให้อาหารย่อย ประมาณ 1-2 ชั่วโมง จึงปรับหัวเตียงลง

3. ทำความสะอาดปากและฟัน ด้วยการล้างหรือบ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร

4. แนะนำผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการขบเคี้ยวอาหาร ควรให้อาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารอ่อนย่อยง่าย เป็นต้น

5. แนะนำผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเร็ว เมื่อมีอาการดังกล่าวควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทันที

การประเมินผล

อุณหภูมิกายปกติ 36.8 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการไอ มีเสมหะ ฟังปอดเสียงปกติ รับประทานอาหารได้ ไม่มีการสำลักอาหาร

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 69 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง 18 ปี ไชมันในเลือดสูง 5 ปี รับไว้ในการดูแลเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2562 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคแผลกดทับระดับ 3 ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ระยะ 3 และ ไชมันในเลือดสูง (Pressure ulcer stage 3, Hypertension, Chronic kidney disease stage 3, and Hyperlipidemia) การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน : ASA 81 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Simvastatin 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน การตรวจร่างกายพบว่า ขา 2 ข้าง ตั้งแต่เข่าถึงปลายเท้าวม กดไม่บุ๋ม ปวดมาก ขยับแล้วจะร้องปวด ตะแคงตัวผู้ป่วยพบแผลกดทับบริเวณเหนือก้นกบ ขนาดประมาณ 8x10 เซนติเมตร ขอบแผลดำ ประสาน 1669 นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล แพทย์ส่งเอกซเรย์ขา 2 ข้าง ไม่พบการหักของกระดูก แพทย์รับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรักษาการติดเชื้อของแผลกดทับ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ได้มีการเตรียมตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหาทางการแพทย์การพยาบาล แรกรับไว้ในการดูแลเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2562 พบแผลกดทับขนาด 8x8 เซนติเมตร แผลแดงไม่มีหนองหรือเนื้อมีตาย ใส่คาสายสวนปัสสาวะ แขนขาขวาเคลื่อนไหวเองไม่ได้ หลังจากดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติและผู้ดูแล 2 เดือน ขนาดแผลกดทับ 4x4 เซนติเมตร ขนาดแผลเล็กลง แดงดี ไม่พบแผลกดทับเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถใช้มือซ้ายยกมือขวาบริหารแขนขาขึ้นลงได้ ขยับนิ้วมือขวาได้แต่ยังอ่อนแรง ยังต้องติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความก้าวหน้าของระยะไตเรื้อรัง การทำความสะอาดแผลกดทับ และช่วยผู้ป่วยบริหารแขนขาที่อ่อนแรง

จากกรณีศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มาตรวจรักษาตามนัด มีภาวะโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ทำให้อยู่ในภาวะติดเตียง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลและได้รับการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมญาติ/ผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ ค้นคว้า ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้การดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลให้มีความเข้าใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้
2. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย
3. มีระบบการติดตามในกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมายการตรวจรักษา เพื่อมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค

เอกสารอ้างอิง

- จิรัชณา อุดมชัยสกุล. (2555). *คู่มือร้านยา เล่ม 1: ความรู้เรื่องยาเบื้องต้นและแนวทางการซักถามอาการ เพื่อให้การรักษาเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศิษฏิกกร.
- จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, วินัส ลิฬหกุล, และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมป้องกันการเกิดซ้ำ สำหรับโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดนครปฐม. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 17(1), 5-18.
- ณัฐจิรธรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, และอำมรินทร์ เจปะปอ. (2561). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13251&gid=16>.
- ดารณี สุวพันธ์, และยิ่งสุมาลย์ อาจงค์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเกิดอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: ศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562*. เชียงใหม่: ทรिकิ่งค์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2562). *อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ. คลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2560-2562*. สืบค้นจาก https://skw.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=6d0c58de6b948dd0eac3c736c7584b59
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2560*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2548). การประเมินผู้สูงอายุ. ใน วันดี โภคะกุล (บ.ก.), *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา* (น. 71-91). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- แสงหล้า พลนอก. (2552). *การประเมินระบบกระดูก กล้ามเนื้อ*. พิษณุโลก: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.