กรณีศึกษา (Case study)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน

Nursing Care for Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Community

สุรีรัตน์ ปิงสุทธิวงศ์[1*]

Sureerat Pingsuttiwong[1*]

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rain_sur@hotmail.com) โทรศัพท์ 089-7827386

(Received: October 17, 2019; Revised: November 27, 2019; Accepted: December 3, 2019)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยเฉพาะภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่สำคัญและเป็นอันตราย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2562 จากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้งในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พยาบาลต้องประเมินและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, การพยาบาล, ภาวะแทรกซ้อน

[1] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

Registered nurse (Professional level), Samutprakarn hospital

Abstract

Diabetes is a chronic non-communicable disease that is a significant world health problem. Acute and chronic complications occur when diabetes isn't managed properly. Hypoglycemia is a frequent adverse complication. The impact of hypoglycemia is both on patient quality-of-life and associated costs to the healthcare system and society. The case study from July – August 2019 is presented a patient with uncontrolled diabetes and hypoglycemia**.** The study used outpatient and inpatient department records, interview and observation. The results showed that the patient and family lacked knowledge in monitoring complications and self-management. The patient had an inappropriate diet and exercise. Nurses should evaluate and do a discharge plan with the health care team. Moreover, a home visit is important to assess the knowledge and behavior of patient. Health education and skills training are needed for the patient and caregiver. The motivation, empowerment and social support are resources which can help patient and family manage themselves to prevent complications and increase the quality of life.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Hypoglycemia, Nursing care, Complication

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.90 ในปี พ.ศ. 2552 (คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 3.20 ล้านคน) เป็นร้อยละ 8.90 ในปี พ.ศ. 2557 (คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 4.80 ล้านคน) ซึ่งคาดว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะสูงขึ้นถึง 5.30 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583 (วิชัย เอกพลากร, 2557) จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักทะเบียนกระทรวงมหาดไทยที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2558 พบว่า อัตราตายในช่วงอายุ 30-69 ปี ด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 13.20 ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 17.80 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุมาจากภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องของตับอ่อนในการสร้างอินซูลินที่เหมาะสม (Relative insulin deficiency) (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันเป็นระยะ

เวลานาน ส่งผลให้มีการทำลาย เสื่อมสภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2558) จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของโรคเบาหวานต่อผู้ป่วยรายหนึ่งมีมูลค่า 28,200 บาท ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งมูลค่าเทียบเท่า 32,488 บาท ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งร้อยละ 49 ของค่าใช้จ่ายตรงในการรักษาโรคเบาหวาน เกิดจากค่ารักษาในโรงพยาบาล หรือเกิดจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ค่ารักษาจากยา คิดเป็นร้อยละ 14 เท่านั้น (Chatterjee et al., 2011)

จากข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2559-2561 ของโรงพยาบาลสมุทรปราการพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 13,524, 16,163, และ 16,355 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 14.53, 26.87, และ 28.64 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมุทรปราการ, 2561) ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 40 ส่งผลให้อัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 5.52, 2.03, และ 2.69 ตามลำดับ แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงแต่ก็ยังคงสูงกว่าเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 2 (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ, 2562)

ผู้ศึกษามีความตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงศึกษากรณีศึกษาโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self–management support) ด้วยเทคนิค 5 A (Glasgow et al., 2002) ได้แก่ Assess คือ การประเมินเป็นการประเมินความเชื่อ พฤติกรรมและความรู้ Advise คือ การแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็นกับสุขภาพและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นโทษ Agree คือ การตั้งเป้าหมายร่วมกันโดยยึดความสนใจและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยเป็นหลักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Assist คือ การพิจารณาปัญหาอุปสรรค กลวิธี เทคนิคการแก้ปัญหา การสนับสนุนทางสังคมเป็นรายบุคคล และ Arrange คือ การกำหนดแผนในการติดตามผลที่ชัดเจน ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย กรณีศึกษานี้ จะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และผู้สนใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วิธีดำเนินการศึกษา

เลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 1 ราย จากนั้นทำการแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประเมินสภาพผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย 1 ครั้ง

เยี่ยมที่บ้าน 3 ครั้ง รวม 4 ครั้ง ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม - 23 สิงหาคม พ.ศ. 2562 รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ทั้งสิ้น 44 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล 3) แบบบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ และการสังเกตผู้ป่วยและญาติ

ดำเนินการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ตลอดจนปรึกษาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง พยาบาลหน่วยไตเทียม นักโภชนาการ ให้การพยาบาลด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self– management support) ด้วยเทคนิค 5A (Glasgow et al., 2002) ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รายละเอียด ดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพ (Assess) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้สึกต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด รวมถึงการตรวจร่างกาย และผลลัพธ์ทางคลินิกจากการรักษาที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล

2. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล โดยให้การดูแลช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) แบบญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ให้คำแนะนำ (Advise) แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ โรคเบาหวาน แนวทางการรักษา และพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ โดยมีการตั้งเป้าหมาย (Agree) ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล นำมาวางแผนและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

3. การติดตามประเมินผล โดยมีการกำหนดแผนการติดตามเยี่ยมที่บ้าน (Arrange) เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะให้คำชมเชย เพื่อเสริมแรงให้พฤติกรรมที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน ถ้าหากไม่เป็นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะร่วมกับผู้ป่วยและญาติพิจารณาหาปัญหาอุปสรรค ตลอดจนการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการจัดการตนเอง

ผลการศึกษา

การศึกษาในกรณีศึกษาครั้งนี้ ขอนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล และการติดตามประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

หญิงไทย อายุ 58 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ ค้าขาย

รับไว้ในความดูแล: วันที่ 10 กรกฎาคม – 23 สิงหาคม พ.ศ. 2652 รวมเวลา 44 วัน

อาการสำคัญ: สับสน ซึมลง ถามตอบไม่รู้เรื่อง ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:

25 ปีก่อน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 7.2-17.4 % มีระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่สูงกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเคยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุด 859 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เริ่มยาฉีดอินซูลิน เมื่อ 17 กันยายน 2551 ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมุทรปราการหลายครั้ง ด้วยการติดเชื้อแผลที่เท้าข้างขวา ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

10 ปีก่อน มีอาการตามัวทั้ง 2 ข้าง ตรวจพบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) มีเส้นเลือดงอกใหม่ (Proliferative diabetic retinopathy) ร่วมกับเลือดออกเข้าไปอยู่ในน้ำวุ้นตาทั้งสองข้าง (Vitreous hemorrhage) ถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ได้รับฉายแสงเลเซอร์ และส่งกลับมาตรวจตาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ปัจจุบันตาข้างซ้ายบอด ตาขวามัว

4 ปีก่อน ตรวจเท้าพบความผิดปกติทางประสาทการรับความรู้สึกที่เท้าทั้ง 2 ข้าง ทำให้เกิดแผลที่เท้าหลายครั้ง ทำแผลที่โรงพยาบาลสมุทรปราการและหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ปัจจุบันไม่มีแผลที่เท้า

17 วันก่อน เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมุทรปราการ จากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากยาอินซูลิน รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 3 วัน อาการดีขึ้น แพทย์ให้กลับบ้านได้

1 วันก่อน มีอาการเบื่ออาหารกินข้าวได้น้อย ยังฉีดยาอินซูลินตามแพทย์สั่ง

4 ชั่วโมงก่อน มาโรงพยาบาล มีอาการสับสน ซึมลง ถามตอบไม่รู้เรื่อง หลานสาวจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:

เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มา 20 ปี รักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ควบคุมระดับความดันไม่ได้ ความดันโลหิตสูงเกินเป้าหมาย 140/90 มิลลิเมตรปรอท มาตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 แต่ระดับไขมัน LDL-cholesterol อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเฉลี่ยปีละ 1-2 ครั้ง

7 ปีก่อน เคยหกล้มก้นกระแทก ไม่มีกระดูกหัก แต่ส่งผลให้มีอาการปวดหลังเรื้อรัง

ประวัติการแพ้ยา สารอาหารและสารเคมี: มีการแพ้ยา Lercanidipine พบมีผื่นคัน ปฏิเสธการแพ้อาหาร และสารเคมี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราและไม่เคยใช้สารเสพติด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว:

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี และหลาน 2 คน สามีอายุ 72 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะเส้นเลือดสมองแตก ปัจจุบันรับประทานยาต่อเนื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีแขน ขาอ่อนแรง และเมื่อ 3 ปีก่อนเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ได้รับการผ่าตัดแล้ว หลานทั้ง 2 คน มีภาวะโรคอ้วน

มารดาและพี่น้องของผู้ป่วย 5 คน เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

แบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยนอนประมาณ 7–8 ชั่วโมง (22.00 น.– 05.00 น.) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ประมาณ 4–5 ครั้ง อุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาและบางวันไม่รับประทานมื้อกลางวัน ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง ชอบอาหารรสหวาน ดื่มน้ำหวานเวลารู้สึกอ่อนเพลีย ไม่ดื่มชาและกาแฟ ไม่ชอบผัก ผลไม้ ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกาย

มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องคือ ฉีดอินซูลินแล้วไม่รับประทานอาหาร หรือบางครั้งไม่ฉีดอินซูลิน

สภาพจิตสังคม เป็นคนอารมณ์เย็น ใจดี การแสดงออกทางอารมณ์เป็นปกติดี มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง บุคคลในครอบครัวมีความรักใคร่กันดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง แต่มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากมีความเชื่อว่าหลังล้างไตจะอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การตรวจน้ำตาลในเลือดและฉีดอินซูลิน มีรายได้เพียงพอกับการดำรงชีพ

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย = 35.38 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 142/61 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง: ผิวสองสี ผิวหนังแห้งคัน ไม่มีรอยแตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม

ศีรษะ: มีความสมมาตรทั้งสองข้างขนาดปกติ

ตา: ตาซ้ายมองไม่เห็น ตาข้างขวามัว การมองเห็น 20/70

จมูก: ภายในโพรงจมูกไม่อักเสบ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไม่มีบาดแผล เยื่อบุไม่บวม

ปาก: ริมฝีปากไม่ซีด ไม่แตก ไม่มีแผล มีฟัน 8 ซี่ ผุ 2 ซี่ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม

ลำคอ: ต่อมไทรอยด์ไม่โตต่อมน้ำเหลืองที่คอไม่โต

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ทรวงอกรูปร่างปกติ เสียงการหายใจปกติ ไม่มีเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) หรือเสียงวี้ด (Wheezing)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 68 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง Murmur หลอดเลือดดำข้างคอไม่โป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขอดที่ขา

ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มีท้องมาน ท้องไม่อืด กดไม่เจ็บ การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ 8 ครั้งต่อนาที คลำตับและม้ามไม่โต

ระบบประสาท: ประสาทรับความรู้สึกที่เท้าขวาเสียความรู้สึก 4 จุด เท้าซ้ายเสียความรู้สึก 2 จุด มีอาการชาที่เท้าทั้ง 2 ข้าง แต่ไม่มีอาการปวดปลายประสาท

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แรกรับผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 152 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีภาวะซีด Hemoglobin 7.4 g/dl ค่า BUN 7.9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไตต่ำ อยู่ในภาวะไตวายระยะที่ 5 ค่า e-GFR 6.2 ml/min/1.73m^2 มีระดับไบคาร์บอเนตในเลือดต่ำ 19.0 mmol/L และผลการส่งเพาะเชื้อจากปัสสาวะ พบเชื้อ Klebsiella pneumonia

การวินิจฉัยโรค Non-insulin-dependent diabetes mellitus type 2 with sepsis induced hypoglycemia

การรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยได้ 50% glucose 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 10% D/NSS/2 จำนวน 500 มิลลิลิตร ในอัตรา100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ Regular insulin (RI) 4–10 ยูนิต ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในช่วง 80-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หยุดยาเบาหวาน ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ขนาด 2 กรัม วันละครั้ง ทางหลอดเลือดดำ รักษาอยู่โรงพยาบาล 3 วัน ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในช่วง 100–152 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไม่มีไข้ แพทย์ให้จำกัดน้ำดื่ม วันละ 800 มิลลิลิตร ปัสสาวะได้เอง ปริมาณในช่วง 1,000-1,400 มิลลิลิตรต่อวัน สีใส ไม่มีอาการแสบขัด แพทย์พิจารณาให้กลับบ้าน มียารับประทานต่อเนื่อง ดังนี้

Folic acid 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้งหลังอาหารเช้า

Ferrous fumarate 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหารเช้ากลางวัน และเย็น

Doxazosin 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้า และเย็น

MetoProlol 100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1/2 เม็ด วันละ 1 เวลา หลังอาหารเช้า

Furosemide 40 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเที่ยง

Simvastatin 40 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 เวลา ก่อนนอน

CefdiNIR 100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 เวลา ก่อนอาหารเช้า และเย็น

Hydroxyzine 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้า และเย็น

สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการป้องกันแก้ไข มีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน และภาวะไตวายระยะที่ 5

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ มาใช้ในกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล โดยวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลมาจากการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้น การให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะในการปฏิบัติการดูแล ติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง รายละเอียดดังนี้

2.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากขาดความรู้ในการจัดการกับโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน:

ญาติผู้ป่วยเล่าว่า เมื่อผู้ป่วยซึมลง ไม่รู้ต้องทำอย่างไร ได้แต่นั่งมอง

ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง ในช่วง 17 วัน

ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ครบ 3 มื้อ

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล:

ระดับน้ำตาลในเลือดไม่น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ผู้ป่วยไม่มีอาการมือ-เท้าเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ซึม สับสน หมดสติ ชัก

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการ และค้นหาสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

3. ปรับอาหาร และการออกกำลังกายหรือการใช้แรงกายให้พอเหมาะ ไม่อดอาหาร หรือกินอาหารเลยมื้ออาหาร ไม่ใช้แรงกายหักโหมหรือหนักกว่าที่เคยทำ

4. หากมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ก่อนดื่มน้ำหวาน

5. หากระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร และระดับรู้สึกตัวของผู้ป่วย

- ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ให้ดื่มนมรสหวาน 1กล่อง หรือน้ำหวานเข้มข้น 2 ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำ ½ แก้ว ตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วอีกครั้งหลังดื่มน้ำหวานนาน 15 นาที ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดยังคงน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ดื่มน้ำหวานอีก ½แก้ว ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นให้นำส่งโรงพยาบาล

- ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว โทรศัพท์เรียก 1669 นำส่งโรงพยาบาล

6. แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ก่อนอาหาร หลังอาหาร และก่อนนอนเป็นเวลา 3 วัน เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด

ประเมินผลการพยาบาล:

ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผลระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ไม่น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไม่มีอาการมือ-เท้าเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ซึม สับสน หมดสติ

2.2 มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน:

ผู้ป่วยเป็นเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ มา 25 ปี

ผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะ พบเชื้อ Klebsiella pneumoniae

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อลดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล:

อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.6-37.2 องศาเซลเซียส

ผู้ป่วยไม่มีอาการปัสสาวะลำบาก แสบขัด

ปัสสาวะสีใส ไม่ขุ่น

กิจกรรมการพยาบาล:

1. อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง และความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

2. ให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ CefdiNIR 100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 เวลา ก่อนอาหารเช้า และเย็น เป็นเวลา 7 วัน

3. ผู้ป่วยควรดื่มน้ำสะอาด 800 มิลลิลิตรต่อวัน ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยชะล้างเชื้อโรคออกโดยธรรมชาติ

4. การรักษาบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้แห้ง และสะอาดหลังจากถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ

5. ถ่ายปัสสาวะเมื่อปวด ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ

6. แนะนำให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้า กางเกงที่โปร่งสบาย ควรเป็นผ้าฝ้ายมากกว่าไนลอน เพื่อป้องกันการอับชื้นบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

7. สังเกตลักษณะของน้ำปัสสาวะ ถ้าพบขุ่น หรือปัสสาวะลำบาก ให้รีบมาพบแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล:

ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อุณหภูมิของร่างกายปกติ 36.9 องศาเซลเซียส สามารถถ่ายปัสสาวะได้สะดวก ไม่มีอาการเจ็บ หรือปวดถ่วงบริเวณท้องน้อย

2.3 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากขาดความรู้และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน:

ผู้ป่วยเล่าว่า เวลารู้สึกเพลียจะดื่มน้ำหวาน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ถ้าไม่หิวจะงดข้าวกลางวัน ไม่ได้ออกกำลังกาย เดินไม่ไหว

ผลระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว ก่อนอาหารอยู่ในช่วง 180-188 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังอาหารอยู่ในช่วง 200-290 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

เกณฑ์การประเมินผล:

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารอยู่ในช่วง 80-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหลังอาหารไม่เกิน 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลา งดของหวาน ควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโซเดียม

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย วันละประมาณ 30-50 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน

กิจกรรมการพยาบาล:

1. แนะนำเกี่ยวกับอาหาร ควรเลือกอาหารที่มีสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันในสัดส่วนที่พอเหมาะ รับประทานอาหารเป็นเวลา และงดดื่มน้ำหวาน

2. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อให้ทราบสารอาหาร และปริมาณสารอาหาร

3. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย โดยการกระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยก และกางแขนออก การแกว่งแขน ถ้ามีแรงมากขึ้น ให้เดินออกกำลังกาย วันละประมาณ 30-50 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน และในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้ง

4. การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อระดับน้ำตาลปลายนิ้ว มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ฉีด Mixtard 30 (อินซูลิน 30/70) 10 ยูนิต เข้าใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้า

5. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง วันละ 7 ครั้ง คือ ก่อนและหลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน

6. แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว ถ้ามีอาการดังกล่าวควรมาพบแพทย์

7. แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง และการตรวจตา ฟัน เท้า

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยควบคุมอาหาร และออกกำลังกายได้ดีขึ้น แนะนำให้เพิ่มจำนวนครั้งของการออกกำลังกายในแต่ละวัน เพื่อสะสมเวลา 30 นาทีต่อวัน ผล FBS วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 เท่ากับ 112 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2.4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการล้างไต เนื่องจากขาดความรู้การบำบัดทดแทนไต

ข้อมูลสนับสนุน:

ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวล เมื่อพูดถึงการล้างไต

ผู้ป่วยและญาติบอกว่า ไม่มีเงินค่าล้างไต

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เห็นอกเห็นใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพูดระบายความรู้สึก พร้อมรับฟังอย่างตั้งใจ พูดคุยให้กำลังใจ

2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีต่างๆ 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

3. ประสานหน่วยไตเทียม เพื่อติดตามสิทธิการฟอกเลือด

ประเมินผลการพยาบาล:

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น คลายความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และมีความรู้เรื่องทางเลือกในการบำบัดทดแทนไต

2.5 มีภาวะซีด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคไตวายระยะที่ 5 และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน:

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยไตวายระยะที่ 5 ค่า e-GFR 6.2 ml/min/1.73 m^2

ตรวจร่างกายพบเปลือกตาซีด

ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct) 24.0%, Hemoglobin (Hb) 7.4 กรัมต่อเดซิลิตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด ได้แก่ เป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ หรือเกิดอุบัติเหตุขณะทำกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินภาวะซีดจากการสอบถามอาการและการตรวจร่างกาย

2. ค้นหาสาเหตุอื่นๆ นอกเหนือจากพยาธิสภาพของโรค เช่น ประวัติการถ่ายดำ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

3. ให้ความรู้เรื่องอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อไก่ และหมู หลีกเลี่ยงผักที่ให้ธาตุเหล็กสูงในกลุ่มผักสีเขียวเข้ม เนื่องจาก มีปริมาณของโพแทสเซียมสูง

4. ดูแลให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Folic acid ขนาด 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 เวลา หลังอาหารเช้า และ Ferrous fumarate ขนาด 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

5. การป้องกันการติดเชื้อ โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี

6. การป้องกันอุบัติเหตุ ถ้ามีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะให้รีบหยุดกิจกรรม และนั่งพัก

ประเมินผลการพยาบาล:

ไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด ได้แก่ เป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ หรือเกิดอุบัติเหตุขณะทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซีดดีขึ้น Hct 26.3 %, Hb 8.5 กรัมต่อเดซิลิตร

2.6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากค่าการทำงานของไตที่ลดลง และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม

ข้อมูลสนับสนุน:

ค่า Creatinine 7.10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร e-GFR 5.9 ml/min/1.73 m^2 และ Bicarbonate 19.2 mmol/L

ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล:

ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบุ๋ม น้ำหนักตัวขึ้นไม่เกิน 1 กิโลกรัม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย

ลมหายใจไม่มีกลิ่นยูเรีย

สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ Sodium 136-145 mmol/L, Potassium 3.5-5.1mmol/L, Chloride 98-107mmol/L, Bicarbonate 21-32 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล:

1. การให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต ดังนี้

- ผู้ป่วยควรได้รับพลังงาน 1,750 กิโลแคลอรี่ต่อวัน ควรบริโภคข้าวหรือแป้งมื้อละ 1–2 ทัพพี โดยสามารถใช้แป้งปลอดโปรตีน ซึ่งดัชนีน้ำตาลไม่สูง เช่น วุ้นเส้น สาคู ก๋วยเตี๋ยวเซี่ยงไฮ้
- จำกัดโปรตีน เพื่อไม่ให้เกิดของเสีย และไตทำงานมากเกินไป ผู้ป่วยควรได้รับโปรตีนปริมาณเท่ากับเนื้อสัตว์สุก 5 ช้อนโต๊ะต่อวัน โดยโปรตีนที่ได้รับควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง คือ เนื้อสัตว์สด ไขมันต่ำ ไม่ติดหนัง ไม่ติดมัน โคเลสเตอรอลต่ำ และไม่ผ่านการแปรรูป เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว หมูสันใน เนื้ออกไก่
- เลือกรับประทานไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หลีกเลี่ยง ไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ ไขมันสัตว์
- จำกัดปริมาณโซเดียม น้อยกว่า 2000 มิลลิกรัมต่อวัน
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ได้แก่ กวางตุ้ง คะน้า ดอกกะหล่ำ บรอกโคลี ผักโขม ขึ้นฉ่าย แครอท ฟักทอง มันเทศ มันฝรั่ง เผือก มะม่วง มะปราง มะเฟือง มะขามหวาน กล้วย ฝรั่ง ขนุน ทุเรียน น้อยหน่า ลำไย น้ำผลไม้ ผลไม้แห้ง แก้วมังกร เป็นต้น เนื่องจากถ้าระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงมากเกินไป อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติหรือหยุดเต้นได้
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ นม นมเปรี้ยว โยเกิร์ต เนย คุกกี้ ขนมปัง ไอศกรีม กาแฟผง ถั่วต่างๆ น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง เมล็ดพืช ธัญพืช แมลงต่างๆ เป็นต้น เนื่องจาก

เมื่อระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงขึ้น จะทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำลง และแคลเซียมถูกดึงออกมาจากกระดูกทำให้กระดูกไม่แข็งแรง

- จำกัดน้ำดื่ม วันละ 800 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

2. ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ คือ Furosemide ขนาด 40 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 หลังอาหารเช้า และเที่ยง และยาที่เป็นด่าง คือ Sodium Bicarbonate รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น

3. ประเมินอาการ และอาการแสดงของการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการชา คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด

4. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท โดยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Metoprolol (SEFLOC) 100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1/2 เม็ด วันละ 1 เวลา หลังอาหารเช้า และ Doxazosin (Prostatin) 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้า และเย็น

5. ควบคุมระดับไขมัน LDL cholesterol น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Simvastatin ขนาด 40 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้ง ก่อนนอน

6. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ และควรใช้ยาสมุนไพรด้วยความระมัดระวังเพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นได้

ประเมินผลการพยาบาล:

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบุ๋ม น้ำหนักตัวไม่ขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ลมหายใจไม่มีกลิ่นยูเรีย สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ Sodium 136 mmol/L, Potassium 4.22 mmol/L, Chloride 103 mmol/L, Bicarbonate 21.2 mmol/L

2.7 เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า เนื่องจากสูญเสียการรับความรู้สึกของเส้นประสาทส่วนปลายบริเวณเท้าทั้งสองข้าง และขาดความรู้ในการดูแลเท้า

ข้อมูลสนับสนุน:

ผู้ป่วยมีประวัติมีแผลติดเชื้อที่เท้าหลายครั้ง

จากการสังเกต ผู้ป่วยเดินเท้าเปล่า

ตรวจการรับความรู้สึกโดยใช้ Monofilament พบว่า ประสาทรับความรู้สึกที่เท้าขวาเสียความรู้สึก 4 จุด เท้าซ้ายเสียความรู้สึก 2 จุด มีอาการชาที่เท้าทั้ง 2 ข้าง

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลเท้าได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล:

ไม่เกิดแผลที่เท้า

ผู้ป่วยและญาติบอกการดูแลเท้าได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ตรวจเท้า และสาธิตการทำความสะอาดผิวหนังตามซอกอับต่างๆ

2. ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องการตรวจและการดูแลเท้าด้วยตนเอง โดยให้ตรวจเท้าทุกวัน ทำความสะอาดเท้า เช็ดให้แห้งและทาโลชันทุกครั้ง โดยเลี่ยงตามง่ามนิ้วเท้า ตัดเล็บตรงๆ เสมอปลายนิ้ว ควรสวมถุงเท้าพวกผ้าฝ้าย เลือกรองเท้าหัวป้าน หุ้มส้น ใส่สบายและสวมรองเท้าทุกครั้งเวลาออกนอกบ้าน บริหารเท้าทุกวัน ห้ามนั่งไขว่ห้าง ห้ามเอากระเป๋าน้ำร้อนมาวางบนเท้าหรือขา ห้ามแช่เท้าในน้ำโดยเด็ดขาด และไม่ควรเดินเท้าเปล่าเมื่ออยู่ในบ้าน เมื่อตรวจพบว่า มีบาดแผลขนาดใหญ่หรือลึก หรือมีลักษณะการอักเสบ เช่น บวม แดง ร้อนเกิดขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์

3. มาตรวจเท้าตามนัดทุกครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล:

ผู้ป่วยไม่มีแผลที่เท้า และจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติบอกการดูแลเท้าได้ถูกต้อง

3. การติดตามประเมินผล

จากการติดตามเยี่ยมที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วย มีความรู้ และพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและภาวะไตวาย โดยลดอาหารประเภทแป้งในแต่ละมื้อ งดการดื่มน้ำหวาน และลดการปรุงอาหารรสเค็ม พยาบาลให้คำชมเชย เพื่อเสริมแรงให้พฤติกรรมคงอยู่อย่างยั่งยืน ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยออกกำลังกายได้มากขึ้น แต่ยังไม่ตรงตามเป้าหมายวันละ 30 นาที จึงได้ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติ แบ่งการออกกำลังกายเป็นช่วงๆ เพิ่มขึ้น โดยให้ญาติมีส่วนช่วยในการกระตุ้น และสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 58 ปี เป็นเบาหวานนาน 25 ปี และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มาโรงพยาบาลด้วยอาการสับสน ซึมลง แพทย์วินิจฉัย Non-insulin-dependent diabetes mellitus type 2 with sepsis induced hypoglycemia รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม - 23 สิงหาคม พ.ศ. 2562 รวมระยะเวลา 44 วัน วางแผนการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ตามแนวคิดการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5A (Glasgow et al., 2002) โดยติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย 1 ครั้ง เยี่ยมที่บ้าน 3 ครั้ง รวม 4 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้านอาหาร และการออกกำลังกาย สมาชิกในครอบครัวมีภาวะโรคอ้วน และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหมือนกัน ทำให้ขาดแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อว่าการฟอกเลือดทำให้มีอาการอ่อนเพลีย และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงปฏิเสธการรักษา

ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและไตวาย ให้ข้อมูลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไข การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การดูแลเท้า และแนะนำผู้ป่วยและญาติเข้ารับบริการปรับพฤติกรรมที่คลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Clinic: DPAC) ของหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน

หลังจากดูแลผู้ป่วยปัญหาเรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการล้างไต ได้รับการแก้ไขเมื่อสิ้นสุดการดูแล ส่วนปัญหาที่ยังคงอยู่ คือ ผู้ป่วยยังมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะซีด มีความเสี่ยงต่อเกิดแผลที่เท้า และภาวะแทรกซ้อนจากไตวาย จึงต้องมีการทบทวนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเพื่อให้พฤติกรรมที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่พยาบาลของหน่วยบริการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลสามารถนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self–management support) ด้วยเทคนิค 5A มาใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการปรับพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนมีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

4. ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน ควรได้รับคำแนะนำการดูแลตนเอง และการใช้ยาเมื่อเจ็บป่วย การสังเกตอาการและการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เอกสารอ้างอิง

เฉลาศรี เสงี่ยม. (2558). การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ศิริอร สินธุ, และพิเชต วงรอต (บ.ก.), *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 3) (น. 9-46). กรุงเทพฯ: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย.

โรงพยาบาลสมุทรปราการ. (2561). *สถิติโรงพยาบาลสมุทรปราการ* (รายงานสถิติประจำปี 2561). สมุทรปราการ: โรงพยาบาลสมุทรปราการ.

วิชัย เอกพลากร (บ.ก.). (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564).* กรุงเทพฯ: อิโมชั่น อาร์ต.

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ. (2562). *อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ 2559-2561.* สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ.

Chatterjee, S., Riewpaiboon, A., Piyauthakit, P., Riewpaiboon, W., Boupaijit, K., Panpuwong, N., & Archavanuntagul, V. (2011). Cost of diabetes and its complications in Thailand: A complete of economic burden. *Health and social care in the community, 19*(3), 289-298.

Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Davis, C., Beckham, V., & Wagner, E. H. (2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: Implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(2), 80-87.