



โรงพยาบาลเซนต์จอห์น



โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

Singburi Hospital Journal

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (Suppl 2) มกราคม - มิถุนายน 2563

Vol.29 No.1 (Suppl 2) January - June 2020

ISSN 0858 - 4850

วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี

เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

- เพื่อเผยแพร่ประสบการณ์ การวิจัยและค้นคว้าทางวิชาการของโรงพยาบาลสิงห์บุรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้เชิงวิชาการในทางการแพทย์และสาธารณสุข
- เพื่อกระตุ้นให้มีความก้าวหน้าทางวิชาการ ส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์แก่บุคลากรของโรงพยาบาลสิงห์บุรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบการ

กำหนดออกทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ในเดือนมกราคม และเดือนกรกฎาคม

การส่งเรื่อง

ส่งเรื่องลงพิมพ์ในวารสารนี้ ส่งไปยัง

นายแพทย์วินทร์ ชัยศรีสุขอำพร

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000

การลงโฆษณา

อัตราค่าบำรุง ปีละ 100 บาท

เจ้าของ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ประธานที่ปรึกษา

นายแพทย์วัชรินทร์ จันทร์เสมอ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

คณะที่ปรึกษา

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

รองบรรณาธิการ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

คณะบรรณาธิการ	นายแพทย์ประพันธ์	สื่อวิโรจน์กุล
	แพทย์หญิงลินจง	พันธ์ชนะ
	นายแพทย์ภาคภูมิ	พรประเสริฐสุข
	นางสาวปริญญา	สกุลรัตน์
	ดร.ปราณี	มีหาญพงษ์
	ดร.เบญญพร	ผ่องคำพันธุ์
	นายสัญญา	โพธิ์งาม

ผู้จัดการ นายวิโรจน์ มาเสนาะ

ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางสาวกมลวรรณ	จันทร์จวนสุข
	นางสาวเกวลิ	แจ้งสว่าง

สำนักงาน กลุ่มพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนขุนสรุรงค์ อำเภอเมือง
จังหวัดสิงห์บุรี
โทร 036 – 511060 ต่อ 5201
โทรสาร 036 – 522513

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อลงพิมพ์ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้ด้านการแพทย์ และวิชาที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์ และการสาธารณสุข เพื่อลงพิมพ์โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทยแต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนด

1. ประเภทบทความ**นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)**

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อนิพนธ์ บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทปริทัศน์ (Review Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่อง ที่นำมาเรียบเรียงเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมฟื้นฟูวิชาการ หรือการจัดอบรมแพทย์ (Training Course) เป็นคราว ๆ ไปเผยแพร่ในเดือน มกราคม-มิถุนายน, กรกฎาคม-ธันวาคม

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อยและต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical Course) ที่ไม่ตรงแบบ ที่พบไม่บ่อย ใคร่สร้างบทความรายงานผู้ป่วยประกอบด้วย บทนำพรรณนาผู้ป่วย (Case Description) วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

2. ส่วนประกอบของบทความ**2.1 ปกชื่อเรื่อง (Title Page) ประกอบด้วย**

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (Subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่ลึที่หน้าเปื้อ เช่น “การศึกษา” หรือ “การสังเกต”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อ และ ที่อยู่ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความได้แก่ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัตนโกมลเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือ

2.3 คำสำคัญ หรือ คำหลัก

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) ของปีวารสาร (Volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S.National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษาไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ว่าจะตอบคำถามอะไรและไม่รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่นิยมใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และ วิธีการศึกษา หัวข้อวัสดุให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ในการศึกษาสิ่งมีชีวิตตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา หัวข้อวิธีการศึกษาเริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (Study Design, Protocol) เช่น Randomized, Double Blind, Descriptive หรือ Quasi-Experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (In-Terventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและนำไปใช้ได้ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (Results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแล้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

2.7 วิจารณ์ (Discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่มีปิดบังแล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

2.8 ข้อยุติ (Conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยสำหรับการวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบ

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนการวิจัย แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาก ทำให้บทความมีความภูมิฐานเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.10 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบบ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร, ปีที่พิมพ์; ปีที่ : หน้าแรก หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทยชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัว และชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 3 คน หรือ 6 คนแรก (สุดแต่คำแนะนำของแต่ละวารสารแล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่องใน, ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์, หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

3.2.3 รายงานการประชุม สัมนา ลำดับที่, ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อเรื่อง, ชื่อการประชุม ; วัน เดือน ปีประชุม ; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วนจะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำความเข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนจะตัดสินใจจะอ่านบทความต่อไปหรือไม่

4.1 ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูดตัวเลขและเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง ดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ควรจะสั้นหรือย่อ ๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ได้ตาราง

- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัวแถว (Row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลาและสิ้นเปลือง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจนเน้นจุดสำคัญมีประสิทธิภาพ มีแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีสไลด์สีคุณภาพดี หรือ File ภาพ Digital ความละเอียดไม่น้อยกว่า 300 dpi ขนาดภาพไม่น้อยกว่า 800 x 600 pixels

5. การส่งต้นฉบับ

5.1 พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและซ้ายมือ 3 ซม. และด้านล่างและขวามือ 2.5 ซม. ใส่เลขหน้าตามลำดับที่มุมขวาบน

5.2 ส่งข้อมูลผ่านทาง E-mail ซึ่งต้องเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียว พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด 2007 ด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว ชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่ติดต่อกลับให้ครบถ้วน

5.3 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะให้วารสารผู้นิพนธ์ จำนวน 2 เล่ม

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL
ปีที่ 29 ฉบับที่ (Suppl2) 1 ม.ค. – มิ.ย. 2563

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง นิพนธ์ต้นฉบับ	ก
● การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อย ร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก ประติณพ น้อยนาค	1 - 14
● การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ จิรภา ละอองนวล	15 - 24
● การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคควาซากิร่วมกับภาวะลำไส้อักเสบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา น้ำอ้อย รินฤทธิ์	25 - 36
● กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใน ผู้ป่วยโรคหัวใจ พวงทอง ขำเจริญ	37 - 46
● การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง อังคณา บุญชู	47 - 62
● ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ชัชวาลย์ บุญญฤทธิ์	63 - 72
● การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับมีระยะการแบ่งคลอดยาวนาน จำเริญ รุกขชาติ	73 - 90
● การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ เพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรและทำหมัน ดรุณี คำปาน	91 - 104
● การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน ร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา เยาวภา เพียรพานิช	105 - 114
● การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ: กรณีศึกษา ชวนพิศ แสงมณี	115 - 126
● การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตันที่มีภาวะช็อค เกษร บัวคำโคก	127

บรรณาธิการแถลง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารฉบับนี้ เป็นฉบับปกติ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้ส่งบทความต่าง ๆ มาเพื่อให้ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร และคณะบรรณาธิการได้พิจารณาแล้วเห็นว่า บทความต่าง ๆ ที่ส่งมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะทางด้านการวิชาการ รวมทั้งในการให้บริการต่อผู้มารับบริการ จึงได้มีมติให้ตีพิมพ์ โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (Suppl2) ม.ค. – มิ.ย. 2563 ขึ้นและให้ทำการเผยแพร่

คณะบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านเป็นอย่างมาก และขอเชิญชวนสมาชิก ตลอดจนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิชาการมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในฉบับต่อไป

(นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร)

บรรณาธิการ

การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อย ร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก

ประติณพ น้อยนาค
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

ทารกเกิดก่อนกำหนดและมีภาวะน้ำหนักตัวน้อยเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอัตราการเจ็บป่วยและภาวะอัตราตายสูงกว่าทารกครบกำหนด การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะทารกน้ำหนักตัวน้อยจึงจำเป็นต้องตระหนักและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

กรณีศึกษา ทารกเพศชาย อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ (by Ballard score system) คลอดโดยวิธีธรรมชาติทางช่องคลอด APGAR SCORE นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน นาทีที่ 5 เท่ากับ 9 คะแนน น้ำหนักแรกเกิด 1,510 กรัม รับย้ายจากห้องคลอดมาที่ NICU โดยตู้อบแบบเคลื่อนที่ แรกได้รับ ทารกมีภาวะเขียวทั้งตัว และมีอาการหายใจลำบาก นำทารกเข้าตู้อบปรับอุณหภูมิให้เหมาะสมจากนั้นใส่ท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ พร้อมกับพ่นสารลดแรงตึงผิวในปอดและต่อเครื่องช่วยหายใจ งดสารน้ำสารอาหาร ใส่ OG tube และใส่สายสวนเส้นเลือดทางสะดือ ให้อาหารทาง TPN และให้ยาฆ่าเชื้อ Ampicillin, Gentamicin การวินิจฉัยครั้งแรก Preterm with Low birth weight with Respiratory distress syndrome ระหว่างทำการรักษาทารกมีภาวะตัวเหลือง ได้รับการส่องไฟรักษา มีภาวะช็อค ได้รับการให้เลือด ทั้งหมดนี้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล จนกระทั่งทารกสามารถหายใจเองได้ สามารถดูดนมได้ปกติจึงวางแผนจำหน่ายทารกโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลสุดท้ายสามารถจำหน่ายทารกได้รวมระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 25 วัน ด้วยน้ำหนัก 2,020 กรัม จากการติดตามไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น จอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด, การสูญเสียการได้ยิน, ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Preterm with Low birth weight with respiratory distress syndrome with anemia of prematurity with neonatal jaundice

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย NICU มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาพยาบาลทารกในภาวะวิกฤต ปัจจุบันอัตราการรอดของทารกเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดและมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย แต่ก็ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพที่จะเป็นปัญหาระยะยาว จึงควรมีการดูแลอย่างต่อเนื่องดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลทารกเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อดูแลทารกให้รอดชีวิต มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสมและป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุด

คำสำคัญ: การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด, ภาวะหายใจลำบากในทารกเกิดก่อนกำหนด

Abstract: Preterm neonates and low birth weight with respiratory distress syndrome Pratinop noynark.

Preterm infant and low birth weight are a higher risk group of morbid and mortal than term infants. Patient care of this group needs to be aware and looking for the complications. Case study A Thai male newborn, GA 31 weeks by the Ballard score system, normal labour, apgar (1,5 min) 9,9, birth weight 1,510 gm transfer from the labour room to the NICU by transport incubator due to generalized cyanosis and respiratory distress.

Management of this case is on the incubator, endotracheal tube insertion with ventilator support, surfactant therapy, NPO, on OG tube, parenteral nutrition (TPN), on umbilical catheter insertion and give antibiotics Ampicillin and Gentamicin. The first diagnosis is preterm with low birth weight with respiratory distress syndrome. After that this case has a high level of bilirubin so phototherapy is used to treat. Anemia is corrected by blood transfusion. Finally, this case has the normal respiration, active, proper feeding. Plan of patient care is discharged with full maternal care. Total length of stay is 25 days with body weight 2,020gm and no complication such as ROP, hearing problem, IVH. Post diagnosis is Preterm with Low birth weight with Respiratory distress syndrome with anemia of prematurity with neonatal jaundice.

The action of NICU nurse is important for the critical situation. Now the survival rate of preterm infant is increased. Despite the complications and disability may cause long term problem. Therefore, patient care is needed to have continuous care. So NICU nurse needs to have knowledge and skill for nursing care to take the preterm infant to survive, proper growth and prevent many complications as possible.

Keywords: Preterm nursing, Respiratory distress syndrome

บทนำ

ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm infant) หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์¹ หรือน้อยกว่า 259 วัน² สถิติทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 ยังคงอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 10.4 ร้อยละ 10.2 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 10.4 และร้อยละ 10.6 ของทารกเกิดมีชีพตามลำดับซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 73 ทารกเหล่านี้คลอดมาพร้อมกับความไม่สมบูรณ์ของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพภายหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินหายใจระบบเลือด และการไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท เป็นต้น^{4,5}

ทารกเกิดก่อน 37 สัปดาห์ มักจะมีภาวะหายใจลำบากร่วมด้วย ภาวะหายใจลำบากในทารกจะรุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ อายุครรภ์ยิ่งน้อยจะยิ่งมีโอกาสเกิดมากขึ้น เนื่องจากปอดยังเจริญไม่สมบูรณ์ ทารกจะเริ่มมีอาการหลังคลอด โดยค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นทารกกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ส่งผลให้อัตราการตายในวัยแรกเกิด (neonatal mortality) จะยิ่งสูง ปัญหาที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น Hypothermia, Hypoglycemia, Hyperbilirubinemia, Respiratory distress syndrome (RDS), Intraventricular hemorrhage (IVH), Apnea in preterm, Sepsis, Retinopathy of Prematurity (ROP), Bronchopulmonary dysplasia (BPD), Patent ductus arteriosus (PDA) ทารกเหล่านี้บางส่วนเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของความพิการเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กอีกด้วยในปัจจุบันการรักษามีความก้าวหน้ามีการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น อัตราการรอดชีวิตก็มากขึ้นด้วย⁶

จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 80,70,114 คน ตามลำดับ⁷ จากสถิติดังกล่าวถือว่ามีจำนวนแนวโน้มสูงขึ้น ต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และความรู้ความชำนาญของแพทย์และพยาบาล จึงจะมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น และรอดชีวิตโดยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาวน้อยที่สุด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้อัตราการเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น

พยาบาลเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจตลอดจนตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้กับทารกเกิดก่อนกำหนด รวมทั้งผลกระทบด้านจิตสังคมที่อาจเกิดขึ้นต่อบิดามารดาและครอบครัว เหล่านี้ล้วนมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งสิ้น

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพศชาย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ใช้สิทธิ 0 - 12 ปี นอกเขต
เข้ารับการรักษาที่ ตึกกุมารเวชกรรม วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2562 เวลา 05.30 น. โดยผู้ศึกษารับ
ไว้ใน การดูแลตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2562 รวมระยะเวลา 25 วัน

การวินิจฉัยครั้งแรก Preterm with low birth weight with respiratory distress syndrome

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Preterm with low birth weight with respiratory distress syndrome
with anemia of prematurity with neonatal jaundice

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ทารกเกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ทารกเพศชาย คลอดโดยวิธีธรรมชาติทางช่องคลอด Apgar score นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน
นาทีที่ 5 เท่ากับ 9 คะแนน น้ำหนักแรกเกิด 1,510 กรัม อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ (by Ballard score system)
รับย้ายจากห้องคลอด โดยตู้อบแบบเคลื่อนที่ส่งห้อง NICU ตึกกุมารเวชกรรม

ประวัติของมารดา

มารดาอายุ 29 ปี G₅P₄A₀L₄ อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ ฝากครรภ์โรงพยาบาลไม่สม่ำเสมอ อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ ผลเลือดปกติมารดาเสพยาเสพติดตลอดการตั้งครรภ์ เสพครั้งสุดท้ายก่อนคลอด 4 วัน ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร

อาการและการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

รับย้ายจากห้องคลอดโดยตูบแบบเคลื่อนที่ แรกรับทารกเขียวทั้งตัว หายใจเหนื่อยหอบอกบวม มีการดิ่งรั้งของกล้ามเนื้อหน้าอก และหยุดหายใจหลายครั้ง วัดอุณหภูมิกายได้ 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 62/34 มิลลิเมตรปรอท, Hematocrit 37%, DTX 51 mg% วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่ 40-60% น้ำหนัก 1,495 กรัม

การตรวจร่างกาย

น้ำหนักแรกเกิด 1,495 กรัม ตัวยาว 41 เซนติเมตร ความยาวเส้นรอบศีรษะ 28 เซนติเมตร ความยาวรอบอก 25 เซนติเมตร

ภาวะประเมินสภาพร่างกาย

สภาพทั่วไป: ทารกเพศชาย เขียวทั้งตัวและมีหยุดหายใจ
 ผิวหนัง: ผิวหนังไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือดตามตัว ความตึงตัวของผิวหนังปกติ
 ศีรษะ: ได้รูป รูปร่างปกติ กะโหลกศีรษะทั้ง 2 ข้าง อยู่ในลักษณะสมมาตร กระหม่อมหน้า (anterior fontanel) กว้าง 1 x 1 เซนติเมตร ไม่โป่งตึง กระหม่อมหลัง (posterior fontanel) ไม่แยกกัน
 ตา: กรอกตาไปมาได้ตาไม่แดง ไม่แฉะ ตาไม่เหลือียง
 หู: รูปร่างปกติ ตำแหน่งไม่ต่ำกว่าตา ไม่มีกลิ่นเหม็นหรือน้ำหนองไหล
 จมูก: ลักษณะสมมาตรอยู่กึ่งกลาง มีปีกจมูกบานทั้งสองข้างเวลาหายใจ
 ปาก: รูปร่างปกติ ไม่มีปากแหว่ง เพดานโหว่
 คอ: ต่อมไทรอยด์ไม่โต คอไม่แข็ง
 ทรวงอก: รูปร่างการขยายเท่ากัน 2 ข้าง ชายโครงและหน้าอกบวมเวลาหายใจ (subcostal retraction)
 แขน ขา มือและเท้า: รูปร่างลักษณะปกติไม่พบความพิการ เช่น เท้าปุก เท้าแป หรือนิ้วเกิน
 ทวารหนัก: ไม่มีรอยแผล รูปีด - เปิดปกติ
 ระบบทางเดินหายใจ: อัตราการหายใจ 72 ครั้ง/นาทีหายใจเร็วตื่น ไม่สม่ำเสมอฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation ทั้งสองข้าง
 หัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต: จังหวะการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ 168 ครั้ง/นาที ฟังเสียงหัวใจไม่พบความปกติ ความดันโลหิต 62/34 มิลลิเมตรปรอท
 ระบบเลือด ต่อม้ำเหลือง: ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย คลำต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้และขาหนีบไม่โต
 ระบบกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อ: กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกลางลำตัวได้สัดส่วน กล้ามเนื้อแขนขาไม่อ่อนแรง ขยับได้ตามปกติ
 ระบบประสาท: มีการเคลื่อนไหวดีพอควร ไม่มีเกร็งกระตุก ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ร้องเวลาเจ็บ

ระบบทางเดินอาหาร: ท้องไม่แข็งตึง กดนิ้ม คลำไม่พบตับ ม้ามโต แรงขยับ เวลาหายใจขึ้นลงค่อนข้างแรงและเร็ว ได้ยินเสียงของลำไส้เคลื่อนไหว

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 7 กันยายน 2562 อายุ 50 ชั่วโมง ค่า Microbilirubin 7.4 mg% ทารกมีภาวะตัวเหลือง

วันที่ 14 กันยายน 2562 ผลตรวจ Complete blood count พบ Hematocrit 37% ทารก มีภาวะ ชีต

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

วันที่ 5 กันยายน 2562 : Film Include abdomen ; moderate RDS

สรุปการรักษาขณะนอนอยู่โรงพยาบาล

แรกรับ NICU ทารกมีการเคลื่อนไหวดีพอควร เขียวทั้งตัว หายใจเหนื่อยหอบ มีชายโครงและหน้าอกบวมเวลาหายใจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 62/32 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่ 40-60 เปอร์เซ็นต์ นำทารกเข้าตู้อบ ใช้พลาสติก wrapping whole body ปรับอุณหภูมิ 33.8 องศาเซลเซียส ใส่ Nasal continuous positive airway pressure (NCPAP) ผ่านทาง prongs เบอร์ 2.5 Setting pressure 8 cm H₂, FiO₂ 0.4% ทารกตัวแดงไม่เขียว งดสารน้ำงดสารอาหาร ใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหารเปิดปลายระบายลมลงถุงไว้ ส่งเอกซเรย์ปอด และเจาะเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือด 51 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือด 65 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ใส่ Umbilical vein catheterization no. 5.0 ลึก 8.5 cm. on 10%D/W 500 cc. IV drip 4.3 cc./hr. ใส่ Umbilical artery catheterization no.3.5 ลึก 16 cm. on heparin: 0.45%Nacal (0.5:1) IV drip 0.5 cc/hr. ต่อมาทารกอายุ 6 hr., หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นอัตราการหายใจ 82 ครั้งต่อนาที ใส่ท่อหลอดลมคอ ขนาด 3.0 เซนติเมตร ลึก 7.0 เซนติเมตร มุมปากให้ surfactant 4 ml ผ่านทางท่อหลอดลมคอและ On Respirator setting PTV mode FiO₂ 0.5%, Rate 50 /min, PIP 18cmH₂O, PEEP 6cmH₂O, Ti 0.34% แพทย์ให้การรักษาเพิ่มเติม คือ ให้ TPN IV drip 3.0 cc/hr., 20% Intralipid 15 ml IV drip in 24 hr., Ampicillin 150 mg. IV q 8 hr., Gentamicin 7 mg.+5%D/W up to 1 ml IV drip in 30 min q 36 hr. ในขณะที่ทารกใส่ท่อหลอดลมคอ และต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจเริ่มให้นมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดทางสายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร ท้องไม่อืด ไม่มีสารคัดหลั่งเหลือคั่งในกระเพาะ และสังเกตว่าทารกตัวเหลือง วัดค่า microbilirubin สูงกว่าเกณฑ์กำหนด รักษาโดยการส่องไฟ 3 วัน ตัวเหลืองลดลง ค่า microbilirubin ปกติ หยุดส่องไฟรักษา ทารกมีการตอบสนองดี หายใจร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีการดิ่งรังของกล้ามเนื้อหน้าอก อาการดีขึ้นจึงสามารถถอดท่อหลอดลมคอ เปลี่ยนมาช่วยหายใจ mode NIPPV nasopharyngeal prong No.2.5 ปรับลดอัตราการช่วยหายใจ FiO₂ 0.3%, Rate 25/min, PEEP 6 cmH₂O, PIP 10cmH₂O หลังจากนั้นทารกมีตัวลาย หายใจหอบขึ้น ๆ อัตราการหายใจ 60-68 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจ 160-170 ครั้งต่อนาที ส่งตรวจ Complete blood count พบ Hematocrit 37% มีภาวะชืดให้ LPRC 15 cc. IV drip in 4 hr. และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะ เป็น Cefotaxime 75mg. IV q 12 hr., Amikacin 24 mg. IV q 36 hr. ทารกอาการค่อย ๆ ดีขึ้น หายใจเองได้สามารถเปลี่ยนเป็นให้ oxygen box 5 LPM หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีหยุดหายใจ สามารถหยุดให้ออกซิเจนให้นมทางสายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร รับประทานได้ ไม่มีเหลือคั่งในกระเพาะอาหาร ท้องไม่อืด ค่อย ๆ เพิ่มปริมาณนมให้สมดุลกับ

อายุพิจารณาหยุดให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือด หยุดให้ยาปฏิชีวนะ ให้นมเพียงอย่างเดียว และให้ MTV drop 0.5 ml OD, Fer-in-sol 0.3 ml OD พร้อมทั้งฝึกกระตุ้นการดูดกลืน และวางแผนการจำหน่าย ด้วยการนำทารกออกจากตู้อบเมื่อน้ำหนัก 1,800 กรัม และให้มารดามาฝึกเลี้ยงจนทารกสามารถดูดนมเองได้ เมื่อน้ำหนัก 2,000 กรัม ส่งตรวจตา ไม่พบว่ามีภาวะ ROP, ส่งตรวจการได้ยิน ผลผ่านทั้ง 2 ข้าง ส่งตรวจ Ultrasound head ไม่พบภาวะ IVH ทารกมีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้องเสียงดัง ไม่เขียว ดูดนมเองได้ท้องไม่อืด ไม่สำรอก ไม่มีไข้ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 52 ครั้งต่อนาที, น้ำหนัก 2,020 กรัม มารดาสามารถเลี้ยงและดูแลบุตรได้แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยอธิบายติดตามมารดาของทารกในเรื่องการเลี้ยงดู การเลี้ยงด้วยนมมารดา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพามาพบแพทย์ และการมาตรวจตามแพทย์นัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ทารกมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากขาดสารลดแรงตึงผิวในปอดจากการเกิดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ประมาณ 31 สัปดาห์
- หายใจเหนื่อยหอบ มี subcostal retraction เขียวทั้งตัว มี apnea บ่อย อัตราการหายใจ 68-74 ครั้งต่อนาทีวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่ ได้ 40-60 %
- On ET-Tube no.3.0 ลึก 7 cm. มุมปาก, on ventilator setting PTV mode FiO₂ 0.4, PIP 16, PEEP 6, MR 50, Ti 0.34
- CXR พบ moderate RDS

วัตถุประสงค์

ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

ทารกหายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มี retraction ไม่มีภาวะ cyanosis ไม่มี apnea อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 40-60 ครั้ง/นาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ผิวหนัง ได้มากกว่า 92%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพทารกโดยการสังเกตลักษณะการหายใจและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน
2. ดูแลให้ทารกหายใจในภาวะความดันบวกตลอดเวลาทางท่อหลอดลมคอ และช่วยแพทย์ให้พ่นสารลดแรงตึงผิวในปอด (surfactant 4 ml.) และเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
 - ดูแลเครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดสายต่อต่างๆของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง หรือหักพับ ระวังข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอหลุดจากกัน เพราะจะทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้และจัดให้ท่อหลอดลมคออยู่เหนือขอบปากไม่เกิน 1-1.5 นิ้ว ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเลื่อนลงหรือการหักงอของท่อ และเพื่อความสะดวกในการดูดเสมหะ

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเสมอ ยึดหลักปราศจากเชื้อ โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสียงปอดได้ เสียงเสมหะก่อนดูดเสมหะควรเพิ่ม FiO_2 เป็น 1.0 ประมาณ 1 นาที ใช้ความดันขณะดูดเสมหะ 60-80 มิลลิเมตรปรอท และبيب ambu bag ด้วยออกซิเจน 100% อัตรา 10 ลิตร/นาที ขณะทำสังเกตอาการทารก ถ้าเขียว เหนื่อยหอบ มากขึ้น ควรหยุดดูดเสมหะทันที

4. จัดท่านอนให้เหมาะสม ให้ศีรษะสูงเล็กน้อย 15-30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ให้ใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่ให้หน้าเียงเล็กน้อย ระวังไม่ให้ผ้าเลื่อนมาอยู่บริเวณใต้ศีรษะ เพราะจะทำให้หลอดลมคอแคบลงและช่วยให้หายใจในช่องท้องหยาบตัวลงไม่ดันกะบังลม

- ดูแลทารกให้ได้รับการนอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่รบกวนทารกบ่อยครั้งจนเกินไปปรับอุณหภูมิตัวอบอุ่นให้พอเหมาะกับอุณหภูมิของทารก ตามหลักการปรับอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในช่วงที่ทำให้ทารกใช้พลังงานให้น้อยที่สุดโดยรักษาอุณหภูมิกายให้อยู่ในช่วง 36.8-37.2 องศาเซลเซียสเปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีหลังขับถ่าย เพื่อลดการใช้พลังงานจากความเย็น

5. ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา โดย On ECG Monitor ตรวจวัดเป็นระยะๆทำให้สามารถหลีกเลี่ยงและแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ก่อนที่จะเกิดอันตรายมากขึ้น

6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ พร้อมทั้งบันทึก ทุก 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่ผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หายใจหอบ กลั้นหายใจหรือเขียววัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ผิวหนัง ได้น้อยกว่า 88% รายงานแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล

ทารกหายใจไม่เหนื่อยหอบไม่เขียว, ไม่มีการดิ่งรังของกล้ามเนื้ออก, ไม่มีหยุดหายใจ อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 48-56 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 132-158 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 92%

ปัญหาที่ 2 มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

- วัดอุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส
- ตัวเย็น เยียวทั้งตัว
- ศูนย์ควบคุมความร้อนยังทำงานไม่สมบูรณ์ อายุครรภ์ 31 สัปดาห์
- พื้นที่ผิวกายมีมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว และไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย น้ำหนักแรกเกิด 1,510 กรัม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทารกมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ

เกณฑ์การประเมิน

อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8 – 37.2 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ทารกอยู่ในตู้อบจัดที่นอนที่ทำด้วยผ้าลักษณะคล้ายรังนก (Nest) และปรับอุณหภูมิของตู้อบ ให้เหมาะสมกับน้ำหนักของทารก
2. วัดอุณหภูมิของทารกและอุณหภูมิของตู้อบตลอดจนวัดสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง
3. สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าทารกมีอาการอุณหภูมิของร่างกายต่ำ เช่น รีเฟล็กซ์น้อยลง ผิวกายซีด ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียว เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
4. ระวังมิให้ทารกสูญเสียความร้อนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลโดยก่อนจับทารกต้องเช็ดมือให้แห้งทุกครั้ง ไม่เปิดฝาตู้อบทิ้งไว้หรือนานเกินความจำเป็น และปฏิบัติการพยาบาลควรใช้เวลาให้น้อยที่สุด
5. ก่อนนำทารกออกจากตู้อบเพื่อให้การรักษาพยาบาล เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรห่อตัวทารกให้อบอุ่นเสมอ
6. ไม่ปล่อยทารกนอนบนผ้าอย่าง หรือที่นอนที่ไม่มีผ้าปูรองหลังทารกถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระควรเช็ดให้แห้ง

การประเมินผลการพยาบาล

ทารกตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ไม่ซีมี อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 36.9 – 37.1 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 3 ทารกเสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์
ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 31 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,510 กรัม อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส
- ผิวหนังบอบบาง
- ใส่ท่อหลอดลมคอและต่อกับเครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

- อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส
- ไม่ซีมี รับนมได้ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน หรือกระสับกระส่าย เคลื่อนไหวแขนขาได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ร้องกวน
2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique โดย ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังที่สัมผัสหรือให้การพยาบาลทารก
3. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเช็ดตัวทุกวัน และเปลี่ยนผ้าเมื่อทารกปัสสาวะหรืออุจจาระและควรซับให้แห้งทุกครั้ง
4. จำกัดการเข้าเยี่ยมเฉพาะมารดา และแนะนำให้ล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้ง

5. ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการดูดเสมหะ และเปลี่ยนสายยางดูดเสมหะใหม่ทุกครั้ง ดูแลพลิกตะแคงตัวทารก ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด ทำให้มีการกระจายของออกซิเจนดีขึ้น และหลังพลิกตัว ควรตรวจดูตำแหน่งของท่อหลอดลมคอด้วยทุกครั้งทำความสะอาดข้อต่อต่าง ๆ ของเครื่องช่วยหายใจ โดยการเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งที่ถอดหรือใส่ เพื่อดูดเสมหะ

6. สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของเสมหะขณะดูดเสมหะทุกครั้ง ถ้าผิดปกติควรส่งเสมหะตรวจเพาะเชื้อ

7. สังเกต ติดตาม และบันทึกอาการแสดงของการติดเชื้อ ทุก 4 ชั่วโมง โดยวัดอุณหภูมิของร่างกาย และอาการซึมหรือการเคลื่อนไหวของทารก เพื่อประเมินการติดเชื้อ

8. ใหยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Ampicillin 150 mg. IV q8 hr., Gentamicin 7 mg. + 5%D/W up to 1 ml IV drip in 30 min q 36 hr.

การประเมินผลการพยาบาล

ทารกตอบสนองต่อการกระตุ้นดี รับนมได้ดี ท้องไม่อืด ไม่มีการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุณหภูมิของร่างกาย 36.8 – 37.2 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 4 ทารกเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการดูดกลืนและระบบทางเดินอาหารยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 31 สัปดาห์
- ทารกมีภาวะหายใจลำบาก
- ใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร

วัตถุประสงค์

ทารกได้รับสารน้ำสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

- น้ำหนักตัวไม่ลดลงหรือลดลงไม่เกินวันละ 20 กรัมริมฝีปากไม่แห้ง ผิวหนังไม่เหี่ยวยุบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำ และสารอาหาร เช่น ผิวหนังมีความยืดหยุ่น ตึงตัวไม่ดี เหี่ยวยุบกระหม่อมบวม

2. ดูแลทารกให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ TPN, 20% Intralipid โดยเครื่องควบคุมจำนวนหยดของสารน้ำและขณะให้สารน้ำจัดท่าให้เหมาะสมและระวังไม่ให้สายพับงอ

3. ลดการใช้พลังงานของทารก โดยให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและรวดเร็ว

4. สังเกตรีเฟล็กซ์ การดูด การกลืน และ bowel sound เพื่อประเมินความพร้อมของทารกในการที่จะรับนม

5. ก่อนให้นมผสมทางสายยางทุกครั้ง ต้องทดสอบให้แน่ใจว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารและดูลักษณะ จำนวน Content ในกระเพาะอาหาร และการดูดซึม ถ้ามี Content มากกว่า 50% ของนมที่ให้ รายงาน แพทย์ทันที

6. ดูแลให้นมผสมทางสายยางทุก 3 ชั่วโมง จำนวน (ซี.ซี), ตามแผนการรักษาของแพทย์และหลังให้นมจัดให้นอนศีรษะสูง

7. บันทึกการให้นมและปริมาณนมที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารทุกครั้ง

8. สังเกตภาวะขาดน้ำ โดยดูความตึงตัวของผิวหนังและดูแลชั่งน้ำหนักทุกวัน เวลา 06.00 น. ก่อนให้นมเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

การประเมินผลการพยาบาล

ผิวหนังทารกมีความตึงตัวดี รับนมทางสายยางได้ดี ไม่สำรอก

ปัญหาที่ 5 ทารกมีภาวะโลหิตจาง

ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกตัวซีด การตอบสนองต่อการกระตุ้นน้อยลง
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่
- ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 37.4 เปอร์เซ็นต์ (วันที่ 14 กันยายน 2562)

วัตถุประสงค์

- ทารกไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
- มีค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงมากกว่า 40 เปอร์เซ็นต์

เกณฑ์การประเมิน

- ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงมากกว่า 40 เปอร์เซ็นต์ไม่มี Apnea วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ผิวหนัง ได้มากกว่า 92 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพทารกและสัญญาณชีพก่อนให้เลือด
2. เตรียมอุปกรณ์ในการให้เลือดพร้อมทั้งตรวจสอบชนิดของเลือด หมู่เลือด ชื่อ นามสกุล HA, AN ให้ตรงกัน
3. ให้เลือดยึดหลักปราศจากเชื้อก่อนให้เลือดล้างมือให้สะอาด
4. ให้ LPRC 15 cc. IV drip in 4 hr. by syringe pump บันทึกกรายงานเวลาเริ่มให้เลือดและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนระหว่างให้เลือดพร้อมทั้งลงบันทึก
5. ตรวจค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงซ้ำหลังเลือดหมด 2 ชั่วโมง

การประเมินผลการพยาบาล

ทารกตอบสนองต่อกระตุ้นดี ไม่มีหยุดหายใจ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 43 เปอร์เซ็นต์ (วันที่ 15 กันยายน 2562) ไม่มีอาการแทรกซ้อนขณะให้เลือด ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ผิวหนัง 98-99 %

ปัญหาที่ 6 ทารกมีภาวะตัวเหลือง จากการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด เนื่องจากการทำหน้าที่ของตับยังไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกอายุ 50 ชั่วโมง มีภาวะตัวเหลือง Microbilirubin 7.4 mg% (7 กันยายน 2562)

- ทารกมีสีผิวเหลืองบริเวณใบหน้า ลำตัว แขนและขา
- ทารกได้รับการส่องไฟรักษา

วัตถุประสงค์

ระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดปกติ ไม่เกิดภาวะสมองได้รับอันตรายจากระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีอาการซีดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่เกร็ง หรือชักกระตุก
- ค่า Micro bilirubin <8 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพสีผิวของทารกและอาการ
2. ปิดตาทารกทั้งสองข้างด้วยแผ่นปิดตาที่ทำมาจากวัสดุทึบแสง ให้มืดชิดตลอดระยะเวลาการส่องไฟ เพื่อลดการระคายเคืองต่อตา
3. ดูแลให้ทารกได้รับการส่องไฟรักษาอย่างมีประสิทธิภาพโดยปฏิบัติตามนี้ ยกแผงส่องไฟสูงจากตัวทารก 15-20 เซนติเมตร ตรวจสอบการทำงานของไฟที่ใช้ส่องให้อยู่ในสภาพที่ดีอยู่เสมอทั้งถอดเสื้อผ้าออกให้หมด ยกเว้นผ้าอ้อม
4. สังเกตและบันทึกระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งอาการทั้งระบบประสาทที่แสดงว่าสมองถูกทำลาย เช่น ซีดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง ชักกระตุก ถ้าพบรีบรายงานแพทย์ทันที
5. วัดอุณหภูมิของทารกทาง ทูต 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง
6. จัดทาทารกนอนคว่ำหรือหงาย พลิกตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง สังเกต เพื่อให้ผิวหนังทุกส่วนได้รับแสงอย่างทั่วถึง
7. ไม่ควรทาแป้ง น้ำมัน หรือโลชั่น ให้แก่ทารกเพราะอาจมีส่วนผสมบางอย่างในสารเหล่านี้ทำให้เกิดการระคายเคืองของแสงได้
8. ติดตามผลบิลิรูบิน ทุกวัน เวลา 06.00 น. และเมื่อมีอาการและอาการแสดงถึงความรุนแรงจากภาวะตัวเหลือง

การประเมินผลการพยาบาล

- ทารกตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ผิวแดงดี ไม่เกร็ง หรือชักกระตุกค่า Microbilirubin 5.8 mg% (วันที่ 9 กันยายน 2562)

ปัญหาที่ 7 บิดามารดามีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตรและไม่สามารถแสดงบทบาทบิดามารดาได้อย่างเต็มที่

ข้อมูลสนับสนุน

- บิดามารดามีสีหน้าวิตกกังวลท่าทางกระวนกระวายซักถามอาการของทารกทุกครั้งที่มาเยี่ยมและบอกว่ากลัวทารกจะเสียชีวิต
- มารดาร้องไห้ขณะเข้าเยี่ยมทารกและบอกว่าสงสารทารก

วัตถุประสงค์

- ลดความวิตกกังวลในอาการเจ็บป่วยของทารก
- มีโอกาสแสดงบทบาทบิดามารดาได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

บิดามารดาคลายความวิตกกังวล โดยมีสีหน้าและคำพูดแสดงความสบายใจขึ้นมีโอกาสเข้าเยี่ยมทารกและให้การดูแลทารกได้ตามความเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้บิดามารดาทราบถึงการดำเนินของโรค อาการ สุขภาพของทารก และความจำเป็นถึงวิธีการรักษาพยาบาล พร้อมเหตุผลตามความเหมาะสม และประโยชน์ของเครื่องมือที่ใช้กับทารกด้วยคำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจ

2. เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามปัญหาต่าง ๆ หรือระบายความรู้สึก ตอบคำถามข้อข้องใจ และร่วมสนทนาเพื่อเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลพร้อมทั้งแสดงท่าทีที่จริงใจ เห็นอกเห็นใจ เป็นมิตร

3. ให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลอย่างเต็มความสามารถ

4. อธิบายความก้าวหน้าและอาการของทารกเป็นระยะๆตามความเป็นจริง

5. เปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมและอุ้มทารก หรือดูแลทารก เช่น ช่วยให้นม หรือเปลี่ยนผ้าอ้อม

6. ส่งเสริมความรู้สึกยกย่องนับถือตนเอง และย้ำถึงความสำคัญของการมาเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผลการพยาบาล

บิดา มารดา มีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าที่ดีขึ้น และทราบถึงประโยชน์ของวิธีการรักษาที่บุตรได้รับ สนับสนุนวิธีการรักษา รวมทั้งเข้าใจแผนการรักษาและเครื่องมือที่ใช้กับบุตร และให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาได้เป็นอย่างดี

ปัญหาที่ 8 มารดาขาดความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในทารกคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากขาดความรู้ ไม่มีประสบการณ์มาก่อน และมีความวิตกกังวล

ข้อมูลสนับสนุน

- มารดาแสดงสีหน้าวิตกกังวล เมื่อทราบว่าต้องเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา
- มารดาซักถามถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตร
- มารดากลัวว่าขณะที่ให้บุตรดูดนมจะเจ็บ

วัตถุประสงค์

- มารดามีความรู้เรื่องการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างถูกต้อง
- มารดาสามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

- มารดาเข้าใจ และสามารถอธิบายถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้ถูกต้อง
- มารดาแสดงวิธีการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างถูกต้อง ได้รับการดูแลจากมารดาอย่างใกล้ชิด
- มารดาซักถามวิธีการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้มารดาทราบถึงความสำคัญ และประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้คำแนะนำถึงวิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา คือ สอดนิ้วชี้เข้าปากดูดนิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านบนของขอบราวนม นิ้วอื่น ๆ อยู่ด้านใต้เต้านม กดนิ้วหัวแม่มือไปทางปลายหัวนมเบา ๆ พร้อมทั้งใช้นิ้วชี้ตึงผิวหนังเข้าหาลำตัว ปลายหัวนมจะยื่นออกมา ทำให้ลูกคาบหัวนมได้สะดวก ควรให้บุตรดูดนมบ่อย ๆ หรือทุก 2 ชั่วโมง ถ้าบุตรหลับนานเกิน 3 ชั่วโมง มารดาควรปลุกให้นม การให้บุตรดูดนมควรเริ่มจากข้างที่ดูดค้างจากครั้งที่แล้วเสมอ ควรให้ดูดนมมารดาอย่างเดียว ไม่ควรให้น้ำหรือนมผสม ก่อนให้นมถ้ามารดารู้สึกว่าเต้านมคัด ควรบีบน้ำนมออกจากเต้าด้วยมือจนลานนมนุ่ม แล้วจึงให้บุตรดูดนม
2. ชมเชยและให้กำลังใจแก่มารดา ด้วยท่าที่สุภาพ เป็นกันเองเพื่อให้มารดามีความมั่นใจ
3. สังเกตและติดตามผลการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเสมอ

ประเมินผลการพยาบาล

มารดา เข้าใจ สามารถอธิบายพร้อมทั้งแสดงวิธีเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างถูกต้อง ทารกได้รับการดูแลจากมารดาอย่างใกล้ชิด สม่่าเสมอ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การดูแลด้านการหายใจในทารกเกิดก่อนกำหนด ต้องมีความรอบคอบในการให้กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลทารกการใช้เครื่องมือสำหรับช่วยชีวิตทารกระยะวิกฤต รวมถึงการประเมินและให้ความช่วยเหลือต่อเนื่องจนทารกสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤตไปได้ ควรส่งเสริมพยาบาลประจำหน่วยงานให้มีการฝึกอบรม เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลทารก และการใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ และการสื่อสารข้อมูลอาการและประสานงานที่ดีจะทำให้ช่วยเหลือทารกอย่างทันท่วงที ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันความพิการและลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อค้นปัญหาที่จะคุกคามต่อชีวิตของทารกได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ นำมาวางแผนการให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหา สามารถลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่าย รวมทั้งการลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของทารก ซึ่งบุคลากรของสาธารณสุขควรได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว และต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลแก่ทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

บทสรุป

การเกิดก่อนกำหนดสามารถป้องกันได้จากการมีการฝากครรภ์มีประสิทธิภาพและการปฏิบัติที่ถูกต้องของมารดาขณะตั้งครรภ์ในทุก ๆ ด้าน แต่เมื่อใดก็ตามที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าวได้ การให้การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมของบุคลากรทางสาธารณสุขจะช่วยลดอัตราการตาย และความพิการของทารกเหล่านี้ เพราะทารกคลอดก่อนกำหนดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระบบของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาซับซ้อนการรักษาพยาบาล เป้าหมายของการรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดคือ การช่วยให้ทารกรอดชีวิตโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถมีกิจกรรมและพัฒนาการตามอายุได้อย่างเหมาะสม แต่ผลของการรักษานอกจากจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการทารกแล้ว ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพของการรักษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. BMJ. 2004; 329(7467): 675-8.
2. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. France: World Health Organization; 2006.
3. Bureau of Policy and Strategy, Public Health Ministry. Public health statistic a.d. 2015. Bangkok: The War veterans organization press; 2015. [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf
4. Kelly MM. Primary care issues for the healthy premature infant. J Pediatr Health Care. 2006; 20(5): 293-9.
5. McCourt MF, Griffin CM. Comprehensive primary care follow-up for premature infants. J Pediatr Health Care. 2000; 14(6): 270-9
6. วรราชทิพย์ คุวุฒยากร. การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก การใช้ CPAP และการให้ออกซิเจน. ใน: สันตปัญณະหิตานนท์, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการประจำปี 2556 ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทยupdate and practical points in preterm care. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอตทีฟ พรินท์ จำกัด; 2561. หน้า 134-52.
7. หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. (2562). รายงานสถิติผู้ป่วยหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

จิรภา ละอองนวล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าช้าง

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว จะทำให้เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock) ซึ่งมีอัตราการตายสูง การใช้แนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis guideline) โดยกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (Early Goal Direct Therapy: EGDT) จะช่วยลดอัตราการตายได้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ที่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ รายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย Bacterial pneumonia R/O CHF รายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย UTI / Sepsis ทั้ง 2 รายได้รับการปฏิบัติตาม Sepsis guideline แต่เนื่องจากผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ไม่บรรลุเป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเกิดการทำงานของอวัยวะล้มเหลว (Organs dysfunction) โดยเฉพาะระบบการหายใจล้มเหลวทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บรรลุผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย Sepsis ในระยะ 6 ชั่วโมงแรก คือ Competency ของพยาบาลในการประเมิน ติดตามและเฝ้าระวัง จึงควรเน้นให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลที่สอดคล้องกับรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะช่วยชะลอการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

คำสำคัญ: ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

Abstract: Nursing care for patients with Septic shock: a comparative case study

Jirapa la-angnoul RN

Delayed treatment of the sepsis patients will cause septic shock, which has a high mortality rate. The use of sepsis guideline with the Early Goal Direct Therapy (EGDT) in the first 6 hours can reduce the mortality rate.

This study is a comparative study of 2 sepsis patients. The first one with bacterial pneumonia R / O CHF, the second with UTI / Sepsis. Both of them were treated with the sepsis guideline, but because the outcomes of medical treatment during the first 6 hours do not achieve the goal. Causing both patients to develop organs dysfunction and organ failure, especially respiratory failure.

The nurse's competency in using sepsis guideline with the Early Goal Direct Therapy (EGDT) by assessment, monitoring is the one of importance factors that leads to the success outcomes of EGDT. Therefore, it should be emphasized to nurses to realize the importance of nursing in accordance with the targeted treatment in the first 6 hours because it will delay the failure of vital organs and reduce the mortality rate.

Keywords Septic shock comparative case study

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมาก ถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก สถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 อันดับโรคของปี พ.ศ. 2560 และ 2561 โดยเสียชีวิตร้อยละ 34.82 และ 34.22 ตามลำดับ¹ จากสถิติของโรงพยาบาลท่าช้าง พบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นอันดับแรกของการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยในปี 2560-2562 พบผู้ป่วยเสียชีวิตถึงร้อยละ 11.9, 27.27 และ 18.18 ตามลำดับ

การติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งตามระดับความรุนแรงเพื่อให้ง่ายต่อการประเมินและการรักษา เป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) systemic inflammatory response syndrome (SIRS) เป็นกระบวนการอักเสบ (systemic inflammation) ที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อ ต้องมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) อุณหภูมิร่างกาย $> 38^{\circ}\text{C}$ หรือ $< 36^{\circ}\text{C}$ 2) อัตราการเต้นของหัวใจ > 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจ > 20 ครั้ง/นาที หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg และ 4) เม็ดเลือดขาว $> 12,000$ หรือ $< 4,000$ cell/mm³ หรือมี immature form $>$ ร้อยละ 10 (2) Sepsis คือ ภาวะ SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปร่วมกับมีอาการหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย (3) Severe sepsis คือ ผู้ป่วย sepsis ที่เกิดภาวะ hypoperfusion หรือ organs dysfunction โดยที่มีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ และ (4) Septic shock ภาวะ sepsis ที่มี systolic blood pressure < 90 mmHg หรือลดลง > 40 mmHg จากค่าเดิม หรือ Mean Arterial Pressure (MAP) < 70 mmHg² โดยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำ อย่างเพียงพอแล้ว³ ผู้ป่วย Sepsis ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็ว จะทำให้เข้าสู่ภาวะ Septic shock และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 เนื่องจาก Toxin ของ Bacteria ที่เข้าสู่กระแสเลือด จะทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัวอย่างรวดเร็วทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ถึงแม้จะให้สารน้ำ อย่างเพียงพอ จึงต้องให้ยากลุ่ม Vasopressor เพิ่ม เช่น Norepinephrine ความดันโลหิตที่ต่ำลงทำให้เกิด การขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากภาวะ Hypoperfusion เนื้อเยื่อจะปรับตัวโดยพยายาม ดึงเอาออกซิเจนจากเลือดซึ่งมีน้อยอยู่แล้วออกจากฮีโมโกลบินและพลาสมาให้มากขึ้น หากยังไม่เพียงพอ ร่างกายจะปรับตัวโดยเปลี่ยนไปใช้ anaerobic metabolism แทน ทำให้ระดับของสาร lactate ในเลือด สูงขึ้น นอกจากนั้น Toxin ของ Bacteria ยังทำให้เกิดลิ่มเลือดขนาดเล็กกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (DIC)

ทำให้เกิด Organ dysfunction เกิดการทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลว หากอวัยวะล้มเหลวพร้อม ๆ กันหลายระบบ (Multiple Organ Failure) จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว^{3,4}

การดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันทีภายใน 6 ชั่วโมงแรก จะช่วยชะลอการล้มเหลวของอวัยวะ ทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายได้ สมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทยจึงได้พัฒนาและประกาศใช้แนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis guideline) โดยกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (Early Goal Direct Therapy: EGDT) ไว้ดังนี้ 1) การรักษาระบบไหลเวียนให้มีความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Pressure : CVP) อยู่ระหว่าง 8-12 cmH₂O 2) การรักษาระบบไหลเวียนให้มีความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure :MAP) $\geq$ 65 mmHg 3) ปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง และ 4) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Saturated central venous Oxygenation: ScvO₂) มากกว่าหรือเท่ากับ 70 เปอร์เซ็นต์หรือมีความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (O₂ Saturation) $\geq$ 95%^{2,3}

เนื่องจากภาวะ severe sepsis และ septic shock เป็นภาวะที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งต้องการการคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มี 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความถูกต้อง รวดเร็ว ในการวินิจฉัย การรักษาที่ช้า หรือเริ่มให้การรักษาเมื่อเกิด Multiple organs dysfunction แล้ว จะทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมาก โดยผู้ป่วย septic shock ที่มีการทำงานของ organs dysfunction 1 ระบบ จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20 หากมี organs dysfunction เพิ่มขึ้นเป็น 2, 3 หรือ 4 ระบบ อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 40, 60 และ 80 ตามลำดับ 2) ความรวดเร็วและเหมาะสมในการให้สารน้ำ โดยเฉพาะใน 1-2 ชั่วโมงแรกของการรักษา การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงขึ้น และ 3) ความรวดเร็วในการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและครอบคลุมเชื้อ^{2,3,5}

จากการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่ง^{5,6,7,8} พบว่า การมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Sepsis (Sepsis guideline) ร่วมกับการรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก (EGDT) จะทำให้ค่าสัดส่วนการฟื้นภาวะช็อกภายใน 6 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง นอกจากนั้นยังต้องมีการดูแลรักษาเพื่อประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบการหายใจ ระบบการทำงานของไต และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อกจะเกิดภาวะ poor tissue perfusion ซึ่งจะทำให้เกิด กระบวนการเมตาบอลิซึมผ่าน anaerobic pathway เกิดการคั่งของ lactic acid ทำให้มีภาวะเลือดเป็นกรด ระบบการหายใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อปรับสมดุลกรดต่างในเลือด ร่างกายจะมีการปรับตัวทำให้เกิด splanchnic vasoconstriction ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะภายในช่องท้องและไตลดลง ทำให้การทำงานของไต ลดลงจนเกิดภาวะ acute renal failure⁹

ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดนั้น โรงพยาบาลท่าช้างมีการปฏิบัติตาม Sepsis guideline ที่ใช้ร่วมกันของเครือข่ายโรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งรวมถึงการกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (EGDT) โดยเริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2559 แต่ยังไม่ได้มีการประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตาม Sepsis guideline การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินคุณภาพการพยาบาลรวมทั้งศึกษาถึงปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตาม Sepsis guideline เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สำหรับผู้ป่วย Sepsis ในรพ. ท่าช้างต่อไป โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะ Septic shock จำนวน 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 43 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ ไอ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้มา 1 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอ หายใจเหนื่อย ไม่ได้ไปรักษาที่ใด 1 ชั่วโมง ก่อนเหนื่อยมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล แรกรับ T 38.1 °C, P 106 /min, RR 32 /min, BP 130/88 mmHg, O₂ sat 96% แพทย์ตรวจร่างกายพบ Crepitation both lung ผล CXR infiltration both lung Dx. Pneumonia R/O CHF ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น Lymphoma, TB pleura และมีประวัติใช้ยา Amphetamine หลังรับไว้ให้ Ceftriazone 2 gm IV, Lasix 40mg IV, 0.9% NaCl 1000 cc. IV drip KVO ผล Lab แรกรับที่ผิดปกติ คือ WBC 13,300 cell/mm³, Neu. 61.4 cell/mm³, PLT 102,000 cell/mm³, Hct. 23.6, eGFR 86.68, BUN 16.0, Cr 1.0, K 3.47 ให้การรักษาตามอาการคือ PRC IV drip, KCL oral หลังรับไว้ 6 ชั่วโมง BP 82/65 mmHg/ P 128 /min RR 36 /min/ O₂ sat 95% T 39.9 °C เปลี่ยน Antibiotic เป็น Ceftazidime 2 gm IV ใส่ Foley cath. Urine ออก 150 cc. BP 87/54 mmHg ให้ 0.9% NaCl IV load 500 cc. BP ยังต่ำ 96/55 mmHg ให้ Norepinephrine 4:250 IV drip หลังรับไว้ 18 ชั่วโมง RR 30 /min P 110 /min BP 106/74 mmHg, WBC 15,740 cell/mm³/ PLT 79,000 cell/mm³ หลังรับไว้ 24 ชั่วโมง มีอาการหายใจลำบาก RR 30 /min, O₂ Sat. 93%, On Endotracheal tube และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสิงห์บุรี Dx. Pneumonia/ Septic shock/ Respiratory failure

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 59 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ มีไข้สูง คลื่นไส้อาเจียนมา 1 ชม. ประวัติการเจ็บป่วย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล. มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด รักษาที่คลินิกอาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ได้รับยา Antibiotic Gentamycin 240 mg (V) drip และให้กลับบ้านรอดูอาการ แต่ไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล แรกรับ T 39.2 °C / P 133 /min RR 20 /min BP 93/69 mmHg Dx. UTI / Sepsis ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น HT, DM หลังรับไว้ให้ 0.9% NaCl 1000 cc IV load 500 cc. หลังจากนั้นให้ 100 cc./hr., H/C 2 specimens, Ceftriazone 2 gm IV, ผล Lab แรกรับ ที่ผิดปกติ คือ WBC 3,350 cell/mm³, Neu 80.5 cell/mm³, PLT 97,000 cell/mm³, eGFR 16.98, BUN 40.0, Cr 3.0 ผล Urine exam พบ WBC 30-50 cell หลังรับไว้ 6 ชั่วโมง BP 84/50 mmHg ให้ 0.9% NaCl 1000 cc IV load และให้ Norepinephrine 4:250 IV drip ใส่ Foley cath. เพื่อติดตาม Urine out put หลังรับไว้ 24 ชั่วโมง T 36.8 °C / P 84 /min RR 20 /min BP 84/64 mmHg WBC 6,430 cell/mm³ Neu 89.2 cell/mm³ PLT 50,000 cell/mm³ หลังรับไว้ 48 ชั่วโมง พบว่า PLT ลดลงเหลือ 34,000 cell/mm³/ eGFR ลดลงเหลือ 12.54 BUN/Cr. เพิ่มขึ้นเป็น 51.0 และ 3.9 ตามลำดับ ผล SGOT 173, SGPT 144 หายใจเหนื่อยหอบ CXR พบ Pulmonary congestion จึง On Endotracheal tube และ ส่งต่อโรงพยาบาลสิงห์บุรี Dx. Septic shock/ AKI / Respiratory failure

เปรียบเทียบกรณีศึกษา : การปฏิบัติตาม Sepsis guideline และ การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT)

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การปฏิบัติตาม Sepsis guideline		
1.1 การชักประวัติอาการ SIRS + Infection	1.1 มี SIR 4 ข้อ คือ T 38.1°C, P106/min, RR 32/min, WBC 13,300 cell/mm ³ + มี Hx. Infection (ไอ / เหนื่อย)	1.1 มี SIR 3 ข้อ คือ T 39.2°C, P133 /min, WBC 3,350 cell /mm ³ + มี Hx. Infection (ปัสสาวะ แสบขัด)
1.2 การเจาะ H/C ใน 30 นาที หลัง Dx. Sepsis	1.2 ไม่ได้เจาะ Dx. Bacterial pneumonia R/OCHF	1.2 เจาะ H/C แกร็บ Dx. UTI / Sepsis
1.3 การให้ ATB ใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis	1.3 ให้ Ceftriazone 2 gm IV	1.3 ให้ Ceftriazone 2 gm IV
1.4 การให้ 0.9% NSS IV load	1.4 ให้ 0.9% NSS IV KVO เนื่องจาก R/O CHF	1.4 ให้ 0.9% Nacl 1000 cc IV load 500 cc. หลังจากนั้นให้ 100 cc./hr.
1.5 การให้ Vasopressure	1.5 ให้ Norepinephrine 4:250 IV drip	1.5 ให้ Norepinephrine 4:250 IV drip
2. การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT)		
2.1 การได้รับ ATB	2.1 ได้ Ceftriazone 2 gm IV	2.1 ได้ Ceftriazone 2 gm IV
2.2 BP ≥ 90/60 mmHg หรือ MAP ≥ 65mmHg	2.2 BP 82/65 mmHg	2.2 BP 84/50 mmHg
2.3 CVP อยู่ระหว่าง 8-12 cmH ₂ O	2.3 ไม่ได้ใส่สาย Central line	2.3 ไม่ได้ใส่สาย Central line
2.4 O ₂ Saturation ≥ 95%	2.4 O ₂ Saturation 95%	2.4 O ₂ Saturation 95%
2.5 urine > 30 cc./Kg/hr.	2.5 urine ~ 100 cc./hr.(ไม่ได้ใส่ Foley cath. / ได้ Lasix 40 mg IV.	2.5 urine ~ 45 cc./hr.(ไม่ได้ใส่ Foley cath.)

เปรียบเทียบกรณีศึกษา

การวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การพยาบาล
ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 82/65 mmHg - P 128/min, RR 36/min - T 39.9 °C	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 84/50 mmHg - P 133/min, RR 20/min - T 39.2 °C	การพยาบาล - Monitor V/S, O2 sat. - ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation อย่างเพียงพอ และทันเวลา - ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine ซึ่งเป็นยา High Alert Drug ปรับยา และติดตาม Blood pressure ให้ได้ Target ตาม Rx. รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ที่บริเวณ IV site - เฝ้าระวังภาวะ organ dysfunction ทุกระบบ โดยการติดตามอาการ/อาการแสดง/ผล Lab ต่างๆ
เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 82/65 mmHg - P 128/min, RR 36/min - T 39.9 °C - BS: Crepitation both lung - CXR: infiltration both lung	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 84/50 mmHg - P 133/min, RR 20/min - T 39.2 °C - CXR : pulmonary congestion	- ติดตามและประเมิน อาการของ Respiratory distress อย่างต่อเนื่อง ทั้งลักษณะ อัตราการหายใจ - ประเมิน Breath sound - ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ติดตาม O2 Sat. ตลอดเวลา
เสี่ยงต่อภาวะไตวายจากการไหลเวียนเลือดไปที่ไตลดลง เนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 82/65 mmHg - P 128/min, RR 36/min - eGFR 86.68, BUN 16.0, Cr	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 84/50 mmHg - P 133/min, RR 20/min - eGFR 16.98, BUN 40.0, Cr 3.0	- ดูแลการให้สารน้ำ และ Vasopressure ให้เป็นไปตาม Rx. - ติดตามและประเมิน จำนวน Urine out put - ติดตามค่า eGFR, BUN - Record I/O

เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การพยาบาล
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดกระจายในหลอดเลือด (DIC) จาก Toxin ของ Bacteria	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 82/65 mmHg - P 128/min, RR 36/min - PLT 102,000 cell/mm ³ หลังรับไว้ 18 hr. PLTเหลือ 79,000	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 84/50 mmHg - P 133/min, RR 20/min - PLTแรกรับ 97,000 cell/mm ³ หลังรับไว้ 24 hr. PLTเหลือ 50,000 หลังรับไว้ 48 hr. PLTเหลือ 35,000	- Monitor V/S, O2 sat. - ติดตามค่า Platelets - สังเกตจุดเลือดออกบริเวณต่างๆ - สังเกตอาการและอาการแสดงของ Internal bleeding และอาการที่แสดงการว่ามีการไหลเวียนลดลง เช่น ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา การส่งต่อ	ข้อมูลสนับสนุน - ญาติมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock ใส่ ET tube ส่งต่อ ร.พ. สิงห์บุรี	ข้อมูลสนับสนุน - ญาติมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock ใส่ ET tube ส่งต่อ ร.พ. สิงห์บุรี	- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อาการ แนวทางการรักษาและการพยาบาลเป็นระยะ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม - เป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลจากแพทย์โดยตรง
เสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ขณะส่งต่อ	ข้อมูลสนับสนุน - เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock มีภาวะการหายใจล้มเหลว ต้องใส่ ET tube มีภาวะ Septic shock ทำให้เสี่ยงต่อภาวะการไหลเวียนล้มเหลว และให้ Norepinephrine 4:250 IV drip ผ่าน Infusion pump นอกจากนั้นยังใส่สาย Foley cath. เพื่อติดตามการทำงานของไต แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต อาการไม่คงที่ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งในขณะส่งต่อ อาจมีอาการทรุดลงได้	ข้อมูลสนับสนุน - เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock มีภาวะการหายใจล้มเหลว ต้องใส่ ET tube มีภาวะ Septic shock ทำให้เสี่ยงต่อภาวะการไหลเวียนล้มเหลว และให้ Norepinephrine 4:250 IV drip ผ่าน Infusion pump นอกจากนั้น ยังใส่สาย Foley cath. เพื่อติดตามการทำงานของไตแสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต อาการไม่คงที่ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งในขณะส่งต่อ อาจมีอาการทรุดลงได้	- ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม - ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง - การให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ - การดูแลให้ได้รับ IV fluid และ Vasopressure - Monitor V/S / O ₂ Sat ตลอดเวลา

วิเคราะห์การปฏิบัติตาม Sepsis guideline / การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT) และการพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ SIRS + Infection ซึ่งแสดงว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่ได้เจาะ H/C เมื่อแรกรับ แกร็บ BP 130/88 mmHg แต่ผู้ป่วยได้รับ ATB ตาม Guideline คือ Ceftriazone 2 gm IV ตั้งแต่แรกรับ ร่วมกับแพทย์ฟัง Breath sounds พบ Creptitation จึง R/O CHF จึงให้ Lasix 40 mg IV และไม่ Load IV fluid ร่วมกับผู้ป่วยไม่ยินยอมใส่ Foley cath. ทำให้ประเมินสารน้ำได้ยาก จึงพบว่าใน 6 ชั่วโมงแรก ไม่บรรลุ EGDT กล่าวคือ ในชั่วโมงที่ 6 BP 82/65 mmHg ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และยังไม่ได้มีการใช้ค่า Mean ในการติดตามค่าความดันโลหิต จึงทำให้ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย Progress ไปจนถึงภาวะ Septic shock ทำให้เกิดการล้มเหลวของระบบหายใจ (Respiratory failure) และการล้มเหลวของระบบไหลเวียน (BP 82/65 mmHg)

ด้านการพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า การประเมินผู้ป่วยและการบันทึกตามแบบประเมิน Sepsis ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ยังไม่ครบถ้วน ยกเว้นการประเมิน SIRS ซึ่งประเมินได้ครบถ้วน ส่วน Search Out Severity (SOS) มีการประเมิน แต่ยังไม่มีการปฏิบัติการพยาบาล คือ การ Monitor V/S ตามค่าคะแนนที่ประเมินได้ เนื่องจากพบว่าเมื่อผู้ป่วยมี SOS ≥ 4 คะแนน ต้อง Monitor V/S ทุก 15 นาที แต่ไม่พบการ Monitor ตามระยะเวลาที่กำหนด นอกจากนั้นยังไม่มีประเมิน tissue hypo perfusion และ organs dysfunction ตามที่ sepsis guideline แนะนำ ในด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่ายังไม่สอดคล้องกับการรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก และยังไม่สามารถวิเคราะห์ Clinical risk ของผู้ป่วยได้ ส่วนบันทึกทางการพยาบาลพบว่าการบันทึกยังไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ SIRS + Infection ซึ่งแสดงว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด เจาะ H/C แกร็บที่ ER และได้รับ ATB ตาม Guideline คือ Ceftriazone 2 gm IV ภายใน 60 นาที ผู้ป่วยมี BP แกร็บ 93/69 mmHg จึงได้รับการ Load IV fluid ~ 1,100 cc. ซึ่งไม่ครบตาม Guideline สำหรับผู้ป่วยที่อายุ ≤ 60 ปี ซึ่งต้อง Load IV 3,000 cc. และยังไม่ได้ใส่ Foley cath. เพื่อประเมินการทำงานของไต ผู้ป่วยได้รับการใส่ Foley cath. หลังรับไว้ 20 ชั่วโมง จึงพบว่าใน 6 ชั่วโมงแรก ไม่บรรลุ EGDT กล่าวคือ ในชั่วโมงที่ 6 BP 84/50 mmHg ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และยังไม่ได้มีการใช้ค่า Mean ในการติดตามค่าความดันโลหิต เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 1 จึงทำให้ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย Progress ไปจนถึงภาวะ Septic shock ทำให้เกิดการล้มเหลวของระบบหายใจ (Respiratory failure) และการล้มเหลวของระบบไหลเวียน (BP 84/50 mmHg)

ด้านการพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า คล้ายคลึงกับกรณีศึกษาที่ 1 แต่กรณีศึกษาที่ 2 ไม่พบบันทึกเรื่องการเฝ้าระวังภาวะ volume overload ซึ่งเป็น nursing clinical risk ที่สำคัญในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับ fluid resuscitation แต่จากการซักประวัติมีโรคประจำตัวคือ hypertension และ DM ร่วมกับผล eGFR 16.98, BUN 40.0, Cr 3.0 UA พบ WBC 30-50 cell มีเพียงการบันทึกสารน้ำเข้า/ออกในแต่ละเวร ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีการใส่สาย central line ในการประเมินสารน้ำ ส่วนในด้านการประเมิน Search Out Severity (SOS) พบว่ายังไม่มีมีการปฏิบัติการพยาบาล คือ การ Monitor V/S ตามค่าคะแนนที่ประเมินได้ นอกจากนั้นยังไม่มีมีการประเมิน tissue perfusion และ organs dysfunction เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 1

สรุปและข้อเสนอแนะทางการพยาบาล

กรณีศึกษาทั้งสองรายเป็นผู้ป่วย sepsis ที่ไม่บรรลุเป้าหมายของการดูแลรักษาใน 6 ชั่วโมงแรก ทำให้มีภาวะ septic shock เกิดความล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ ทั้งนี้อาจเกิดจากแผนการรักษาที่พยาบาลไม่เป็นไปตาม sepsis guideline ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ร่วมกับ Competency ของพยาบาลในการประเมินติดตามและเฝ้าระวัง จึงควรเน้นให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลที่สอดคล้องกับรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะช่วยรักษาอวัยวะสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

บรรณานุกรม

1. สำนักตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข. รายงานการตรวจราชการ ประจำปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [2562]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/2779>.
2. ประสิทธิ์ อุพาพรณ. SEPSIS. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://med.swu.ac.th/internalmed/images/documents/handout/ID/PU/sepsis.pdf>.
3. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. Critical Care towards to Perfection. [อินเทอร์เน็ต]. [2558]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/wp-content/uploads/2019/07/World-Sepsis-Day-Thailand-2016.pdf>.
4. สาร ธรรมเนียมอินทร์. (2561). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 16(2): 58-68.
5. สมใจ จันทะวัง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน. Journal of the Phrae Hospital. 2518; 26(1): 35-46.
6. อ้อย เกิดมงคล. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตโดยนำแนวคิดและแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน และทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์. LANNA PUBIC HEALTH JOURNAL. 44-51.

7. มัณฑนา จิระกังวาน และ ชลิตา จันทเพา. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe sepsis) ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารกองการพยาบาล. 2015; 42(3): 9-32.
8. เนตรญา วิโรจวานิช. ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. Journal of Nursing and Health sciences. 2018; 12(1): 84-94.
9. สุรัตน์ ทองอยู่, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. การดูแลผู้ป่วย severe sepsis. [อินเทอร์เน็ต]. [2561]. [เข้าถึงเมื่อ 19 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก file:///C:/Users/Administrator/Downloads/SevereSepsis_140203.pdf.
10. ทิณัฐ ศรีวิสัยและวิมล ก่อนเส้ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. 2560; 9(2): 152-162.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค Kawasaki ร่วมกับภาวะลำไส้อักเสบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

น้ำอ้อย รินฤทธิ์

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

โรค Kawasaki (Kawasaki) พบในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเพศชายเป็นส่วนใหญ่ เป็นโรคที่มีการอักเสบของหลอดเลือดแดง การอักเสบมีโอกาสดูแลไปยังชั้นกล้ามเนื้อของหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary)

ผู้ป่วยเด็กอายุ 11 เดือน มารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 30 กันยายน 2562 ด้วยอาการมีไข้ ถ่ายเหลวบ่อย 3 วัน จากนั้นมีผื่นแดงขึ้นตามตัว วินิจฉัยแรกรับลำไส้อักเสบเฉียบพลัน (Acute gastroenteritis) ร่วมกับภาวะไข่ออกผื่น (Viral exanthem) และจากการตรวจพบ Erythrocyte sedimentation rate (ESR) และ C-reactive protein (CRP) สูงจึงวินิจฉัยว่าเป็นโรค Kawasaki ได้รับการรักษาโดยให้ Intravenous immune globulin (IVIG) และยาแอสไพริน (Aspirin) และส่งตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) ผลปกติ ระหว่างดูแลให้การพยาบาลลดไข้ ลดการติดเชื้อในร่างกาย ลดความไม่สบายจากผื่นคัน ป้องกันภาวะขาดสารน้ำและอาหาร ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลร่วมกับการให้ข้อมูล คำแนะนำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยเด็กมีอาการดีขึ้นตามลำดับจำหน่ายได้วันที่ 8 ตุลาคม 2562 ติดตามการรักษาค่า CRP ปกติ ไม่พบความผิดปกติของหลอดเลือดแดง Coronary

บทบาทสำคัญของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค Kawasaki คือการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดง Coronary ด้วยการให้ยา IVIG ร่วมกับ ASA และทราบผลข้างเคียงของการสังเกตอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การเพิ่มขึ้นผิดปกติของเกล็ดเลือด ร่วมกับการดูแลความสบายให้แก่ผู้ป่วยเด็ก จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเด็กปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, โรค Kawasaki, ภาวะลำไส้อักเสบเฉียบพลัน

Abstract: Nursing of Kawasaki child patients with acute gastroenteritis: Case study

Kawasaki disease was almost found in the boy under 5 years old. This disease is the inflammation of the arteries. The inflammation can spread to the muscle layers of the blood vessels. This resulted in the complications of coronary artery. Child patients, 11 month of age, with the symptom of fever, watery diarrhea for 3 day and skin rashes was admitted to hospital on 30 September 2019. The patient was diagnosed as acute gastroenteritis with viral examthem. After that, Erythrocyte sedimentation rate (ESR) and C-reactive protein (CRP) were found in the patient. Thus, the patient was also diagnosed as Kawasaki disease. The patient was received Intravenous immune globulin (IVIG), and aspirin and then the patient was detected by echocardiogram. The patient's echocardiogram was normal. During nursing care, the patient cared by nursing fever-reduction, reducing infection in the body, reducing discomfort from rash, prevent the electrolyte depletion. Moreover, caretakers received the information and suggestion for nursing the patient and reducing the anxiety. The patient recovered and then discharged on 8th October 2019. From follow up, the CPR of patient show normal value. The abnormality of the coronary artery was not found.

The role of nurse for nursing care the Kawasaki patient is the preventing the abnormality of the coronary artery with IVIG and ASA drugs and knowing the drug side effects. The observation of the myocardial ischemia and the increasing platelets abnormality together with the comfort care for patients resulted in safe child patient and no complications later.

Key word: Nursing, Kawasaki, Child patients, Acute gastroenteritis

บทนำ

โรคคาวาซากิเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด คาดว่าเกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดพบมากในเด็ก ที่อายุน้อยกว่า 5 ปี⁽¹⁾ มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยในระยะ แรกของโรคพบว่าการขยายตัวของหลอดเลือดแดง โคโรนารีได้ประมาณร้อยละ 30⁽²⁾ การรักษาโรคคาวาซากิ ในปัจจุบัน ได้แก่การใช้ยา IVIG ซึ่งการให้ยาภายใน 10 วัน มีผลในการลดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะหลอดเลือดโป่งพอง ซึ่งนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดและการขาดเลือดเฉพาะที่ของหัวใจได้⁽³⁾ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 25⁽¹⁾ และอาจเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตในเด็ก ด้วยโรคหัวใจในเวลาต่อมาโรคคาวาซากิพบมากในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่น เกาหลีและไต้หวัน^(4,5) พบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า⁽¹⁾

โรคคาวาซากิในประเทศไทยพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2519 เป็นโรคที่พบไม่บ่อยยังไม่มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดที่ชัดเจน มีการคาดการณ์ในแต่ละปีในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยเฉลี่ยพบประมาณ 70-100 ราย/ปี จำนวนทั่วประเทศ 300 ราย/ปี⁽⁶⁾ ปัจจุบันยังไม่มีการวินิจฉัยเฉพาะ ดังนั้นจึงต้องอาศัยอาการทางคลินิก คือ มีไข้ติดต่อกันมากกว่า 5 วัน ร่วมกับอาการแสดง 4 ใน 5 ข้อ ได้แก่ ผื่น ตาแดง การเปลี่ยนแปลงริมฝีปากและในช่องปาก การเปลี่ยนแปลงของมือและเท้าบวมแดง ซึ่งในลักษณะ

หลังอาจพบการลอกของผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า และต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางคลินิกครบ ชัดเจนจัดอยู่ในกลุ่ม Typical Kawasaki disease ส่วนผู้ที่มีอาการทางคลินิกน้อยกว่า 4 ข้อ ร่วมกับความผิดปกติหลอดเลือดแดงโคโรนารีจากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจความถี่สูง หรือการบันทึกภาพหลอดเลือดรังสีจัดอยู่ในกลุ่ม Incomplete⁽⁷⁾

สำหรับโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวนผู้ป่วยเด็กด้วยโรคคาวาซากิจำนวน 5 ราย, 14 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ⁽⁸⁾ ถึงแม้มีจำนวนน้อยแต่เนื่องจากโรคนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี ป้องกันได้ ผู้ให้การรักษาจึงต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยเด็กได้อย่างรวดเร็ว มีความเชี่ยวชาญในการใช้ยา IVIG ให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากผลข้างเคียง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กหายจากโรคและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นและระยะยาว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลหอผู้ป่วยเด็กกุมารเวชกรรมจึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคลากร และผู้ป่วยเด็กในอนาคต

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 11 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อยู่ในความดูแลของมารดา ภูมิลำเนา ตำบลตะลุง อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 30 กันยายน 2562 เวลา 19.42 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 ตุลาคม 2562 เวลา 16.00 น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้ ถ่ายเหลว 3 ครั้ง มีผื่นแดงตามตัว 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

9 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง ถ่ายเหลว มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้ยารับประทาน 6 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีถ่ายเหลว 3 ครั้ง เริ่มมีผื่นแดงตามตัว มาตรวจตามแพทย์นัดให้กลับบ้านรับประทานยาต่อ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ถ่ายเหลว 3 ครั้ง มีผื่นแดงตามตัวมากขึ้น ผู้ปกครองจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปกติ

ประวัติการเกิดและพัฒนาการ

ครบกำหนด ฝากตัดคลอด น้ำหนักแรกเกิด 2,930 กรัม

การเจริญเติบโตและพัฒนาการ

การเจริญเติบโตสมวัยอายุ 3 เดือน สามารถชันคอได้ หันศีรษะไปตามเสียง จำมารดาได้ อายุ 6 เดือน สามารถนั่งได้ อายุ 11 เดือน มีพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ไม่เคยมีพฤติกรรมผิดปกติ

ภาวะโภชนาการ

ดูนมมมารดาตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 9 เดือน น้ำหนัก 8.6 กิโลกรัม เริ่มอาหารเสริมตอน อายุ 6 เดือน
 ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

การได้รับภูมิคุ้มกัน

ครบตามเกณฑ์

ประเมินสภาพร่างกาย

รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นแดงขึ้นตามตัว แขน 2 ข้าง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ
 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกายตามระบบ

Eye	No conjunctivitis. No sunkun eyeball
ENT	No injected pharyng and tonsil. Tonsil no exudase no ulcer
Chest	Normal S1 S2 no murmur
Heart	Normal and equal breath sound
Abdomen	Soft no guarding hyperactive bowel sound
Extremities	No deformity
Neuro	Active and equal bore men
Skin	Maculo-papular rash.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 30 กันยายน 2562 ผล White blood count 17,160 cells/mm³, Neutrophil 48.7%,
 Lymphocyte 42.7%, Hematocrit 34% , Platelet count 900,000 cells/mm³, Na 129 mmol/L
 K 4.41 mmol/L, Cl 101 mmol/L, CO₂ 16 mmol/L, BUN 9 mg/dl, Creatinine 0.24 mg/dl

ผลการตรวจพิเศษ

วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ผล Echocardiogram LMCA 2 mm. RCA 1.6 mm no CAA normal
 cardiac function

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก

Acute gastroenteritis with viral examthem

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Incomplete Kawasaki with acute gastroenteritis

สรุปการรักษาพยาบาล

แรกรับวันที่ 30 กันยายน 2562 รับผู้ป่วยเด็กจากห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการมีไข้ ถ่ายเหลวบ่อย 3 วัน
 จากนั้นมีผื่นแดงขึ้นตามตัว วินิจฉัยแรกรับ Acute gastroenteritis with viral examthem ให้การรักษา
 ด้วยการให้สารน้ำ 5%D/N/5 500 ml iv drip 20 ml/hr ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 500 mg iv drip OD
 และดื่มผงเกลือแร่ (ORS) บ่อยๆ 1 วัน ผู้ป่วยเด็กยังมีไข้ (37.9-38 องศาเซลเซียส) มีน้ำมูกใส ยังมีถ่ายเหลว

เด็กได้รับประทานนมน้อยลง สังเกตพบแผลในเยื่อช่องปาก รายงานอาการแพทย์สงสัยว่าเป็นโรค Kawasaki ส่งตรวจ ESR 57 mm/hr CRP 23.04 mg/L WBC 17,160 Cell/mm³ Platelet count 900,000 Cell/mm³ แพทย์วินิจฉัย Incomplete Kawasaki ให้การรักษาโดยให้ยา IVIG 17.5 gm iv rate 5.5 ml/hr in 30 min, 11 ml/hr in 30 min, 21 ml/hr in 1 hr then 32 ml/hr จนครบ 12 ชั่วโมง และยาแอสไพริน Aspirin gr I 2 ½ tab oral ทุก 6 ชั่วโมง ร่วมกับการรักษาตามอาการ และส่งตรวจ Echocardiogram เพื่อวินิจฉัยภาวะหลอดเลือดแดงหัวใจอักเสบ และการอุดตันของหลอดเลือด ผลปกติ ระหว่างดูแลให้การพยาบาลลดไข้ ลดการติดเชื้อในร่างกาย ลดความไม่สุขสบายจากผื่นคัน ป้องกันภาวะขาดสารน้ำและอาหาร ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลร่วมกับการให้ข้อมูล คำแนะนำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยเด็กมีอาการดีขึ้นตามลำดับ 3 วัน ไข้เริ่มลดลง ผื่นแดงตามตัวเริ่มจางลง แต่พบว่ามีรอยแดงรอบทวารหนัก มีท้องอืด ให้การดูแลด้วยการรักษาความสะอาดและลดอาการแสบเจ็บบริเวณผิวหนัง เพื่อบรรเทาท้องอืดให้รับประทาน Air-x drop 0.3 ml tid pc 7 วัน ผู้ป่วยเด็กไม่มีไข้ ผื่นแดงจางลงเกือบหมด แผลในปากลดลง ไม่มีอาการแสดงของลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก แพทย์จำหน่าย วันที่ 8 ตุลาคม 2562 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน จากติดตามการรักษาค่า CRP 2.5 mg/L ปกติ ไม่พบความผิดปกติของหลอดเลือดแดง Coronary

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 มีการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 3-4 ครั้งต่อวัน เป็นมา 1 สัปดาห์
2. ซึม รับประทานอาหารเสริมได้น้อยลง
3. หลังถ่ายเหลวบ่อยมีอาการท้องอืด
4. WBC 17,160 Cell/mm³ Neutrophil 48.7% Lymphocyte 42.7%
5. มีไข้ 37.9-38 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์

เพื่อลดการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการถ่ายเหลวลดลง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
2. อุณหภูมิปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส
3. WBC 4,000-10,000 Cell/mm³ Neutrophil 34-75% Lymphocyte 20-47%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
2. แนะนำญาติให้ล้างมือ โดยเฉพาะก่อนและหลังป้อนอาหาร และหลังทำความสะอาดร่างกาย
3. ดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับยา Ceftriaxone 500 mg iv drip OD สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ มีผื่นแดง ลมพิษ บวม คลื่นไส้ อาเจียน

4. ให้ยาบรรเทาอาการท้องอืด Air-x drop 0.3 ml tid pc
5. สังเกตลักษณะจำนวน สี กลิ่น ของอุจจาระ และจำนวนครั้งของการถ่าย
6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการติดเชื้อ

การประเมินผล

อาการถ่ายเหลวลดลง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อุณหภูมิ 36.8-37.3 องศาเซลเซียส WBC 12,410 Cell/mm³ Neutrophil 61.4% Lymphocyte 31.9%

ปัญหาที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีถ่ายเหลวเป็นน้ำ 3-4 ครั้งต่อวัน เป็นมา 1 สัปดาห์
2. ซึม รับประทานนมและอาหารเสริมได้น้อยลง
3. มีแผลบริเวณเยื่อในช่องปาก
4. Na 129 mmol/L K 4.41 mmol/L, Cl 101 mmol/L, CO₂ 16 mmol/L, BUN 9 mg/dl, Creatinine 0.24 mg/dl
5. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่ซึมลง
2. ริมฝีปากชุ่มชื้นไม่แห้งแตก ความตึงตัวของผิวหนังปกติไม่เหี่ยวแห้ง
3. ดื่มนมได้อย่างน้อยมีอละ 6 ออนซ์ วันละ 5 มื้อ และอาหารเสริม 2 มื้อ
4. Na 135-145 mmol /L, K 3.5-5 mmol /L, Cl 98-108 mmol /L, CO₂ 22-30 mmol /L
5. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-140 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50-120/75 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ให้สารน้ำ 5%D/N/5 500 ml iv drip 20 ml/hr.
2. ดูแลป้อนยาในปากเพื่อลดอาการเจ็บ แสบที่แผล และส่งเสริมให้รับประทานนมได้มากขึ้น
3. ชั่งน้ำหนักเด็กก่อนอาหารเช้าทุกวันด้วยเครื่องชั่งเดียวกัน ที่ได้มาตรฐานและเวลาที่ชั่งเดียวกัน
4. สังเกตอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ได้แก่ ซึมลง ริมฝีปากแห้ง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง (Skin Turgor)
5. กระตุ้นให้มารดาป้อนนมผสมเกลือแร่แก่ผู้ป่วยเด็กบ่อย ๆ เพื่อทดแทนเกลือแร่ที่สูญเสีย
6. เมื่อการทำงานลำไส้ดีขึ้นให้มารดาป้อนนมครั้งละน้อยแต่บ่อยขึ้น อาหารเสริมเปลี่ยนเป็นโจ๊กปั่นให้ย่อยง่าย และไม่ระคายเคืองแผลในปาก

7. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง
8. บันทึกจำนวนน้ำเข้าออกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการสูญเสีย

การประเมินผล

ผู้ป่วยเด็กได้รู้สึกตัวดี ไม่ซึมลง ริมฝีปากชุ่มชื้น ความตึงตัวของผิวหนังปกติ ตื่นนมได้มีอละ รับประทานโจ๊กปั่นได้มีอละ 5-6 ช้อน Na 133 mmol /L, K 4.41 mmol /L, Cl 98-101 mmol /L, CO₂ 20 mmol /L สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 132-136 ครั้ง/นาที การหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/54-110/70 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการโป่งพองและลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ จากการอักเสบของผนังหลอดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์วินิจฉัย Incomplete Kawasaki จากอาการมีไข้มากกว่า 5 วัน และมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก และมีผื่นแดงตามตัว
2. ผลการตรวจ ESR 57 mm/hr และ CRP 23.04 mg/L
3. ระดับ WBC 17,160 Cell/mm³ Platelet count 900,000 Cell/mm³
4. มีไข้ 37.9-38 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดการโป่งพองและลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ
2. ไม่เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา Human normal immunoglobulin intravenous (MG)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
2. ระดับ ESR ปกติ 0-20 mm/hr
3. ระดับ CRP ปกติ < 5 mg/L
4. ระดับ WBC 4,000-10,000 Cell/mm³ Platelet count ปกติ 140,000-450,000 Cell/mm³
5. การตรวจ Echocardiogram ผลปกติ
6. ไม่มีอาการแสดงของผลข้างเคียงจากยา IVIG ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง ปวดตัว ปวดศีรษะ
7. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-140 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50-120/75 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการของลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
2. ดูแลให้ยา IVIG ตามแผนการรักษา คือ IVIG 17.5 gm iv rate 5.5 ml/hr in 30 min, 11 ml/hr in 30 min, 21 ml/hr in 1 hr then 32 ml/hr จนครบ 12 ชั่วโมง ขณะให้ยาให้การพยาบาล ดังนี้
 - ดูแลให้ยา Pre-medication 30 นาที ก่อนให้ยา IVIG คือ Paracetamol syrup 4 ml oral

- ดูแลให้ยา IVIG ตามแผนการรักษาโดยใช้ Infusion pump ไม่รวมกับสายน้ำเกลือยาอื่น
 - ขณะให้ยา ดูแลให้ยาแก้แพ้ Chlorpheniramine (CPM) 1.8 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง
 - สังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา IVIG ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง ปวดตัว
 ปวดศีรษะ

- วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 2 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมงตลอดจนการ
 ให้ยาครบ 24 ชั่วโมง

- เตรียมยาที่จำเป็นสำหรับแก้ไขอาการแพ้ IVIG ได้แก่ Adrenaline (1:1,000) 0.3-0.5 ml
 (0.01 ml/Kg) IM/SC

3. ดูแลให้ยา Aspirin gr I 2 ½ tab oral ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจ

4. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินความผิดปกติของหัวใจ

5. ดูแลส่งตรวจ Echocardiogram เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจและติดตามผล

6. ส่งตรวจห้องปฏิบัติการเพื่อหาระดับ ESR CRP และ Platelet count เพื่อประเมินภาวะ
 การอักเสบของหลอดเลือด

การประเมินผล

ไม่มีอาการแสดงของลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ระดับ
 ESR 14 mm/hr ระดับ CRP 5.7 mg/L ระดับ WBC 10,100 Cell/mm³ Platelet count ปกติ 480,000
 Cell/mm³ การตรวจ Echocardiogram ผลปกติ และติดตามอีก 2 สัปดาห์ (22 ตุลาคม 2562) ผลปกติ
 ในระหว่างให้ยา IVIG ไม่มีอาการแสดงของผลข้างเคียง ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง
 ปวดตัวปวดศีรษะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-128 ครั้ง/นาที การหายใจ
 28-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-120/75 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ให้ประวัติมีไข้ > 5 วัน

2. อุณหภูมิ 37.9-38 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์

เพื่อลดไข้ ให้เด็กเกิดความสุขสบาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะไข้สูง ได้แก่ หน้าแดง ปวดศีรษะ หนาวสั่น ครั่นเนื้อครั่นตัว

2. อุณหภูมิปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

2. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดา หรือน้ำอุ่น เพื่อลดอุณหภูมิร่างกาย

3. ดูแลให้ผู้ป่วยเด็กเด็กสวมเสื้อผ้าหลวม ไม่หนาเกินไปเพื่อให้ระบายความร้อนได้ดี

4. ให้ยา Paracetamol syrup 4 ml oral ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อลดไข้

5. จัดสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบเตียงให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ให้สารน้ำ 5%D/N/5 500 ml iv drip 20 ml/hr.

การประเมินผล

ไม่มีอาการหน้าแดง ปวดศีรษะ หนาวสั่น ครั่นเนื้อครั่นตัว อุณหภูมิ 36.9-37.3 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นแดง คัน ตามตัว**ข้อมูลสนับสนุน**

1. มีผื่นแดง ขึ้นตามตัว แขน 2 ข้าง
2. ผู้ป่วยเด็กเกร็งตัว และร้องกวน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยเด็กได้สุขสบาย อาการคันลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. เด็กไม่ร้องกวน นอนหลับพักผ่อนได้
2. ผื่นแดง ตามตัว แขนลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้มารดาเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นเพื่อให้ผิวหนังสะอาด
2. ทายา Calamine lotion เพื่อลดอาการคันที่ผิวหนัง
3. สังเกตลักษณะผื่น แดง คัน เพิ่มมากขึ้นรายงานแพทย์
4. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า กางเกง ผ้าอ้อมอนามัยไม่ให้อับชื้น

การประเมินผล

ในระยะช่วง 2-3 วันแรก ผื่นยังไม่ลดลง ต่อมาผื่นเริ่มจางลงเหลือบริเวณลำตัว เด็กไม่ร้องกวน นอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 6 ผิวหนังบริเวณทวารหนักระคายเคืองเนื่องจากการถ่ายอุจจาระบ่อย**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ปกครองแจ้งว่าเด็กก้นแดง ร้องกวนเวลาทำความสะอาด
2. บริเวณรอบทวารหนักมีรอยแดง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยเด็กได้สุขสบาย ไม่ระคายเคืองผิวหนังบริเวณทวารหนัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังบริเวณทวารหนักไม่มีรอยแดง หรือรอยแดงจางลง
2. เด็กไม่ร้องกวน

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังการขั้วถ่ายอุจจาระทุกครั้ง ทำความสะอาดด้วยสำลีก้อนใหญ่ชุบน้ำทำความสะอาด จากนั้นเช็ดให้แห้ง
2. ทายา Zince paste รอบๆ ทวารหนักหลังเช็ดทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง เพื่อลดการระคายเคือง
3. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า กางเกง ผ้าอ้อมอนามัยไม่ให้อับชื้น
4. สังเกตบริเวณรอบๆ ทวารหนักถ้ามีอาการอักเสบแดงมากขึ้น รายงานแพทย์

การประเมินผล

ผิวหนังบริเวณทวารหนักรอยแดงจางลง ไม่มีอาการบวมหรืออักเสบเพิ่มขึ้น เด็กไม่ร้องกวนเวลาทำความสะอาด

ปัญหาที่ 7 บิดา มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร**ข้อมูลสนับสนุน**

1. มารดาถาม “ลูกเป็นโรคอะไร ท้องเสียแต่ทำไมให้ยาเยอะจัง”
2. บิดา มารดามีสีหน้าเครียด วิตกกังวล

วัตถุประสงค์

บิดา มารดาคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. บิดา มารดา มีความรู้ และเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยในครั้งนี้
2. บิดา มารดา มีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี มีท่าทางเป็นมิตร ยิ้มทักทายผู้ป่วยเด็กและญาติ
2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่กลัว และกังวลเพื่อให้การช่วยเหลือ
3. อธิบายภาวะของโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับ
4. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดและนุ่มนวล มีท่าทีที่มั่นใจเป็นกันเอง
5. อธิบายเหตุผลทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมการพยาบาลใด ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้การดูแลผู้ป่วยเด็กทุกเรื่อง เช่น ดูแลขณะรับประทานอาหาร อาบน้ำ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า
6. ให้ข้อมูลบิดา มารดาด้วยความเต็มใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งต่าง ๆ ที่สงสัยแสดงความเห็นออกเห็นใจ ปลอดภัยในขณะที่ผู้ป่วยเด็กและญาติกลัว
7. ให้บิดา มารดาเฝ้าดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันความวิตกกังวลจากการพลัดพรากของเด็ก

การประเมินผล

บิดา มารดา มีความรู้ และเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยในครั้งนี้ มีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษามีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ผู้ป่วยเด็กกรายนี้มาด้วยอาการไข้มากกว่า 5 วัน มีถ่ายเหลว ผื่นแดงขึ้นตามตัว จัดอยู่ในกลุ่มโรคคาวาซากิที่มีอาการทางคลินิกไม่ครบ เนื่องจากมีอาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย แต่เนื่องจากพยาบาลผู้ดูแลมีความรู้ และความชำนาญในการประเมินผู้ป่วย มีการรายงานเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ตรวจพบได้ทันที ทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว และการรักษาด้วยการให้ยา IVIG มีประสิทธิภาพ และจากการที่ต้องให้ยา IVIG ซึ่งเป็นยาที่มีโอกาสเกิดอาการแพ้รุนแรงได้ จึงต้องให้ยาแก้แพ้ก่อนและการให้ยาต้องเฝ้าระวังควบคุมจำนวนให้ได้ตามแผนการรักษา และประเมินอาการแพ้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น อันได้แก่ ไข้สูงขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อปรับลดอัตราการให้ยาทำให้ผู้ป่วยรายนี้ปลอดภัย

การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เนื่องจากโรคคาวาซากิเป็นโรคที่ต้องส่งผู้ป่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่อย ต้องส่งเลือดตรวจเป็นระยะ ดังนั้นในการให้การรักษายาบาลแต่ละครั้งต้องอธิบายให้บิดามารดาและผู้ปกครองเข้าใจเพื่อความร่วมมือที่ดี นอกจากนี้การที่ผู้ปกครองติดตามสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ตทำให้เกิดความกลัว และวิตกกังวลจากความรุนแรงและวิธีการรักษาโรคนี้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคได้อย่างถูกต้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถาม อธิบาย สาเหตุความรุนแรงของโรค การรักษาให้ข้อมูลและเหตุผลของการรักษาโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจ มั่นใจและยอมรับการรักษามากขึ้น

สรุป

โรคคาวาซากิ มีการดำเนินโรคและเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน มีความยุ่งยากในการวินิจฉัย รวมทั้งการรักษายาบาล และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด การที่พยาบาลให้การพยาบาลที่เหมาะสม และเข้าใจพยาธิสภาพของโรค จะทำผู้ป่วยเด็กได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กพ้นภาวะวิกฤต ทุเลาจากอาการเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, Treatment, and LongTerm Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. *Circulation* 2017; 135: 927–99.
2. Kuo H-C. Preventing coronary artery lesions in Kawasaki disease. *Biomed J* 2017; 40: 141– 6.
3. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. Thai National Formulary 2010 : Special Access Medicines of National List of Essential Medicines. นนทบุรี: สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2553.
4. Lin M-T, Wu M-H. The global epidemiology of Kawasaki disease: Review and future perspectives. *Glob Cardiol SciPract* 2017;201-20.
5. Singh S, Vignesh P, Burgner D. The epidemiology of Kawasaki disease: a global update. *Arch Dis Child* 2015; 100: 1084–8.

6. กรมการแพทย์. คาวาซากิ. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นจาก https://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=107282. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563]
7. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. การพยาบาลเด็ก เล่มที่ 2. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ธนาเพลส; 2555.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานกุมารเวชกรรม. รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ; 2562.

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคหัวใจ

พวงทอง ขำเจริญ
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการศึกษาประวัติผู้ป่วยจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ 4 แผน การรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันใช้การรักษาพยาบาลแบบระบบช่องทางด่วน (Fast track STEMI) งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี รวมถึงการวางแผนการจำหน่าย

วัตถุประสงค์ : เพื่อการศึกษาการดำเนินโรค การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลันและศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

วิธีการศึกษา : การศึกษาเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนมิถุนายน 2562 - กรกฎาคม 2563

ผลการศึกษา : จากการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2 ราย พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจไม่สะดวก เจ็บที่หน้าอกก่อนมา 90 นาที มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่เป็นขณะนอนอยู่ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ได้รับการรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้ยามีภาวะแทรกซ้อน คือ ความดันโลหิตต่ำขณะให้ยาได้ปรับแผนการดูแลผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา รายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 66 ปี มาด้วยอาการจุกแน่นหน้าอกใต้ลิ้นปี่ไม่มีร้าวไปที่ใด ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดคอปวดหลัง รักษาโดยการรับประทานยาสมุนไพรไม่ทุเลา ต่อมามีอาการใจสั่นเหงื่อออกปวดศีรษะ ปวดต้นคอมากขึ้น ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคไขมันในเส้นเลือดมา 11 ปี รักษาโดยตลอดผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) และได้รับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ICU จากการติดตามมีความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดรายที่ 1 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ICU 1 วันและรายที่ 2 เข้ารับการรักษา 2 วัน จึงส่งต่อไป

รับการรักษา ที่โรงพยาบาลทรวงอก และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าตามลำดับ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของระบบ Fast track MI

สรุปผลการศึกษา

จากกรณีศึกษา บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในภาวะวิกฤต มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วพยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องการบริหารยา การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งส่งต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสามารถลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กรณีศึกษาการพยาบาล

Abstract: Nursing care of acute myocardial infarction patients case study

Phuangthong Khamcharoen

Emergency Department of nursing' Singburi Hospital

Acute myocardial infarction was an important cause of death in Thailand due to cardiovascular disease. It is a crisis that causes a sudden death of patient AMI is a life heart muscle is abruptly cut off, causing tissue damage. This is usually the result of the blockage in the one more of the coronary arteries, on MI can lead to a number of serious complications The key is to reperfuse the heart and restore blood flow. The early liner the treatment less than 6 hours from symptom onset the better the prognosis.

Objective: The purpose of the report was to study the prognosis treatment and nursing compose the differences of the patients with of acute myocardial infarction in a case study of the patient

Research Method: Case study in two specific cases. All data are collected between June 2019 and August 2020 the study of 2 patients with acute myocardial infarction second that the first case 66 years old came in with the symptom. Result: Case study of case 1 Thai male patient aged 66 years old came to the hospital with the system of smoking twenty years. The patient was given thrombolytic drug and further receive nursing care from problem list and successful reperfusion. Case study of case 2 Thai male patient aged 66 years olds came to the hospital with having tight chest and not refer pain 30 minutes before arriving at the hospital. He had a history of DLP with thirty years then the patient received both intravenous thrombolytic drug and nursing care from problem list and successful reperfusion

Conclusion: The patient care of crisis, acute myocardial infarction, nurse have an important role of evaluation and screening the patient currently and quickly when a patient arrived at the hospital. This makes the patient receive a current diagnosis and get a faster treatment with a thrombolytic drug. The nurse must have knowledge of drug management and always monitor abnormality that may occur in patient since they arrive at the hospital, unit transfer to another hospital. This treatment makes the patient survive more.

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ชื่อย่อ AMI เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากข้อมูลสถิติของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2560 มีประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตถึง ร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 20,746 ราย อัตราตาย 21 : 8 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.57 : 1 กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราตายสูงที่สุดที่ 144.4 ต่อประชากรแสนคน¹ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด โดยแยกจาก ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electrocardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตันร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI) และ Unstable angina²

วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตัน หายอุดตันโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นการรักษาที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ โดยเวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาที^{3,5} นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาล (door to needle time) โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นโรงพยาบาลขนาด 278 เตียง เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary syndrome : ACS) เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน 1 ใน 5 อันดับโรคของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวนผู้ป่วย กลุ่ม ACS ในปี 2560-2562 มีผู้ป่วย 65, 47 และ 35 รายตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับ SK จำนวน 55, 39 และ 26 รายตามลำดับ⁴

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นี้ กรณีศึกษารายที่ 1 หลังจากให้ SK แล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนการรักษาพยาบาลเป็นไปตาม Guideline ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเวลา 40 นาที และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ส่วนกรณีที่ 2 หลังจากให้ SK แล้วมีภาวะแทรกซ้อนหลังจากให้ยา คือ มีภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ได้รับการแก้ไขภาวะ Hypotension ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 49 นาที ผู้ป่วยทั้ง 2 รายรอดชีวิต ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้งสองรายเพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน คัดกรอง และเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่เป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีความเสี่ยงสูงจากผู้มาใช้บริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน
3. ดำเนินการศึกษาโดยการศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย การประเมินปัญหาความต้องการพยาบาลครอบคลุมไปถึงการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาล ในระยะวิกฤต ประเมินผลการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. สรุปและอภิปรายผลจากกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	66 ปี	66 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ก่อนมา 30 นาที	จุกแน่นกลางหน้าอก 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการจุกแน่น กลางหน้าอก คลื่นไส้ ไม่อาเจียน สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดัน โลหิต 101/64 มม.ปรอท ชีพจร 55 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการจุกแน่น กลางหน้าอก คลื่นไส้ ไม่อาเจียน สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดัน โลหิต 101/64 มม.ปรอท ชีพจร 55 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ก่อนมา 30 นาที ไม่ได้รักษาที่ใด	1 วันก่อนมามีอาการขาบริเวณ ต้นคอ ปวดคอ ปวดหลัง รับประทานยาสมุนไพรและ ใช้น้ำมัน นวด 5 ชั่วโมงก่อนมา มีใจสั่น เหงื่อออก คล้ายจะเป็นลม ปวดกราม ปวดคอ มากขึ้น
ประวัติการรักษาในอดีต/ใน ครอบครัว	ปฏิเสธ	เป็นโรคไขมันในเลือด (DLP) มา 11 ปี ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล สิงห์บุรี ปัจจุบัน หยุดยาแล้ว
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
สารเสพติด	สูบบุหรี่วันละ 10 มวน/วัน ปัจจุบันยังสูบบุหรี่/สูบมาเป็นเวลา 30 ปี	สูบบุหรี่วันละ 20 มวน/วัน ปัจจุบันยังสูบบุหรี่/สูบมาเป็นเวลา 20 ปี
การวินิจฉัยแรกรับ	Acute myocardial infraction (STEMI)	Acute myocardial infraction (STEMI)
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	- EKG ST elevation at aVL V2-V5 ST Depression II , III , aVF - Acute myocardial infraction at anteroseptal	- EKG ST elevation lead II , III , aVF - ST Depression lead V2-V5 - Acute myocardial infarction at Inferior wall
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	Hct41.3 % ,Hb13.7 g/dl RBC 4.27×10^6 /ul WBC 10.13×10^3 /ul MCV 66.3 f Troponin T 35.71.00 pg/ml	Hct 37.6 % ,Hb 12.5 g/dl RBC 5.67×10^6 /ul, DTX=179 mg % WBC 9.81×10^3 /ul MCV 66.3 fL ,MCH 22.00 pg Cholesterol 194 mg/dl Triglyceride 72 mg/dl Troponin T 757.00 pg/ml HDL-c 36 mg/dl LDL 144 mg/dl

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1
คะแนนความเจ็บปวด (pain score)	10 คะแนน	7 คะแนน
การเข้าถึงบริการโรงพยาบาล	ญาตินำส่ง/มาเอง	ญาตินำส่ง/มาเอง
D T E	2 นาที	28 นาที
DT Needle time	40 นาที	49 นาที
Onset to D	1 ชั่วโมง 20 นาที	1 ชั่วโมง 9 นาที
การรักษาที่ได้รับ	- Isordil (5) 1 tab อดไม่ได้ - ASA (81) 4 tab ☉ - Plavix (75) 4 tab ☉ - On 0.9 % Nacl 1000 cc v drip 60 cc/hr - Streptokinase 1.5 mu + nss 100 ml drip in 60 นาที	- ASA (81) 4 tab ☉ - Plavix (75) 4 tab ☉ - On 0.9 % Nacl 1000 cc v drip 60 cc/hr - Streptokinase 1.5 mu + nss 100 ml drip. in 60 นาที
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	1 วัน	2 วัน
ค่ารักษาพยาบาล	15,578 บาท	19,556 บาท

ตารางที่ 2 การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน

ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง	1. ให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที 2. ติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน ให้มากกว่าร้อยละ 90 3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามการรักษา 6. จัดให้นอนศีรษะสูง 30-60 องศา 7. สังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยและประเมิน

ตารางที่ 2 การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (ต่อ)

ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ปริมาณเลือดที่ส่งออกก่อนที่ลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ	1. ประเมินข้อห้าม/ข้อควรระวังในการให้ยา 2. อธิบายข้อดี/ข้อเสียของยาให้ญาติและผู้ป่วยรับทราบ 3. ให้ผู้ป่วย/ญาติเซ็นใบยินยอมในการให้ยา 4. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวประเมิน pain scale ก่อนการให้ยา 5. ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษา 6. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติ 7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 8. Monitor EKG
3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Streptokinase	1. Monitor EKG เพื่อประเมินอาการตลอดเวลา 2. ตรวจสอบการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำว่าทำงานได้ตามปกติหรือไม่ 3. ประเมินสัญญาณชีพก่อนให้ยาและขณะให้ยาทุก 10 นาที 4. ประเมินและติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติอย่างต่อเนื่อง 5. เตรียมยา และอุปกรณ์ให้พร้อมใช้สำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน
4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	1. ประเมินความวิตกกังวลของญาติและผู้ป่วย 2. ให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นระยะๆ 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของพยาบาล 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการ 5. ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี ประวัติเป็นโรคไขมันในเลือดมา 11 ปี สูบบุหรี่ วันละ 10 มวนสูบมา 40 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ รับประทานอาหารปกติ ไม่ได้ออกกำลังกาย	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัวสูบบุหรี่ วันละ 20 มวน ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	ผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยรายที่ 2 มีประวัติสูบบุหรี่ รายที่ 1 มีโรคร่วมด้วย คือมีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งทั้งสองคนมีโอกาเสี่ยงสูง
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ไม่อาเจียน ก่อนมา 30 นาที Pain score 10 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-elevate in lead I, aVL, v1-v5 ST-depress in lead II, III, aVF Troponin-T ผล 35.71pg แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น anterior wall MI	จุดแน่นกลางหน้าอก 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง ก่อนมารพ. ใจสั่น เหงื่อออกเยอะอาการคล้ายจะเป็นลม ปวดกรรพวดคอมาก เหนื่อย Pain score 7 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-elevate in lead II, III, aVF ST-depress at lead I, aVL V2-V5 เจาะ Troponin -T ผล 757.00 pg แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น inferior wall MI	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วย acute myocardial infarction (anterior wall) หลอดเลือดเส้นซ้ายอุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้า ด้านซ้าย ส่วนรายที่ 2 เป็น acute myocardial infarction inferior wall หลอดเลือดอุดตันหัวใจด้านล่าง และด้านข้างขวา ขวขาดเลือดไปเลี้ยง
3. การรักษา	ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ผู้ป่วย FAST track STEMI ให้การรักษา ASA (81) 4 tabs เคี้ยวก่อนกลืน, Plavix (75) 4 tab oral, 0.9 NSS 1000 ml V drip 10 cc/hr OnO2 cannular 3 lite/min On lock เพิ่มอีก 1 เส้น ให้ยา Streptokinase 1.5 MU drip 100ml/hr	ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ผู้ป่วย FAST track STEMI ให้การรักษา ASA (81) 4 tabs เคี้ยวก่อนกลืน, Plavix (75) 4 tab oral, 0.9 NSS 1000 ml V drip 10 cc/hr On O2 cannular 3 lite / min On lock เพิ่มอีก 1 เส้นให้ยา Streptokinase 1.5 MU drip 100ml/hr	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น ได้รับยา antiplatelet anti coagulant และละลายลิ่มเลือด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
4. ปัญหาและการวินิจฉัย	ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาล ทั้งหมด 4 แผน การดูแลสามารถแก้ไข บรรเทาได้ตามแผนพยาบาล	ได้รับการดูแล โดยมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 4 แผน การดูแลสามารถแก้ไขบรรเทาได้ตามแผนพยาบาล	ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองดูแลเบื้องต้นได้รับการพยาบาลและแก้ไขปัญหาย่างทันท่วงที
5. การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ICU และได้รับการส่งต่อไป โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี	ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ICU และได้รับการส่งต่อไป โรงพยาบาลทรวงอก จ.นนทบุรี	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ ทั้งสองราย พยาบาลได้มีการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะส่งต่อ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วย Acute myocardial infarction (Anterior wall) หลอดเลือดเส้นซ้ายอุดตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนด้านหน้าซ้ายน้อยลง ผู้ป่วยมักมีโอกาเสียชีวิตสูงถ้าได้รับการรักษาล่าช้า ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นให้ยาต้านเกร็ดเลือดและได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase พยาบาลดูแลก่อนให้ยา ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน บันทึกอาการสัญญาณชีพในใบเฝ้าระวัง ประสานส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย ICU และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อการดูแลต่อจากอายุรแพทย์โรคหัวใจ ในการประเมินในการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ในขณะที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด และระหว่างการส่งต่อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดตามหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดหลอดเลือดเปิด (มี Reperfusion) ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประวัติ โรคไขมันร่วมด้วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัว แก่ผู้ป่วยและครอบครัว แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน ทางโทรศัพท์ 1669 ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็น Acute inferior wall STEMI หลอดเลือดด้านนอกอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจด้านล่าง และด้านข้างขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และการคัดกรองที่รวดเร็วได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที ได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เช่นเดียวกัน แต่ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำลง (Hypotension) จึงต้องมีการแก้ไขภาวะ Hypotension มีการเฝ้าระวังตรวจวัดสัญญาณชีพ 5-15 นาที บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง ประสานส่งต่อผู้ป่วย กับหอผู้ป่วย ICU พักรักษาตัวอยู่หอผู้ป่วย ICU 2 วัน ประสานส่งต่อไป โรงพยาบาลทรวงอก เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรถ Ambulance ให้พร้อมผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยหลังจากติดตามอาการของผู้ป่วยมีความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดได้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 20 มวน ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงแนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หรืออุบัติเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์หมายเลข 1669

สรุปผลการศึกษา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติ การประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เข้าระบบ FAST track MI มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ มีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด การสังเกตภาวะแทรกซ้อนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมมีการประสานการส่งต่อ ทั้งภายในโรงพยาบาล และภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ. 2561.
2. ปาริยา เกกนิชะ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต กรณีศึกษาในโรงพยาบาลกระบี่. กระบี่เวชสาร, 2561; 1(1): 1-9.
3. เกรียงไกร เฮงรัศมี. ใน เกรียงไกร เฮงรัศมี และกนกพร แจ่มสมบุรณ์ บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี : สุขุมวิท การพิมพ์, 2555.
4. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรีประจำปี 2560-2562, 2563.
5. มรกต ภัทรพงศ์สินธุ์. ผลการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลันชนิด ST-elevation ในโรงพยาบาลชัยภูมิ วารสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2558 ;37: 95-104.
6. Antman, E. M., Hand, D. T., Armstrong, P.W., Bates, E. R., Green, L. A., Hand, M., & Mullany, C. J. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. Journal of the American college of cardiology, 3 (44).
7. Edhouse, J. A, Sakr, M , Wardrope, J , and Morris, F. P. Thrombolysis in acute myocardial infarction: the safety and efficiency of treatment in the accident and emergency department. J AccidEmerg Med, 1999; 16: 325-330.

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (Suppl2) ม.ค. – มิ.ย. 2563

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

อังคณา บุญชู

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

โรคเนื้องอกสมองเป็นความผิดปกติด้านการเจริญเติบโตของก้อนเนื้อในสมองหรือในกะโหลกศีรษะ ที่อาจเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดในระบบประสาทและสมอง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองจากพยาธิสภาพของโรคอื่นที่แพร่กระจายไปสู่สมอง การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอกออกเป็นวิธีการหนึ่งของการรักษาเนื้องอกสมองทั้งนี้การผ่าตัดนั้นจะได้ผลมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิด และตำแหน่งของเนื้องอกสมองว่าจะสามารถกำจัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมด หรือกำจัดออกได้บางส่วน และอาจส่งผลกระทบกับผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยทีมผ่าตัดรักษาผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้เขียนจึงมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองที่สามารถกำจัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมดและกำจัดออกได้บางส่วนซึ่งเป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 43 ปี ประวัติ 2 เดือน แขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว หนังตาตก ปวดศีรษะในตอนเช้า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปากเบี้ยว หนังตาตก และมีอาการปวดศีรษะมาก ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแหลมฉบังตามสิทธิ แพทย์ส่งตรวจ CT-Scan พบ mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x 5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี ในวันที่ 29 เมษายน 2563 และแพทย์ set OR for Right Craniotomy with remove tumor วันที่ 30 เมษายน 2563 ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 5 นาที เสียเลือดทั้งหมด 600 ml หลังผ่าตัด 1 วันผู้ป่วยมีไข้ 38.2 องศา ปวดแผลผ่าตัด ยังมีแขนขาซ้ายอ่อนแรง เกรด 4 ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไปหัดทำกายภาพ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 รวมอยู่โรงพยาบาล 9 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 53 ปี มาโรงพยาบาลด้วยมีประวัติ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดศีรษะ ชักเกร็ง 4 ครั้ง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง มุมปากขวาตก ญาติพามาตรวจวันที่ 19 พฤษภาคม 2563 แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลและส่งตรวจ MRI พบ tumor ขนาด 5x6 cm ผู้ป่วยเคยผ่าตัดเนื้องอกสมองแล้วเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563 แพทย์ผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกได้บางส่วนมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงครั้งนี้แพทย์ Set ผ่าตัด Re Craniotomy with lobectomy left parietal lobe with Partial remove tumor วันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาที เสียเลือด 550 ml หลังผ่าตัด 1 วัน มีไข้ 39 องศา ปวดแผลผ่าตัด แขนขาขวาอ่อนแรง เกรด 2 มุมปากขวาตก ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไปหัดทำกายภาพ และอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 27 พฤษภาคม 2563 รวมอยู่โรงพยาบาล 8 วัน

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง อย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ เนื้องอกสมอง, การผ่าตัดเนื้องอกสมอง, การพยาบาล

Abstract: Nursing care of patients with brain tumors surgery.

Aungkana Boonchu, RN.

Brain tumor is a disorder in the growth of a mass in the brain or in the skull and may be caused by abnormalities of stem cells in the nervous system and brain. As well as impaired function of the brain from pathologies of other diseases that metastasis to the brain. Craniotomy is a method of treating brain tumors. However, the operation will be much effective then depends on the type and the location of the brain tumor that can completely eliminate the tumor or can be partially removed and may affecting the patient's physical and mental post- operation. Therefore, the scrub nurses are an important role in helping the surgical team to treat patients successfully and safe from complications. The author is therefore interested in a comparative study of nursing, brain tumor surgery that can total remove tumors and partial remove tumors, Is a comparison of 2 case studies.

Case study I: Thai male patient, 43 years old. History before coming to the hospital for 2 months. Left arm weakness, Bell's Palsy, drooped left eyelid, headache in the morning. 2 days before coming to the hospital with a Bell's palsy. More drooped left eyelid and had a lot of headaches. The symptoms did not improve and therefore went to Laem Chabang Hospital for treatment as according to rights. The doctor sent a CT-Scan to see that mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x 5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm. Therefore, refer the patients to treatment at Chonburi Hospital on 29 April 2020. The surge on set OR for Right craniotomy with remove tumor on 30 April 2020. The operation takes 2 hours and 5 minutes. Estimate blood loss 600 ml. 1 Day after the surgery, the patient has a fever of 38.2 degrees. Surgery wound is pain still having weak left arm in 4th grade. Awareness levels and normal vital signs and going to do physical therapy. and go back to home on May 7, 2020, was included in the hospital for 9 days.

Case study II: Thai woman 53 years come to the Chonburi Hospital with headache, spasticity 4 times, the right limb is weak, the right mouth corner falls. Relative brings to check on May 19 2020. The physician let to admit and submit MRI examination found that the tumor size 5x6 cm in left parietal lobe. The patient had surgery brain tumor on February 5, 2020 which is partially surgically removed. The patient had congenital diabetes and high blood pressure. For this time, the doctor set surgery Re craniotomy with lobectomy left parietal lobe with partial remove tumor on May 20, 2020 which takes 2 hours 45 minutes and estimate

blood loss 550 ml for surgery. 1 day after surgery, the patient had a fever 39 degrees, surgical pain, the right limb is weak in 2th grade, the right mouth corner falls, awareness levels and vital signs are normal. To practice physical and allowed to go home on May 27, 2020. Included in the hospital for 8 days

This study shows that nurses play an important role in caring for patients with brain tumor surgery. Makes the patient safe, without complications and able to return home safely.

Keywords: Brain tumor, Brain tumor surgery, Nursing

บทนำ

โรคเนื้องอกสมองเป็นความผิดปกติด้านการเจริญเติบโตของก้อนเนื้อในสมองหรือในกะโหลกศีรษะ¹ และอาจเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดในระบบประสาทและสมอง ตลอดจนความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองจากพยาธิสภาพของโรคอื่นที่แพร่กระจายไปสู่สมอง เช่น โรคมะเร็งจากอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ปอด เต้านม เป็นต้น²

อุบัติการณ์การเกิดโรคเนื้องอกสมองของประชากรทั่วโลกพบว่า มีอุบัติการณ์การโดยประมาณ 16 คนต่อแสนประชากรต่อปี³และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁴ สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 18.71 ต่อแสนประชากรต่อปี โดยแบ่งออกเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา (benign brain neoplasm) มีอัตราอุบัติการณ์ 11.52 คนต่อแสนประชากรต่อปี และ เนื้องอกชนิดร้ายแรง (malignant brain tumor) มีอัตราอุบัติการณ์ 7.19 คนต่อแสนประชากรต่อปี⁵และจากสถิติการผ่าตัดรักษาโรคเนื้องอกสมองของโรงพยาบาลชลบุรี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกสมองเพิ่มขึ้น คือ 49, 58 และ 69 รายในปี 2560 2561 และ 2562 ตามลำดับโดยผู้ป่วยที่มาใช้บริการอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่มีการส่งต่อมารักษา

การรักษาโรคเนื้องอกสมองโดยวิธีการผ่าตัด เป็นการเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดก้อนเนื้องอกออกจากสมองทั้งหมดหรือเอาออกให้มากที่สุดจำเป็นต้องใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมด้วย⁶ ทำให้สามารถมองเห็นจุดเล็กๆในสมองส่วนที่อยู่ลึกได้พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกจากสมองได้อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นให้น้อยลง⁷ ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะเวลาของการผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องประสานงานกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยในระยะเวลาการผ่าตัดด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองที่สามารถนำออกได้ทั้งหมดและนำออกได้บางส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และสามารถฟื้นฟูกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดก้อนเนื้องอก และนำมาวางแผนการพยาบาลต่อไป
2. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อกำจัดก้อนเนื้องอกที่สามารถนำออกได้ทั้งหมดและนำออกได้บางส่วน

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับการผ่าตัด ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมใช้ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด(Preoperative nursing care)

พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วันที่ห่อผู้ป่วยก่อนผ่าตัด รวบรวมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลก่อนการผ่าตัดและเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และลดความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. เพื่อประเมินสภาพปัญหาต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่พร้อมหรือเสี่ยงต่อการผ่าตัดทำให้มีโอกาสแก้ไขปัญหาก่อนเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการผ่าตัดพอสังเขปและเตรียมเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์ให้พร้อมใช้สอดคล้องเหมาะสมกับวิธีการผ่าตัด ทีมงานผ่าตัดพร้อมให้บริการผ่าตัด
4. เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจภาพลักษณ์ของตนเองหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ศึกษาประวัติผู้ป่วยและผลการตรวจร่างกาย รวมถึงประวัติการเข้ารับการผ่าตัด การแพ้ยา โรคประจำตัว ผลการตรวจเลือดก่อนผ่าตัด ผลการเอกซเรย์ สภาพผิวหนัง น้ำหนัก ระดับการรับรู้
2. ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีหรือมีประวัติเกี่ยวกับโรคหัวใจมาก่อน
3. การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด
4. จัดน้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืน
5. พูดคุยกับญาติโดยการให้ข้อมูลและอธิบายแผนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ และความจำเป็นของการผ่าตัดเนื้องอกสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา
6. ตรวจสอบเอกสารแสดงความยินยอมเพื่อยืนยันว่าการยินยอมของผู้ป่วยถูกต้อง

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด การพยาบาลแรกเริ่มเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องรอการผ่าตัด วัตถุประสงค์

1. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง
2. ประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อวางแผนการพยาบาล
3. ให้กำลังใจเพื่อลดความกลัวและคลายความวิตกกังวล
4. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ พร้อมกับประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด
2. พุดทักทายผู้ป่วย กล่าวถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจำได้และคุ้นเคย
3. ตรวจสอบเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค หัตถการที่ทำตำแหน่งที่ผ่าตัด จากการสอบถามผู้ป่วย จากป้ายข้อมือ ให้ตรงกับใบ Set ผ่าตัดและตามรายงานการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดข้าง
4. ตรวจสอบสิ่งที่ต้องนำมากับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยให้ครบถ้วนตามความต้องการ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกชนิด ให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบผลการตรวจทางรังสีวิทยา
5. เปลี่ยนผ้าคลุมตัวผู้ป่วยและสวมหมวกให้กับผู้ป่วย ก่อนนำผู้ป่วยไปนอนรอในห้องผ่าตัด
6. สอบถามความพร้อมของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหารทางปากอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
7. ตรวจสอบสิ่งที่ไม่ควรติดมากับผู้ป่วย เช่น ของมีค่าต่าง ๆ ฟันปลอม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
8. ตรวจสอบการลงนามยินยอมผ่าตัด

การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative phase)

1. การเตรียมห้องผ่าตัด

การเตรียมงานประจำในห้องผ่าตัด พยาบาลที่อยู่ประจำห้องผ่าตัดเป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมห้องผ่าตัดให้พร้อมใช้งานได้ทันที ได้แก่

1.1 ทำความสะอาดห้องผ่าตัด โดยเริ่มจากโคมไฟก่อนเป็นลำดับแรก โต๊ะวางเครื่องมือ เครื่องใช้เตียงผ่าตัด เครื่องจีไฟฟ้า ฝาผนังห้องเครื่องดูดสารเหลว อ่างล้างมือหน้าห้องผ่าตัดโดยทำความสะอาดจนเช้าทุกวัน เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด

1.2 ตรวจสอบอุปกรณ์ภายในห้องผ่าตัดให้ครบและใช้งานได้ตลอดเวลา ได้แก่ โคมไฟผ่าตัด ไฟเพดาน เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องดูดสารเหลว เครื่อง Computer สำหรับดู X-ray

1.3 จัดเตรียมน้ำยาทำลายเชื้อพร้อมทั้งตรวจสอบการหมดอายุของน้ำยา

2. การเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัด เครื่องใช้ อุปกรณ์

สมองเป็นอวัยวะสำคัญที่มีผลต่อชีวิตและเชื่อมโยงสัมพันธ์กับอวัยวะอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีพให้เป็นปกติสุขได้ ดังนั้นพยาบาลผ่าตัดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัด จะต้องมีความรู้ในเรื่องกายวิภาคและพยาธิสภาพของโรค และต้องมีทักษะ ความชำนาญ ในการจัดเตรียม การใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด เพื่อช่วยให้การดำเนินการผ่าตัดเนื้องอกสมองให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยความปลอดภัยสามารถฟื้นฟูสภาพอย่างรวดเร็วโดยเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดเนื้องอกสมอง มีดังนี้

- 2.1 ชุดเครื่องมือทำความสะอาดผิวหนัง
- 2.2 ชุดเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด
- 2.3 ชุดเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์เฉพาะสำหรับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง
 - Set Craniotomy
 - Set Cranio-tome อุปกรณ์เจาะ ตัด กะโหลกศีรษะ
 - Set BUDDE HALO Retractor อุปกรณ์ถ่าง ขยายเนื้อสมอง
 - Set Micro Dissector
 - Set Micro Scissor
 - กล้อง Microscope และอุปกรณ์กล้อง

2.4 การเตรียมเครื่องเย็บ และวัสดุที่ใช้ในการช่วยห้ามเลือด

3. ทำหน้าเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub Nurse) มีหน้าที่

- 3.1 เตรียมตัวเข้าผ่าตัด ได้แก่ การล้างมือ สวมเสื้อผ่าผ่าตัด สวมถุงมือปลอดเชื้ออย่างถูกวิธี
- 3.2 จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุผูกเย็บ ในการผ่าตัดให้ ครบถ้วน พร้อมใช้งาน
- 3.3 ตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ ผ้าซับโลหิต ของมีคม ร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอกลงบันทึก และตรวจนับให้ครบถ้วน สมบูรณ์ ตั้งแต่ก่อนเริ่มลงมีดผ่าตัด ก่อนเย็บปิดแผลชั้นใน ก่อนเย็บปิดผิวหนัง
- 3.4 ติดอุปกรณ์ช่วยผ่าตัดได้แก่ สายจี้ monopolar สายจี้ bipolar สาย suction โคมไฟ และเลื่อนโต๊ะ Instrument ให้เข้าที่ พร้อมที่จะเริ่มผ่าตัด
- 3.5 วางแผนการส่งเครื่องมือตามขั้นตอนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำความสะอาดเครื่องมือ พร้อมใช้อยู่เสมอจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด
- 3.6 ประเมินสภาพผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถแก้ปัญหาหรือภาวะวิกฤติในระหว่างผ่าตัดได้
- 3.7 สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าแพทย์ต้องการเครื่องมือเครื่องใช้อะไร และจัดส่งทันที
- 3.8 จัดส่งชิ้นเนื้อที่ตัดออกจากผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ให้พยาบาลช่วยรอบนอกนำไปบรรจุ พร้อมแจ้งข้อขึ้นเนื้อทุกตำแหน่งให้ถูกต้อง
- 3.9 ดูแลต่อสายระบายเลือด ในระบบปิด ไม่ให้เลื่อนหลุด พร้อมประเมินจำนวนเลือดในภาชนะที่ใส่
- 3.10 ดูแลปิดแผลผ่าตัดโดยเช็ดทำความสะอาดแผลผ่าตัดไม่ให้มีคราบเลือดติดบริเวณบาดแผล
- 3.11 ช่วยแพทย์ปลด Pin skull clamp ประเมินจุดเลือดออกเช็ดทำความสะอาดและ ปิดรูแผล
- 3.12 ดูแลความเรียบร้อย เปลี่ยนผ้าที่เปียก ประเมินสภาพผิวหนัง และปุ่มกระดูก ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียงผู้ป่วย เพื่อนำผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท
- 3.13 ดูแล เก็บแยกเครื่องมือ นับจำนวนให้ครบถ้วน พร้อม pre-cleaning ก่อนส่งหน่วย CSSD

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด (Postoperative nursing care)

พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองมีความสำคัญมากควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ในการที่จะช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังผ่าตัด ตลอดจนช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสภาพปกติให้เร็วที่สุด

วัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เพื่อประเมินผลหลังให้การพยาบาลขณะผ่าตัด หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ได้แก่ การประเมินการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและเนื้อเยื่อ อาทิเช่น อาการชา ปวดบวม และ แผลกดทับ หรือ ภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัด รวมถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และการผ่าตัด ได้แก่ การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความไม่สุขสบายจากเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด

การศึกษาผู้ป่วย 2 รายนี้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการผ่าตัดดังนี้**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการผ่าตัด**

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายจากการปวดศีรษะ และอาจเกิดภาวะความดันในโพรงสมองสูง
ข้อมูลสนับสนุน: มีก้อนเนื้องอกในสมอง และมีอาการปวดศีรษะ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่ปวดศีรษะเพิ่มขึ้น ไม่มีอาเจียน คะแนน GCS ไม่ลดลงเกิน 2 คะแนน ความดันโลหิต ไม่สูงกว่า 140/90 mmHg ชีพจรไม่ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาทีและพักผ่อนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจร ตามมาตรฐาน
2. จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ เปิดไฟสลัว และให้พักผ่อนอยู่บนเตียง
3. แนะนำญาติให้นวดบริเวณหลังหรือบริเวณต้นคอเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว
4. จัดท่านอนยกศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ไม่ให้ศีรษะพับเอียง
5. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้นเช่น การไอ การสั่งน้ำมูก หรือการก้มศีรษะต่ำ

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่บ่นปวดศีรษะเพิ่ม พุดคุย ผ่อนคลาย และสามารถพักผ่อนได้สัญญาณชีพและระดับการรับรู้ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกว่ากังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และกลัวการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

ความวิตกกังวลลดลง สิ้นน้ำสลดชื่น มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตรให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ให้ข้อมูลสภาพหลังผ่าตัด
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
4. อธิบายแผนการรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

ประเมินผล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง พุดคุย ซักถาม มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง และผิดตำแหน่ง

ข้อมูลสนับสนุน: ตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดมีมากกว่า 2 ข้างและไม่สามารถมองเห็นรอยโรคจากข้างนอกได้

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องและปลอดภัย ตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานงานพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยตามใบแจ้งผ่าตัด และตรวจสอบความถูกต้อง
2. ตรวจสอบความถูกต้องซ้ำอีกครั้ง ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด
3. ตรวจสอบตำแหน่งผ่าตัดให้ตรงกับการรักษาจาก ผลการตรวจ CT Scan หรือผล MRI
4. แพทย์ผ่าตัดต้องเป็นผู้จัดทำผ่าตัด โดยทีมพยาบาลห้องผ่าตัดจะเป็นผู้ช่วยจัดทำผ่าตัด
5. ชาน Sign in Time out เพื่อยืนยันความถูกต้องตัวผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยจัดท่า Supine position จับยึดศีรษะด้วย Pin skull clamp ต่อกับอุปกรณ์ May-filed

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อและผิวหนัง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บ
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการจัดท่าให้เพียงพอและเหมาะสมตรวจสอบความพร้อมใช้งาน
3. จัดท่านอนหงาย จับยึดศีรษะด้วย Pin skull clamp ต่อกับอุปกรณ์ May filed หมุนข้อต่อให้แน่น
4. หมุนปุ่มกระดูกต่าง ๆ ด้วยผ้าหนาๆ จัดแขนทั้งสองข้างแนบลำตัว
5. สำรองร่างกายทุกส่วนให้อยู่ในแนวของ Body alignment แยกขาเล็กน้อย
6. หลังผ่าตัด ประเมินอาการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อและผิวหนัง

การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อและผิวหนัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีการผ่าตัดผ่านชั้นต่างๆของศีรษะ และของเนื้อเยื่อ ซึ่งมีเส้นเลือดมาเลี้ยงตั้งแต่ชั้นหนัง

ศีรษะถึงเนื้อสมอง เช่น Superficial temporal A. Middle meningeal A เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินผล

ขณะผ่าตัด BP $\geq$ 100/60 mmHg, PR= 60-90 ครั้ง/นาที, ปริมาณ Intake output สมดุล
Hct $\geq$ 30%, เสียเลือดไม่เกิน 500 มิลลิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตรวจสอบความพร้อมใช้งาน และจัดสำรองให้มีพร้อมใช้
2. เตรียม Xylocain 2 % with adrenalin จำนวน 10 ml. ฉีดเข้าชั้น Subcutaneous
3. ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่อง Suction สามารถปรับเพิ่มและลดแรงดันได้

4. ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องจีไฟฟ้า สามารถใช้ได้ทั้ง Mono polar และ Bipolar
5. เตรียมอุปกรณ์สำหรับห้ามเลือดให้มีพร้อมใช้งาน
6. เลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับเนื้อเยื่อและตำแหน่งกายวิภาคของศีรษะและสมอง
7. ส่งเครื่องมือตามขั้นตอนการผ่าตัด ด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว, อย่างมีทักษะ
8. ประเมินสถานการณ์การเสียเลือด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันที่

การประเมินผล ไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock ขณะผ่าตัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ เสียเลือดไม่เกิน 500 ml ความเข้มข้นของเลือด มากกว่า 30 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อสมองส่วนที่ดี

ข้อมูลสนับสนุน: ก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ และมีการใช้อุปกรณ์ในการดึงรั้งเนื้อสมอง

เกณฑ์การประเมินผล

เนื้อสมองส่วนที่ดี ไม่ถูกกดทำลาย เนื้อสมองชุ่มชื้นไม่พบเนื้อสมองบวมซ้ำ ไม่มีลักษณะขาดเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมและส่งเครื่องมือตามขั้นตอนผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และเนื้อสมอง
2. วางคลุมเนื้อสมองส่วนที่ดี ด้วยสำลีแผ่นชุบ NSS ชุ่ม เพื่อป้องกันเนื้อสมองแห้ง
3. เตรียมชุดอุปกรณ์ช่วยถ่างขยายเนื้อสมองและกล้อง Microscope
4. เตรียม Brain spatula ขนาดต่างๆให้เหมาะสมกับขนาดของแผล
5. วาง Cottonoid หรือ Gelfoam คลุมปิดเนื้อสมองส่วนที่ดีที่ดึงรั้งก่อน
6. ปรับระดับความแรง Suction ให้เบาลง
7. ส่งเครื่องมืออย่างระมัดระวัง ไม่ให้เกิดการกระแทก ชนกับ Retractor ที่กำลังใช้งานอยู่
8. ประเมินสภาพเนื้อสมองส่วนที่ดีขาดเลือดไปเลี้ยง

การประเมินผล เนื้อสมองส่วนดี ไม่บวมซ้ำ ไม่มี CFS leakage เนื้อสมองไม่แห้งหรือขาวซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ, มีรู Pin skull clamp, 3 รูมีการโกนผมศีรษะ, การละเมิดเทคนิคปลอดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

ทีมผ่าตัดปฏิบัติงานตามเทคนิคปลอดเชื้อ แผลผ่าตัดติดดี ไม่บวมแดง หรือ มีหนอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ ให้สะอาดและพร้อมใช้งานตามมาตรฐาน
2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยเช่น มีบาดแผลถลอกที่ศีรษะ ประวัติสูบบุหรี่
3. ตรวจสอบความปลอดเชื้อของอุปกรณ์ และเครื่องมือผ่าตัด ก่อนใช้งาน
4. ฟอกบริเวณผ่าตัดด้วย 7.5% Povidine scrub และ Paint 10 % Povidine solution 2-4 ครั้ง
5. เปิดอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด และส่งเครื่องมือ ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Cefazolin 1 gm IV ก่อนทำผ่าตัด 30 นาที
7. ล้างเศษกระดูก ก้อนเลือดที่บาดแผลให้สะอาด ด้วย NSS ก่อนปิดแผลผ่าตัด

8. ดูแลต่อสายระบายเลือด ทำงานต่อเนื่อง ในระบบปิด สายไม่หัก พับงอ หรือเลื่อนหลุด

9. การติดตามเย็บผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 – 72 ชม. เพื่อประเมินแผลผ่าตัด

การประเมินผล มีการเตรียมความพร้อมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ เครื่องมือ ตามมาตรฐาน แผลผ่าตัดแห้ง ติดดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน

ก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ขณะผ่าตัดมีการกดเนื้อสมอง หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีไข้

เกณฑ์การประเมินผล

ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 mmHg ชีพจรไม่ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาทีอุณหภูมิกาย ไม่เกิน 37.5 °C
จำนวนน้ำเข้า - ออกจากร่างกายสมดุล ไม่เกิดการคั่งของ CO₂ ในเลือด GCS ไม่ลดลงเกิน 2 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมิน Glasgow Coma Scale ตามมาตรฐานการพยาบาล
2. ติดตามค่า CO₂ ดูแลให้ได้รับ O₂ Canular 3 LPM
3. วัดและบันทึกปริมาณน้ำเข้า - ออก ทุก 2 - 4 ชม.
4. จัดท่านอนยกศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ไม่ให้ศีรษะพับเอียง
5. บริหารยา Dilantin 100 mg IV ทุก 8 ชม. Dexamethasone 4 mg ทุก 8 ชม.
6. ดูแลการได้รับ 0.9 %NSS 1000 ml rate 80 ml/hr ทางหลอดเลือดดำ
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ค่า SpO₂ = 100 สัญญาณชีพ และระดับการรับรู้ไม่ลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบ่นปวดแผล, แผลผ่าตัดยาว, คะแนนความเจ็บปวดมากกว่า 5 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

ความเจ็บปวด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3/10 คะแนนพักผ่อนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาและจัดสภาพแวดล้อมเงียบและสงบ
2. ฝึกการผ่อนคลายโดยการให้ผู้ป่วยหายใจเข้า - ออกอย่างช้า ๆ ลึก ๆ
3. บริหารยาแก้ปวด Morphine 10 mg in NSS 100 ml. drip 5 ml/hr ตามแผนการรักษาและอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงของยา
4. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

ประเมินผล ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด 3 คะแนนนอนพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและอาการที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการหลังจากผ่าตัดจากพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดหัวมาก อาเจียน ชักเกร็ง การเคลื่อนไหวช้าลง ระดับการรับรู้ลดลง แผลผ่าตัดอักเสบมีหนองไหล ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด
2. ให้คำแนะนำการรับประทานยาครบ 5 หมู่ งดการดื่มเหล้า งดการสูบบุหรี่
3. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา
4. ให้คำแนะนำการออกกำลังกายบำบัดต่อเนื่อง ระวังการลื่นล้ม
5. ให้คำแนะนำการดูแลความสะอาดร่างกาย และการพักผ่อน

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 วิดกกังวลเกี่ยวกับการรักษาโรคเนื้องอกสมองและอาการที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการผ่าตัดและบอกว่าหมอพูดว่าอาจต้องไปฉายแสง หรือให้คีโม มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 2 ลิ้นแข็ง พูดซ้ำ ริมฝีปากข้างขวาตก กลัวเป็นภาระของครอบครัว

กิจกรรมพยาบาล

1. พูดให้กำลังใจ และแนะนำให้รักษาต่อเนื่อง รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติผิดปกติ เช่น ปวดหัวมาก อาเจียน ชักเกร็ง ระดับการรับรู้ลดลง แผลผ่าตัดอักเสบมีหนองไหล ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด
2. ให้คำแนะนำการดื่มน้ำ และรับประทานยาครบ 5 หมู่
3. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา ยาเบาหวาน และยาความดัน ตามแผนการรักษา
4. ให้คำแนะนำการออกกำลังกายต่อเนื่อง ระวังการลื่นล้ม
5. ให้คำแนะนำการดูแลความสะอาดร่างกาย และการพักผ่อน

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงแสดงสีหน้าสดชื่น แจ่มใส มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค และแผนการรักษาพยาบาลต่อไป

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 43 ปี ประวัติ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว หนึ่งตาตก ปวดศีรษะในตอนเช้า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปากเบี้ยว หนึ่งตาตก และมีอาการปวดศีรษะมาก ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแหลมฉบังตามสิทธิ แพทย์ส่งตรวจ CT-Scan พบ mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x 5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี ในวันที่ 29 เมษายน 2563 และแพทย์ set OR for Right Craniotomy with remove tumor with repair dura วันที่ 30 เมษายน 2563 ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 5 นาที

ขณะผ่าตัดสามารถปิดคั้นกะโหลกศีรษะได้ เสียเลือดทั้งหมด 600 ml ใส่สายระบายเลือดชนิด tube drain ต่อลงถุงเลือด มีชิ้นเนื้อ ส่ง 1 ถุง หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันรุ่งขึ้น วันที่ 1-2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ 37.8 -38.2 องศา ปวดแผลผ่าตัดและได้รับยาตามแผนการรักษา ไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงยังมีแขนขาซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง ไปหัดทำกายภาพ และอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 รวมอยู่โรงพยาบาล 9 วันและนัดมาตรวจติดตามการรักษาอีก 2 สัปดาห์

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 53 ปี มาโรงพยาบาลด้วยมีประวัติ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดศีรษะ ชักเกร็ง 4 ครั้ง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง มุมปากขวาตก ลิ้นแข็งพูดช้าลง ญาติพามาตรวจโรงพยาบาลชลบุรี วันที่ 19 พฤษภาคม 2563 แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลและส่งตรวจ MRI พบ tumor ขนาด 5x6 cm ผู้ป่วยเคยผ่าตัดเนื้องอกสมองแล้วเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563 แพทย์ผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกได้บางส่วนมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงครั้งนี้แพทย์ Set ผ่าตัด Re Craniotomy with Lobectomy left parietal lobe with Partial remove tumor ในวันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาที เสียเลือด 550 ml ขณะผ่าตัดไม่สามารถปิดคั้นกะโหลกศีรษะได้ใส่สายระบายเลือดชนิด tube drain ต่อลงถุงเลือด มีชิ้นเนื้อ ส่ง 1 ถุง หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันรุ่งขึ้น หลังผ่าตัด 1 วัน มีไข้ 39 องศา ปวดแผลผ่าตัด แขนขาขวาอ่อนแรง เกรด 2 มุมปากขวาตก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง ไปหัดทำกายภาพ และอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 27 พฤษภาคม 2563 รวมอยู่โรงพยาบาล 8 วัน

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปเปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
ชนิดของเนื้องอกในสมอง (Classification of brain tumor) และตำแหน่งของเนื้องอก	เป็นชนิด Meningioma เนื้องอกที่ส่วนมากจะอยู่นอกสมองมีส่วนฉีกติดกับ Dura	เป็นชนิด Astrocytoma มักเกิดในกลีบสมองใหญ่	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเนื้องอกต่างชนิดกัน เกิดในตำแหน่งที่ต่างกัน ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
อาการและอาการแสดง ได้แก่ - ปวดศีรษะ, อาเจียน - ชัก เกร็ง แขนขาอ่อนแรง เป็นอัมพาตครึ่งซีก การทรงตัว มองเห็นเป็นภาพซ้อน พูดจาติดขัด ปากเบี้ยว	- ศีรษะ - แขนขาซ้ายอ่อนแรง เกรด 4 - หน้าตาตก - ปากเบี้ยว	- ปวดศีรษะ - ชักเกร็ง 4 ครั้ง - แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 2 - ลิ้นแข็ง พูดช้า - มุมปากขวาตก	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการและอาการแสดงรุนแรงตามชนิด ขนาด และตำแหน่งของก้อนเนื้องอกที่ไปเบียดกด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง (ต่อ)

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
การตรวจวินิจฉัย ผลX-ray MRI ผลการตรวจชิ้นเนื้อ	CT-Scan พบ mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm ผลชิ้นเนื้อ ระบุชนิด Atypical Meningioma (WHO 2016 GRADE II)	MRI พบ Recurrent tumor at left parietal lobe ขนาด 5 x6 cm ผลชิ้นเนื้อ ระบุชนิด Astrocytoma grade II (WHO 2016 GRADE II)	ผู้ป่วยรายที่ 1 Tumor มีขนาดใหญ่ และเบียดแกนสมอง มีภาวะสมองบวมเป็นชนิด meningioma ก้อนอยู่ติดกับ dura ผู้ป่วยรายที่ 2 Tumor มีขนาดใหญ่เกิดขึ้นอีก ผู้ป่วยเคยผ่าตัดเอาออกแล้ว เป็นชนิดAstrocytomaเนื้องอกเกิดจากเซลล์ ที่ผิดปกติในเนื้อสมองเอง
การผ่าตัดรักษา ระยะเวลาผ่าตัด การเสียเลือดขณะผ่าตัด อาการหลังผ่าตัด	- Right Craniotomy with Total Tumor removal with repair dura มีการตัด dura ติดมากับก้อนเนื้องอก และใส่ dura เทียม - ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชม. 5 นาที - EBL = 600 ml - ปิดคั่นกะโหลก - ใส่ tube drain ต่อลงถุงเลือด - มีชิ้นเนื้อตรวจ 1 ก้อน - On endotracheal tube ส่งกลับหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท	- Left Craniotomy with Partial Tumor removal with Lobectomy left parietal - ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชม. 45 นาที - EBL = 550 ml - ไม่ปิดคั่นกะโหลก - ใส่ tube drain ต่อลงถุงเลือด - มีชิ้นเนื้อตรวจ 1 ก้อน - On endotracheal tube ส่งกลับหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท	ผู้ป่วยรายที่ 1 meningioma จัดเป็นเนื้องอกชนิด extra axial brain neoplasm เนื้องอกเจริญมาจาก arachnoid cap cellเป็นชนิดโตช้า (benign) ถ้าสามารถผ่าตัดเอาออกได้หมดถือว่าหายขาดได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 Astrocytomaเนื้องอกเกิดจากเซลล์ ที่ผิดปกติในเนื้อสมองเองการรักษาส่วนใหญ่คือการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้ได้มากที่สุดโดยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด อาจต้องตามด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง (ต่อ)

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
การพยาบาลก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3. เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดข้างผิดตำแหน่ง 4. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock 6. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อสมองส่วนดี 7. เสี่ยงต่อการเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ	- CT-Scan พบ mass at right frontal lobe size 5.0 x 5.2 x5.6 cm and brain edema and midline shift 1.2 cm และมีอาการปวดศีรษะ Pain score = 4 - ผ่าตัดครั้งแรก	- ผู้ป่วยปวดศีรษะ แผลผ่าตัดเดิมมีก้อนนูนออกมา MRI พบ tumor ขนาด 5x6 cm มีชักกระตุกใบหน้า - ให้ Valium 10 mg IV stat prn เมื่อมีชักเกร็ง - Dilantin 100 mg IV ทุก 8 ชม - ผ่าตัดครั้งที่ 2	กรณีศึกษาครั้งที่ 1 จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เพราะเป็นการผ่าตัดครั้งแรก กรณีศึกษาครั้งที่ 2 เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดแต่กังวลกลัวไม่หายต้องผ่าตัดอีก ผู้ป่วยรายที่ 1 - ขณะผ่าตัด ผ่าตัด BP = 98/60 - 110/70 mmHg, PR = 60-80 ครั้ง/นาที Intake = 1,537 ml Output = 1,100 ml EBL = 600 ml Hct ลดจาก 31.2% เหลือ 27.1% ให้ PRC 2 unit - สามารถนำก้อน Tumor ออกได้ทั้งหมด ผู้ป่วยรายที่ 2 แพทย์ผ่าตัดเข้าแผลเดิมมีก้อนนูนเห็นชัด-ขณะผ่าตัด BP = 129/72 - 148/84 mmHg, Intake = 2,650 ml Output = 860 ml EBL = 600 ml ไม่ได้ให้เลือด - สามารถเอาก้อนเนื้องอกออกได้บางส่วนและมีการตัดกลับเนื้อสมองส่วนข้าง (Pariatal lobe) ออก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
การพยาบาลหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8. เสี่ยงต่อเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บ 9. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดที่ศีรษะ 10. ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและกังวลกับอาการที่เป็นอยู่	ก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ขณะผ่าตัดมีการกดเนื้อสมอง หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีไข้ 37.8 - 38.2°C แผลผ่าตัดยาวมากกว่า 15 cm, ความเจ็บปวด 6/10 คะแนน Morphine 10 mg in NSS 100 ml. drip 5 ml/hr - แขนขาซ้ายอ่อนแรงเกรด 4	มีการตัดกลีบเนื้อสมองส่วนข้าง (Parietal lobe) ขณะนำก้อนเนื้องอกบางส่วนออกมีไข้ 38.7 - 39°C แผลผ่าตัดยาวมากกว่า 20 cm ยังไม่หายกดขยับตัว, ความเจ็บปวด 6/10 คะแนน Morphine 4 mg / 2ml mm ทุก 6 ชม - แขนขาขวาอ่อนแรงเกรด 2 ลั้นแข็ง พุดไม่ชัด	กรณีศึกษา รายที่ 1 ไม่มีความวิตกกังวลเรื่องโรค เพราะการผ่าตัดสามารถเอาก้อนเนื้องอกออกได้หมด ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 มีความวิตกกังวลมาก เนื่องจากต้องทำการรักษาต่อเนื้องอกและมีโรคร่วม - ทั้ง 2 ราย ปวดแผลหลังผ่าตัด ทั้ง 2 ราย กลับกลับมาเป็นซ้ำ และกลัวเดิน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ - ตั้งใจกลับมาทำกายภาพบำบัดตามนัด

สรุป

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอกออกเป็นวิธีการรักษาเนื้องอกสมองโดยตรงทั้งนี้ การผ่าตัดนั้นจะได้ผลมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิด และตำแหน่งของเนื้องอกสมองว่าจะสามารถกำจัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมด หรือกำจัดออกได้บางส่วน และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยทีมผ่าตัดรักษาผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยกลับบ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Brain Tumor Association. Tumor Grading and Staging. [อินเทอร์เน็ต] 2014. [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2563]. Retrieved from <http://www.abta.org/brain-tumor-information/diagnosis/gradingstaging.html>.
2. อรรถพร บุญเกิด. โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor). [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2563] สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/PDF_neuro/4.pdf.

3. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2017.
4. Ostrom, Q. T., Gittleman, H., Fulop, J., Liu, M., Blanda, R., Kromer, C., & BarnholtzSloan, J. S. CBTRUS statistical report: primary brain and central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2008-2012. *Neuro Oncol*, 2015, 1093-1189.
5. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด, 2557.
6. พิมพ์ฉัตร ทรัพย์มีชัย. ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรม การจัดการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2563]. สืบค้นจาก: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5814032040_10679_11254.pdf.
7. คำปิ่น แก้วกนก. การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองระหว่างการผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์, 2562, 83-102.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

ชัชวาลย์ บุญญฤทธิ์

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอาการและการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและเข้ารับการรักษาไว้เป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 31 ตุลาคม พ.ศ.2562

ผลการศึกษา: พบว่ามีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งสิ้น 132 ราย อายุเฉลี่ย 69.80 ± 11.84 ปี ผู้ป่วย 98 ราย (ร้อยละ 74.24) มีอาการในกลุ่ม neuroglycopenic โดยที่ส่วนใหญ่ 47 ราย (ร้อยละ 35.61) มีอาการหมดสติ ไม่รู้สึกตัวก่อนมาโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยคือการรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ($r=0.183$; $p<0.05$) ส่วนการใช้ยาในกลุ่ม Sulfonylureas และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ($r=-0.173$ และ -0.182 ตามลำดับ; $p<0.05$) นอกจากนี้การรับประทานอาหารได้น้อยลงยังมีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.348 สามารถทำนายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ร้อยละ 12.1

สรุปผลการศึกษา: อาการในกลุ่ม neuroglycopenic คืออาการส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำคือการใช้ยาในกลุ่ม Sulfonylureas การรับประทานอาหารได้น้อยลงและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง นอกจากนี้การรับประทานอาหารได้น้อยลงสามารถใช้ทำนายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำตาลในเลือด, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, โรคเบาหวาน

Abstracts: Factors affecting hypoglycemia in patients with diabetes mellitus at Singburi hospital
Chutchawal Boonyarit, Pharmacy Department, Singburi Hospital

Objective: To study signs and symptoms of hypoglycemia that cause patients to be admitted to the hospital and to study factors that affect and predict the occurrence of hypoglycemia among diabetes patients.

Method: This is a descriptive retrospective study conducted in diabetic patients diagnosed with hypoglycemia and admitted as inpatients at Singburi hospital between October 1, 2018 - October 31, 2019.

Result: Overall, 132 patients have met the inclusion criteria with a mean age of 69.80 ± 11.84 years. Of these, 98 patients (74.24%) had neuroglycopenic symptoms, of which 47 patients (35.61%) were unconscious before coming to hospital. Factors affecting patients with hypoglycemia was less food intake which have a positively correlated with hypoglycemia ($r=0.183$; $p < 0.05$). Whereas the use of Sulfonylureas and medication non-compliance were negatively correlated with hypoglycemia ($r= -0.173$ and -0.182 respectively; $p < 0.05$). Besides, less food intake can predict hypoglycemia at a rate of 12.1% ($R=0.0348$)

Discussion: Neuroglycopenic symptoms is the most symptom that causes patients with hypoglycemia to come to hospital for treatment. The factors affecting hypoglycemia were less food intake, the use of Sulfonylureas, and medication non-compliance. Less food intake can be used to predict hypoglycemia.

Keyword: factors affecting hypoglycemia, hypoglycemia, diabetes mellitus

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ในปัจจุบันสถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุอันเนื่องมาจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภค ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติในปี พ.ศ.2562 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรวม 463 ล้านคนทั่วโลกและโรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับแรก¹ สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ.2560 ประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.4 ล้านคน²

ในปีงบประมาณ 2562 ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยที่เข้ารับการรักษาสถาบันควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% ได้เพียงร้อยละ 28.32³ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมายจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมายจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาเบาหวานหลายกลุ่มร่วมกัน ใช้ยาในขนาดที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการใช้ยาฉีดอินซูลินเพิ่มขึ้น ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวดนี้ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเอเชีย - แปซิฟิกที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 35.8⁴

ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องรวดเร็ว อาจส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรหรือเสียชีวิตได้จากภาวะสมองขาดกลูโคส นอกจากนี้การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแต่ละครั้งยังรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ⁵ และมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีหลายปัจจัย ดังการศึกษาของสุพัชรี ใจแน่น และศิริพันธุ์ สาสัตย์ พบว่าการทำหน้าที่ของตับและพฤติกรรมการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน⁶ การศึกษาพรเทพ วัฒนศรีสาโรช พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยเบาหวานคือภาวะร่วมและชนิดยา นอกจากนี้ชนิดยายังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ⁷ การศึกษาของวัลลภ เกิดนวล พบว่าสาเหตุที่

ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำคือรับประทานอาหารได้น้อยลงและรับประทานยาไม่ถูกต้อง^๘ ส่วนการศึกษาของชนากานต์ ชัยชนกุล และนฤชา โกมลสุรเดช พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การใช้ยา glipizide และค่าระดับน้ำตาลในเลือด^๕

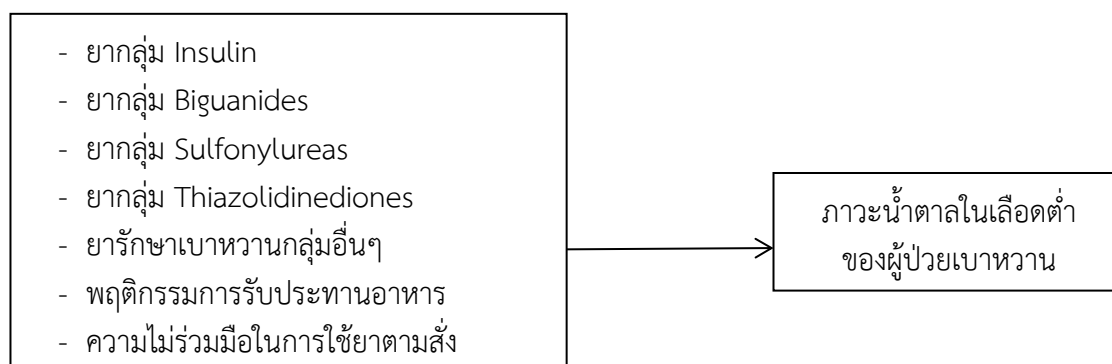
สำหรับโรงพยาบาลสิงห์บุรีเป็นโรงพยาบาลทั่วไป รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลได้ 310 เพียงจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2561 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเฉลี่ยปีละ 125 ราย ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบได้บ่อย จึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัจจัยด้านยา เช่น กลุ่มยารักษาเบาหวานที่ผู้ป่วยใช้ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น และปัจจัยที่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ คือพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างมีประสิทธิภาพและตรงกับกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ยารักษาเบาหวานกลุ่ม Insulin, Biguanides, Sulfonylureas, Thiazolidinediones และยากลุ่มอื่นๆ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ยารักษาเบาหวานกลุ่ม Insulin, Biguanides, Sulfonylureas, Thiazolidinediones และยากลุ่มอื่นๆ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งที่ร่วมกันทำนายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดของการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำคือพฤติกรรมการใช้ยา การรับประทานอาหารน้อยลงและชนิดยาจึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเลือกสรรที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและเข้ารับการรักษาไว้เป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและเข้ารับการรักษาไว้เป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 31 ตุลาคม พ.ศ.2562 และตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรของ Thorndike (1978) ที่คำนวณจากจำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา ดังนั้นการศึกษานี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 130 คน

เกณฑ์การคัดเข้าโครงการศึกษา (inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและเข้ารับการักษาไว้เป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสิงห์บุรีทุกราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 - 31 ตุลาคม พ.ศ.2562

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการศึกษา (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานแต่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากสาเหตุอื่น
2. ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดขณะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำที่บ้าน แล้วดื่มน้ำหวาน รับประทานอาหารหรือแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำก่อนมาโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกจากโครงการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล แล้วบันทึกลงในแบบเก็บข้อมูลที่ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จะเก็บข้อมูลเป็น 2 ระดับ คือรับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าปกติหรือรับประทานอาหารได้ตามปกติและส่วนที่ 3 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง จะเก็บข้อมูลเป็น 2 ระดับ คือใช้ยารักษาเบาหวานได้ถูกต้องตามแพทย์สั่งทุกอย่างหรือใช้ยารักษาเบาหวานไม่ถูกต้อง โดยการใช้ยาไม่ถูกต้องแม้เพียงชนิดเดียวก็คิดเป็นการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง

จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วยสถิติทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial correlation coefficient) และหาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยเปลี่ยนตัวแปรบางตัวเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนการวิเคราะห์เนื่องจากตัวแปรนั้นอยู่ในมาตรานามบัญญัติ (nominal variable)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรีด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 31 ตุลาคม พ.ศ.2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 151 ราย ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์คัดออกเนื่องจากไม่เป็นโรคเบาหวานแต่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากสาเหตุอื่นจำนวน 16 ราย และผู้ป่วยที่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำที่บ้านแล้วไม่มีการวัดระดับน้ำตาล หรือไม่สามารถบอกระดับน้ำตาลที่วัดด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิด

พกพาที่บ้านได้และแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำก่อนมาโรงพยาบาล เช่น ดื่มน้ำหวาน รับประทานอาหาร เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถวัดระดับน้ำตาลในเลือดขณะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้จำนวน 3 ราย ทำให้มีผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 132 ราย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นเพศชาย 45 ราย (ร้อยละ 34.09) เพศหญิง 87 ราย (ร้อยละ 65.91) อายุ 27–89 ปี เฉลี่ย 69.80 ± 11.84 ปี เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 129 ราย (ร้อยละ 97.73) ที่เหลือเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 2.27) ในจำนวนนี้ผู้ป่วยจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 5.30) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว ส่วนผู้ป่วยอีก 125 ราย (ร้อยละ 94.70) มีโรคแทรกซ้อนอื่น นอกจากเบาหวานร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 81.82) รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 75 ราย (ร้อยละ 56.82) และโรคไตเรื้อรังจำนวน 52 ราย (ร้อยละ 39.39) ตามลำดับ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	45 (34.09)
หญิง	87 (65.91)
อายุ	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	69.80 + 11.84
น้อยกว่า 30 ปี	1 (0.76)
30-49 ปี	6 (4.55)
50-69 ปี	48 (36.36)
70-89 ปี	77 (58.33)
โรคแทรกซ้อนอื่นๆ	
Hypertension	108 (81.82)
Dyslipidemia	75 (56.82)
Chronic kidney disease	52 (39.39)
ischemic heart disease	10 (7.58)
cancer	8 (6.06)
stroke	8 (6.06)
atrial fibrillation	8 (6.06)
anemia	7 (5.30)
cirrhosis	5 (3.79)
อื่นๆ	20 (15.15)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ยารักษาเบาหวานที่ใช้	
Mixtrad	53 (40.15)
NPH	18 (13.64)
glargine	1 (0.76)
Novomix	7 (5.30)
metformin	69 (52.27)
glipizide	59 (44.70)
pioglitazone	39 (29.55)
sitagliptin	6 (4.55)
acarbose	3 (2.27)
linagliptin	2 (1.52)
empagliflozin	1 (0.76)
gliclazide	1 (0.76)

ยารักษาเบาหวานที่ผู้ป่วยใช้พบว่าผู้ป่วย 53 ราย (ร้อยละ 40.15) ใช้ยารักษาเบาหวานรูปแบบรับประทานอย่างเดียว ผู้ป่วย 30 ราย (ร้อยละ 22.73) ใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดต่างๆ อย่างเดียวและผู้ป่วย 49 ราย (ร้อยละ 37.12) ใช้ทั้งยารูปแบบรับประทานและยาฉีดอินซูลินในการลดน้ำตาลในเลือด โดยยารักษาเบาหวานรูปแบบรับประทานที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ metformin, glipizide และ pioglitazone ตามลำดับ ส่วนยาลดน้ำตาลรูปแบบยาฉีดอินซูลินที่ใช้มากที่สุดคือ Mixtard ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่มารับการรักษาพบว่า 100 ราย (ร้อยละ 75.76) ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg/dL ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ 98 ราย (ร้อยละ 74.24) มีอาการในกลุ่ม neuroglycopenic เช่น อ่อนเพลีย ซึมลง สับสน ไม่รู้สึกตัว ตัวเย็น ชักเกร็ง เป็นต้น โดยส่วนใหญ่ 47 ราย (ร้อยละ 35.61) มีอาการหมดสติ ไม่รู้สึกตัวก่อนมาโรงพยาบาล ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับน้ำตาลในเลือด	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	39.31 $\pm$ 17.25
น้อยกว่า 30 mg/dL	44 (33.33)
30-49 mg/dL	56 (42.42)
50-70mg/dL	25 (18.94)
มากกว่า 70 mg/dL	7 (5.30)

ตารางที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดและการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อาการและการแสดง	
autonomic	4 (3.03)
neuroglycopenic	98 (74.24)
autonomic neuroglycopenic	30 (22.73)

ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วย คือพฤติกรรมมารับประทานอาหารและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วย 56 ราย (ร้อยละ 42.42) รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติและผู้ป่วย 32 ราย (ร้อยละ 24.24) ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	จำนวน (ร้อยละ)
การรับประทานอาหาร	
รับประทานอาหารได้ปกติ	76 (57.58)
รับประทานอาหารได้น้อยลง	56 (42.42)
การรับประทานยา	
ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง	100 (75.76)
ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง	32 (24.24)

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง (medication non-compliance) ของผู้ป่วยทั้ง 32 ราย แบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ใช้ยามากกว่าที่กำหนดจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 46.88)
 - ใช้ยาเกินขนาดที่กำหนดให้ใช้ เช่น รับประทานยาจำนวนมากกว่าที่กำหนดในแต่ละมื้อฉีดยาอินซูลินจำนวนยูนิตมากกว่าที่กำหนด เป็นต้น จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 31.25)
 - จำนวนครั้งในการใช้ยามากกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน เช่น ให้รับประทานยารวันละ 1 ครั้ง แต่ผู้ป่วยรับประทานยารวันละ 2 ครั้ง เป็นต้น จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 6.25)
 - ใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้ไปแล้ว เช่น ให้หยุดใช้ยา glipizide แล้วแต่ผู้ป่วยยังนำยาเก่าที่เหลืออยู่มารับประทานร่วมด้วย เป็นต้น จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 9.38)
2. ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม คือใช้ยาฉีดอินซูลินก่อนรับประทานอาหารนานมากกว่าครึ่งชั่วโมง ใช้ยาฉีดอินซูลินหลังอาหารและในที่จะรวมถึงการฉีดอินซูลินแล้วไม่รับประทานอาหาร จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 43.75)
3. ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง โดยยานั้นต้องเป็นยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การซื้อยารักษาเบาหวานชนิดอื่นมารับประทานเอง การนำยารักษาเบาหวานของคนอื่นมารับประทานร่วมด้วย เป็นต้น จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 9.37)

ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยคือการรับประทานอาหารได้น้อยลง โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.183$) ส่วนการใช้ยาในกลุ่ม Sulfonylureas และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=-0.173$ และ -0.182 ตามลำดับ) ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียลระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล	P-value
ยากลุ่ม insulin	0.075	0.392
ยากลุ่ม Biguanides	-0.049	0.577
ยากลุ่ม Sulfonylureas	-0.173	0.047*
ยากลุ่ม Thiazolidinediones	0.093	0.291
ยารักษาเบาหวานกลุ่มอื่นๆ	0.146	0.095
การรับประทานอาหารได้น้อยลง	0.183	0.036*
ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง	-0.182	0.037*

การรับประทานอาหารได้น้อยลงของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.348 สามารถทำนายการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ร้อยละ 12.1 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 16.625

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในการทำนายปัจจัยต่างๆ ระดับน้ำตาลในเลือด

ปัจจัย	B	SE	Beta (β)	t	P-value
ยากลุ่ม insulin	-1.272	3.933	-0.036	-0.324	0.747
ยากลุ่ม Biguanides	-0.351	3.052	-0.010	-0.115	0.909
ยากลุ่ม Sulfonylureas	-7.014	3.795	-0.203	-1.848	0.067
ยากลุ่ม Thiazolidinediones	4.508	3.287	0.120	1.371	0.173
ยารักษาเบาหวานกลุ่มอื่นๆ	7.634	5.338	0.123	1.430	0.155
การรับประทานอาหารได้น้อยลง	6.151	3.016	0.177	2.039	0.044*
ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง	-5.842	3.453	-0.146	-1.692	0.093

R= 0.348, R²= 0.121, Adjusted R²=0.071, S.E._{est}= 16.625

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 31 ตุลาคม พ.ศ.2562 ในผู้ป่วย 132 ราย พบว่าอาการในกลุ่ม neuroglycopenic เป็นอาการนำส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอาการในกลุ่มนี้ที่พบบ่อยคืออาการอาการหมดสติ ไม่รู้สึกตัวก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรเทพ วัฒนศรีสาโรช⁷ และการศึกษาของวไลลักษณ์ เฟ่งฤทธิ์⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีอาการในกลุ่ม neuroglycopenic ร้อยละ 99.1 และร้อยละ 94.80 ตามลำดับ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยร้อยละ 42.42 รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติและผู้ป่วยร้อยละ 24.24 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของพรเทพ วัฒนศรีสาโรช⁷ ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดจากการรับประทานอาหารน้อย 31 ราย และปรับยาเอง 1 ราย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยคือการใช้ยาในกลุ่ม Sulfonylureas การรับประทานอาหารได้น้อยลงและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง โดยการใช้ยาในกลุ่ม Sulfonylureas และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของสุพัชรี ใจแน่ว⁶ ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับน้ำตาลในเลือดและการศึกษาของชนากานต์ ชัยธนกุล และนฤชา โกมลสุรเดช⁵ ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการน้ำตาลในเลือดต่ำคือการใช้ยา glipizide ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Sulfonylureas เนื่องจากยาในกลุ่มนี้กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนโดยไม่ขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือด จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้บ่อยจากยาในกลุ่มนี้ โดยการศึกษาของ Schopman JE และคณะ¹⁰ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาในกลุ่ม Sulfonylureas เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำถึงร้อยละ 10.1 ส่วนการรับประทานอาหารได้น้อยลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของวัลลภ เกตินวล⁸ ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำคือรับประทานอาหารได้น้อยลงและจากการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารได้น้อยลงมีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สามารถทำนายการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ร้อยละ 12.1

จากการศึกษาทำให้ทราบอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมทั้งทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วย สามารถนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสิงห์บุรีและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและจากการศึกษาจะพบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วย เกสัชกรซึ่งมีบทบาทสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องจึงควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมด้วย เช่น อายุ การทำงานของตับ การทำงานของไต ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจจะ มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยร่วมด้วย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้ดียิ่งขึ้นและการให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานควรเน้นเกี่ยวกับการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ การแก้ไข เบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม การใช้ยาตามแพทย์สั่ง ไม่ปรับขนาดยาเอง ใช้ยาในเวลาที่เหมาะสมและไม่นำยาอื่นที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดมารับประทานร่วม ด้วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยา กลุ่ม Sulfonylureas

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9th ed.Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2019.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th ed.Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017.
3. Health Data Center (HDC). ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2019&source=pformatted/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3.
4. Chan SP, Ji LN, Nitiyanant W, et al. Hypoglycemic symptoms in patients with type 2 diabetes in Asia-Pacific-Real-life effectiveness and care patterns of diabetes management: the RECAP-DM study. Diabetes Res ClinPract 2010;89(2):e30-2.
5. ชนากานต์ ชัยชนกุล, นฤชา โกมลสุรเดช. ความถี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาการน้ำตาลต่ำในเลือดและความกล้วภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่สอง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2562;13(3):312-22.
6. สุพัชรี ใจแน่, ศิริพันธ์ สาสัตย์. ปัจจัยทำนายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ตอนบน. วารสารเกื้อการุณย์ 2559;23(1):148-62.
7. พรเทพ วัฒนศรีสาโรช, ละออง สาลีพวง, สุวรรณนา จงห้วงกลาง. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559;13(3):51-60.
8. วัลลภ เกิดนวล. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานภาวะเลือดพร่องน้ำตาล โรงพยาบาลพยุหะคีรี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551;2(1):596 - 603.
9. วไลลักษณ์ เฟ่งฤทธิ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
10. Schopman JE, Simon AC, Hoefnagel SJ, et al. The incidence of mild and severe hypoglycaemia in patients with type 2 diabetes mellitus treated with sulfonylureas: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Metab Res Rev. 2014;30(1):11-22.

การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับมีระยะการเบ่งคลอดยาวนาน

จำเริญ รุกขชาติ

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง

บทคัดย่อ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นการปวดที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอดเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการเบ่งคลอดที่ยาวนานจะก่อให้เกิดความปวดในระดับที่รุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และยังทำให้มารดารู้สึกท้อ เกิดความกลัว ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา โดยเฉพาะผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน ความเครียดจะทำให้อาการของโรคเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดถึงขั้นทำร้ายตัวเองและบุตรได้ พยาบาลในห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงโดยการสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงบทบาทในการช่วยลดอาการเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวล การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2 คำถาม (2Q) ตั้งแต่ระยะแรกรับในห้องคลอดจึงมีความสำคัญ ถ้าพบว่าผู้คลอดมีผลการประเมินผิดปกติ ให้ดำเนินการประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ถ้าผลที่ได้มีระดับคะแนนความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป รีบประสานทีมจิตเวชมาช่วยดูแล เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลด้านจิตใจที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารก

ผลการศึกษา กรณีศึกษา ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 31 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า (MDD) รักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทองมา 5 ปี หยุดยา Sertraline ขณะตั้งครรภ์ ประเมินภาวะเครียดโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q ผลปกติ ในช่วงเบ่งคลอดมีระยะการเบ่งคลอดที่ยาวนานใช้เวลา 2 ชั่วโมงกับ 29 นาที ผู้คลอดรู้สึกท้อและอ่อนเพลีย แพทย์ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ หลังคลอดมารดาและทารกมีอาการปกติ ย้ายไปตึกพิเศษหลังคลอดได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้นมบุตรได้ จำหน่ายกลับบ้านได้ นอนโรงพยาบาล จำนวน 3 วัน

สรุป จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นกระบวนการดูแลผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้ารับการคลอดบุตร ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยเฉพาะระยะแรกรับเป็นระยะที่สำคัญผู้คลอดต้องได้รับการประเมินด้านจิตใจที่ถูกต้องและได้รับการแก้ไขทันที ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และต้องเฝ้าสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาของการคลอด พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะ ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้คลอดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ การพยาบาล, โรคซึมเศร้า, การเบี่ยงคลอดยาวนาน

Abstract

Labor pain is a pain that causes great suffering to the mother. Especially long time of labor pain which will cause severe pain maybe result in complications and danger to the mother and the baby. Causing the mother to feel discouraged, resulting in fear and resulting in stress especially those who have depression before the stress will make the symptoms of the disease more severe and can cause danger to the mother and to the point of injuring herself and the child. Nurses in the labor room is an important role in assessing risks by observing behavioral and emotional changes to prevent complications that may occur including the role in helping to reduce feelings of pain, fear and anxiety. Depression screening using 2 question assessment (2Q) since the first step in the labor room is important if it is found that the mother has abnormal screening. Secondary questionnaire 9 questions (9Q) will be used for evaluate severity if the result is obtained with a severity more than the level, quickly coordinate the psychiatry team to help take care for the mother get to correct and appropriate psychological care. Resulting in mother having physical and mental readiness and can go through the labor process safety, both for the mother and the baby.

Outcome

Case study: 31 years old Thai woman with primigravidarum was admitted in labor room from labor pain for 3 hours. Her gestational aged was 39 weeks. She was MDD patient who follow up with a psychologist at the Angthong hospital for 5 years. Sertraline was her medication and stop it during pregnancy. The outcome of 2Q was normal. Vacuum extraction was route of delivery with 2 hours and 29 minutes for 2nd stage of labor. During time of the 2nd stage, she was tried and discouraged. No complications, breastfeeding, can be sold back home, and stay in hospital for 3 days.

Conclusion

In this study show that at the time of admission, pregnant women will be a screening of 2Q especially MDD patient for evaluation depressive mood and closed observation for behavioral change. Personal health care should have skill and knowledge in high risk pregnant women for decrease complication and good outcome.

Keyword Nursing, Major depressive disorder, Prolong second stage

บทนำ

การเบ่งคลอด คือระยะตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด ใช้ระยะเวลาประมาณ 60-120 นาที ในครรภ์แรก และ 30-60 นาที ในครรภ์หลัง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญต่อชีวิตของมารดาและทารก ต้องมีการเฝ้าระวังและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้คลอดเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายถึงแก่ชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้¹ จึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือและดูแลผู้คลอดและทารกให้ปลอดภัยเป็นการช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของมารดาและทารก² ผู้คลอดที่มีระยะการเบ่งคลอดยาวนานจะได้รับความทุกข์ทรมานและมีความเครียดสูงจากการเจ็บครรภ์คลอด มีความเหนื่อยล้าจากการใช้พลังงานอย่างมากในการเบ่งคลอด อาจเกิดการติดเชื้อจากการตรวจภายในหลายครั้ง และจากน้ำเดินเป็นเวลานาน¹ เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้คลอดที่ไม่สามารถเบ่งคลอดเองทางช่องคลอดได้ เนื่องจากไม่มีแรงเบ่ง แต่ยังมีการหดตัวของมดลูก จึงจำเป็นต้องใช้หัตถการในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ² การใช้หัตถการในการช่วยคลอดอาจทำให้มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด การเจ็บครรภ์ที่ยาวนานอาจทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีภายหลังคลอด ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้มากขึ้น ทารกอาจเกิดการติดเชื้อได้รับบาดเจ็บจากการใช้หัตถการช่วยคลอดและขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตในครรภ์หรือภายหลังคลอดได้¹ ความกลัวในระยะคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ ร้อยละ 20.34 โดยเฉพาะในครรภ์แรก ความผิดหวังในเรื่องของการคลอด เช่น คลอดยาก ใช้เวลาเบ่งคลอดที่ยาวนาน ใช้เครื่องมือช่วยคลอด ความผิดหวังและความเจ็บปวดจากการคลอดที่เกิดขึ้นจึงอาจเปลี่ยนเป็นความเครียดได้ การเจ็บแผลฝีเย็บที่ปากช่องคลอด แม้จะรับประทานยาแก้ปวดแล้วแต่อาการเจ็บปวดก็ยังมิอยู่ จึงทำให้มารดารู้สึกทุกข์ทรมาน ลูกร้องกวนตลอดเวลา มารดาไม่มีเวลาพักผ่อนทำให้มารดารู้สึกเครียด³ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้โรคซึมเศร้าที่มีอยู่เดิมสามารถกำเริบและเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นได้ทุกระยะของการคลอดตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์คลอดจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด⁴ ซึ่งโรคซึมเศร้าพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นสองเท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.34 ทำให้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น จนองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสอง รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย⁵

จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า ปี 2560-2562 จำนวน 1 ราย 2 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ ในปี 2560 เป็นโรคไบโพลาร์ ปี 2561 เป็นโรคไบโพลาร์กับโรคจิตเภท ปี 2562 คนแรกเป็นโรคไบโพลาร์ ส่วนอีกรายเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นรายที่นำมาศึกษาและเป็นรายแรก⁶ แรงจูงใจที่นำผู้คลอดโรคซึมเศร้านำมาศึกษาเพราะถึงแม้จะมีจำนวนน้อยแต่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นตามการคาดการณ์ของอนามัยโลก และอาการของโรคซึมเศร้าอาจเป็นเรื้อรังหรือซ้ำได้ และมีความรุนแรงมากกว่าอีก 2 โรค อาจถึงขั้นสูญเสียชีวิตได้ โดยที่โรคซึมเศร้าจะรู้สึกเบื่อหน่ายและเศร้าแทบจะตลอดเวลา ส่วนไบโพลาร์จะมีภาวะซึมเศร้าสลับกับอารมณ์ร่าเริงเกินปกติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญนำมาวางแผนการพยาบาล โดยเน้นเรื่องการประเมินทางด้านจิตใจด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง วินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ให้ความร่วมมือในการคลอดมีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับมีระยะการแบ่งคลอดยาวนาน

รายงานกรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 31 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ รับราชการครู

อาการสำคัญ

เจ็บครรภ์คลอด 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

มารดาตั้งครรภ์ครั้งแรก วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายที่ 15 มิถุนายน 2562 กำหนดคลอดจากอัลตราซาวด์ วันที่ 3 เมษายน 2563 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิก 13 ครั้งครบตามเกณฑ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6 สัปดาห์กับอีก 3 วัน ผลเลือด Anti HIV =Negative, VDRL=No reactive, HBsAg=Negative, Hct 46%, 40.3%, MCV=80, DCIP= Negative อาการระหว่างการตั้งครรภ์ปกติ ให้ประวัติเจ็บครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 OPD ตรวจโรคทั่วไปส่ง Consult คลินิกจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) โดยให้ประวัติว่าเมื่อประมาณ 8 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกว่าใจเต้นแรง กังวลใจง่าย มาอยู่ที่โรงเรียนแห่งใหม่ รู้สึกไม่ค่อยมีความสุขกับเพื่อนร่วมงานใหม่ รู้สึกถูกเอาเปรียบจากผู้ร่วมงานหลายคน คิดว่าตัวเองทำงานแล้ว ความดีไม่ปรากฏ เวลาเดือดร้อนจากการทำงาน รู้สึกว่าตัวเองต้องเป็นผู้รับผิดชอบ ไม่มีคนคอยปกป้อง อยากร้องไห้ รู้สึกน้อยใจผู้ร่วมงาน ตอนนี้รู้สึกเศร้า บ้าง ร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อสังคมในโรงเรียน บางครั้งรู้สึกว่าตัวเองจะทนไม่ไหว อยากลาออก แต่ครอบครัวคอยให้กำลังใจ ทำงานช้าลง ประเมินโรคซึมเศร้า 9Q = 7 คะแนน (เศร้าเล็กน้อย) รักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง รักษาโดยทานยา Sertraline (50)½ tab ก่อนนอน ร่วมกับการฝึกหายใจ คลายเครียด ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือโรคติดต่อทางพันธุกรรมใด ๆ ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่แพ้อาหาร หรือสารเคมีใด ๆ

ประวัติการมีประจำเดือน

สตรีตั้งครรภ์เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปี ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน มาครั้งละ 3-4 วัน มีอาการปวดท้องเล็กน้อยขณะมีประจำเดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาเป็นโรคเบาหวาน

ประวัติการฝากครรภ์

ผู้คลอดเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6 สัปดาห์ กับ 3 วัน ที่คลินิกสูติแพทย์ประจำโรงพยาบาลอ่างทอง 13 ครั้ง ฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ได้รับการประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมินความเครียด (ST -5) 2 ครั้ง ได้คะแนน 2 และ 7 คะแนน

อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ มีประวัติ Admit ด้วย Preterm labor 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ได้ 33 สัปดาห์กับ 3 วัน นอนโรงพยาบาลอยู่ 2 วัน ได้รับยา Nifedipine 20 mg ทาน ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ได้ Dexamethasone 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครบ 4 เข็ม เพื่อกระตุ้นการเจริญของปอดทารกในครรภ์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ นอนโรงพยาบาลอยู่ 1 วันด้วยอาการเจ็บครรภ์หลอก ผู้คลอดมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้ามา 5 ปี ขณะตั้งครรภ์หยุดยาจิตเวช Sertraline และมาตรวจตามนัดของคลินิกจิตเวชทุกครั้งรวม 3 ครั้ง ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลปกติ ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น

ประวัติส่วนตัวและแผนการดำเนินชีวิต

ผู้คลอดแต่งงานกับสามีเมื่ออายุ 23 ปี อาศัยอยู่กับสามี ประกอบอาชีพครูอัตราจ้างสอนที่โรงเรียนในอำเภอบางปะหัน ย้ายมาสอนที่โรงเรียนในจังหวัดอ่างทองเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) รักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชมา 5 ปี อาการดีขึ้นเรื่อยๆ อารมณ์ปกติ ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ผู้คลอดและสามีมาปรึกษาจิตแพทย์เรื่องการกินยาจิตเวชเนื่องจากผู้คลอดตั้งครรภ์ได้ 4 สัปดาห์ และหยุดกินยาจิตเวชมา 5 วัน จิตแพทย์ประเมินความเครียดปกติให้หยุดยาและให้ตั้งครรภ์ต่อไปได้ ปัจจุบันผู้คลอดอาชีพรับราชการครู รายได้ 20,000 บาท/เดือน สามีประกอบอาชีพค้าขาย การดำเนินชีวิตประจำวันนอนวันละ 6 ชั่วโมง ขณะตั้งครรภ์ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง ทำงานบ้านเล็กน้อย รับประทานอาหารเป็นเวลา การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

ประวัติครอบครัวและสภาพแวดล้อม

เป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยตนเองและสามี บ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยว ปลุกอยู่ใกล้ๆกับบ้านญาติของสามี มีลักษณะเป็นบ้านปูนสองชั้น มีห้องน้ำและห้องส้วมภายในตัวบ้าน ใช้น้ำประปา มีไฟฟ้าใช้ เส้นทางคมนาคมสะดวก อยู่ในแหล่งชุมชน สามีสุขภาพแข็งแรง

การประเมินด้านจิตสังคม

เป็นคนเงียบ ๆ เฉย ๆ พุดช้า ๆ ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช้า เจ็บครรภ์คลอด สีหน้าวิตกกังวลต้องการให้การพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการให้บุตรคลอดด้วยความปลอดภัย

การวินิจฉัยครั้งแรก

Maternal major depressive disorder with prolong second stage of labor

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

Maternal major depressive disorder with vacuum extraction delivery

สรุปอาการที่รับไว้ในความดูแล

วันที่ 27 มีนาคม 2563 เวลา 07.30 น. รับใหม่ด้วยอาการเจ็บครรภ์ 3 ชั่วโมงก่อนมา แรกรับฟังเสียงหัวใจทารก 156 ครั้ง/นาที แพทย์ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางตัว 70 เปอร์เซนต์, ส่วนน้ำอยู่ระดับ -1, ถังน้ำคร่ำยังอยู่ มารดารู้สึกเจ็บครรภ์ มีท้องแข็งเป็นพัก ๆ มีมูกเลือดออก มดลูกหดตัวนาน 35 วินาที นานทุก 6 นาที ความรุนแรง 1+ สูติแพทย์ให้ Admit observe progression of labor ประเมินภาวะเครียดโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลปกติ เวลา 12.00 น.

มีน้ำเดิน ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางตัว 80 เปอร์เซ็นต์, ส่วนน้ำอยู่ระดับ 0, ฤกษ์น้ำคร่ำแตก สีน้ำคร่ำใส เสียงหัวใจทารกไม่สม่ำเสมอ 120-150 ครั้ง/นาที On O₂ Cannula 5 LPM เวลา 15.40 น. สูติแพทย์ตรวจเย็บม ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ความบางตัว 90 เปอร์เซ็นต์, ส่วนน้ำอยู่ระดับ +1, ฤกษ์น้ำคร่ำแตก สีน้ำคร่ำใส เสียงหัวใจทารก 144 ครั้ง/นาที มดลูกหดตัวทุก 3 นาที 30 วินาที นาน 35 วินาที แพทย์สั่ง On NSS 1,000 ml + Oxytocin vein drip เวลา 17.00 น. ปากมดลูกเปิดหมด ผู้คลอดเริ่มเบ่งคลอด เวลา 18.00 น. เบ่งคลอดครบ 1 ชั่วโมง ยังไม่คลอด เสียงหัวใจทารก 132 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทราบ เวลา 18.30 น. เบ่งคลอด 1 ชั่วโมง 30 นาที สูติแพทย์ตรวจเย็บมตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดหมด ความบาง 100%, ส่วนน้ำอยู่ระดับ +2, ฤกษ์น้ำคร่ำใส ให้เบ่งคลอด ต่อเวลา 19.00 น. เบ่งคลอดครบ 2 ชั่วโมง ยังไม่คลอด ผู้คลอดอ่อนเพลียหมดแรงเบ่ง เสียงหัวใจทารก 140 ครั้ง/นาที สูติแพทย์เตรียมช่วยคลอด Vacuum extraction ทารกคลอด Vacuum extraction เวลา 19.29 น. เพศชาย Apgar score = 9,10,10 คะแนน น้ำหนัก 3,255 กรัม ทารกรูปร่างทั่วไปปกติ O₂ sat 98-99 % อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส กระตุ้น Early bonding skin to skin เวลา 19.33 น. รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ มีแผลฝีเย็บแบบ Right - mediolateral episiotomy suture ด้วย Catgut 2/0 แผลฝีเย็บไม่มีการฉีกขาดเพิ่ม มดลูกมีการหดตัวดี ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกมีการสูญเสียเลือดจากการคลอดรวม 200 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 110/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, Oxygen sat 99-100 %, แผลฝีเย็บไม่มี Hematoma เวลา 21.30 น. ย้ายมารดาไปตีกพิเศษหลังคลอด มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่บวม เลือดออกทางช่องคลอดปกติ เต้านมและหัวนมปกติ น้ำนมยังไม่ไหล กระตุ้นทารกดูดนมแม่บ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 82 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส วันที่ 28 มีนาคม 2563 มารดาหลังคลอดวันที่ 1 น้ำนมไม่ไหล บุตรดูดนมได้ เต้านมคัดตึง มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี Hematoma ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น ปวดมดลูก และเจ็บตึงแผลฝีเย็บเป็นพัก ๆ ถ่ายปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบขัด ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีไข้หลังคลอด อุณหภูมิร่างกาย อยู่ในช่วง 36.6-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-119/78 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 29 มีนาคม 2563 มารดาหลังคลอดวันที่ 2 อาการปกติ มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บแห้ง น้ำคาวปลาปกติ เจ็บตึงแผลฝีเย็บพอทนได้ เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมเริ่มไหล บุตรผล Hct 56% MB 12.7 On photo วันที่ 30 มีนาคม 2563 มารดาหลังคลอดวันที่ 3 อาการปกติ มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บแห้ง เจ็บแผลฝีเย็บเล็กน้อย น้ำคาวปลาสีแดงจาง เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมไหลดี ไม่เจ็บหัวนม บุตรดูดนมได้เจาะ Hct และMB ค่าผล 52% และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ มารดากลับบ้าน เวลา 12.00 น. พร้อมบุตร

การพยาบาลผู้คลอด**แผนการพยาบาลระยะแรก**

ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดอาการของโรคซึมเศร้าเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดส่งผลให้ผู้คลอดมีความกลัวแล้วเกิดความเครียดได้

ข้อมูลสนับสนุน O: มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า เคย Admit 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครั้งที่ 2 เจ็บครรภ์หลอก

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจในการคลอดบุตรและไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่รุนแรง

เกณฑ์การประเมิน: ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย <7 หรือปกติ ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการคลอดบุตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

1.1 ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้งสองข้อ ถือว่าปกติ

1.2 ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

2. ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

2.1 ถ้าผลคะแนนรวม <7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าน้อยมาก

2.2 ถ้าผลคะแนนรวม 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย

2.3 ถ้าผลคะแนนรวม 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

2.4 ถ้าผลคะแนนรวม ≥ 19 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

เมื่อประเมินโรคซึมเศร้าแล้วพบคะแนนรวม <7 พยาบาลต้องพูดคุยสอบถามถึงเรื่องที่ผู้คลอดเครียดและทุกข์ใจพร้อมให้การแก้ไขทันที ถ้าผลคะแนนรวมตั้งแต่ 7-12 ปรึกษาคลินิกจิตเวชเพื่อมาช่วยประเมิน ช่วยเหลือด้านจิตใจและอนุญาตให้สามีและญาติมาช่วยให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้คลอดมีระดับอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นจนไม่ให้ความร่วมมือในการคลอดบุตร

3. พยาบาลต้องเฝ้าสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้คลอดตลอดเวลาของการคลอดบุตร พร้อมให้การช่วยเหลือแก้ไขทันทีเนื่องจากอาการของโรคซึมเศร้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

4. เมื่อพบผู้คลอดอยู่ในอาการกระสับกระส่าย รีบเข้าไปพูดคุยซักถามอาการคอยให้กำลังใจและอยู่เป็นเพื่อน ไม่ปล่อยให้ผู้คลอดอยู่ตามลำพัง

การประเมินผล

ผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลปกติ ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ด้วยดี

แผนการพยาบาลระหว่างการผ่าตัด**ปัญหาที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะมดลูกแตกเนื่องจากได้รับยาเร่งคลอด**ข้อมูลสนับสนุน S:** -

O: On 0.9%NSS 1,000 ml+Oxytocin10 unit vein drip เจ็บครรภ์ถี่ ระยะหดรัดตัวของมดลูก 35 วินาที ระยะคลายตัว 1 นาที 50 วินาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันภาวะมดลูกแตก

เกณฑ์การประเมิน: ผู้คลอดไม่มีอาการของมดลูกแตก ระยะคลายตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 2-3 นาที ระยะหดรัดตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 45-60 วินาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90-120 mmHg ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที สมองใส อัตรการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถ้าระยะหดรัดตัวของมดลูกนานกว่า 60 วินาที ระยะคลายตัวของมดลูกให้ปรับลดอัตราการไหลของยาเร่งคลอดลง แต่ถ้าระยะคลายตัวของมดลูกนานกว่า 3 นาที โดยที่ระยะหดรัดตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 45-60 วินาที ให้ปรับเพิ่มอัตราการไหลของยาเร่งคลอดเพิ่มขึ้น โดยปรับครั้งละ 4 ซีซี จนได้การหดรัดตัวของมดลูกที่ดีตามเกณฑ์

2. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างอยู่เสมอ โดยการกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม หากถ่ายปัสสาวะไม่ออก พิจารณาสวนปัสสาวะให้

3. สังเกตอาการของมดลูกใกล้แตก โดยดูจากรอยต่อของมดลูก ส่วนบนและส่วนล่าง (bandle's ring) หรือผู้คลอดมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง จับต้องหน้าท้องไม่ได้ ถ้าพบว่ามีผิดปกติรีบรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขได้ทันที่

4. วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยประเมินภาวะมดลูกแตกและวัดทันทีเมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงคือเจ็บปวดอย่างรุนแรง จับต้องหน้าท้องไม่ได้ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mm ชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาที การหายใจมากกว่า 2 ครั้ง/นาที รีบรายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

มดลูกไม่แตก ระยะคลายตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 2-3 นาที ระยะหดรัดตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 45-60 วินาที ความดันโลหิต 129/72 mmHg ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะ Fetal distress เนื่องจากการรั่วของถุงน้ำคร่ำ**ข้อมูลสนับสนุน S:** ผู้คลอดบอกรู้สึกน้ำใสๆไหลออกจากช่องคลอด

O: ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง 80 ระดับ 0

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ทารกไม่มีภาวะ Fetal distress

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ อยู่ระหว่าง 110-160 ครั้ง/นาที สมองใส ไม่มี Meconium Stained

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามและบันทึกเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารก ถ้าพบว่ามีผิดปกติเร็วขึ้น หรือช้าลง หรือไม่สม่ำเสมอ รายงานแพทย์ทันที และดูแลให้ออกซิเจน Mask with Bag 8-10 ลิตร/นาทีแก่มารดา เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนในปริมาณมากขึ้น

2. จัดให้ผู้คลอดนอนตะแคง เพื่อให้ไม่มีการกดทับเส้นเลือด Inferior venacava ทำให้โลหิตไหลเวียนมาที่มดลูกมากขึ้น ทารกในครรภ์จะได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นด้วย
3. สังเกตลักษณะสีของน้ำคร่ำควรจะมีสีขาวขุ่น ถ้าพบสีน้ำคร่ำเป็นสีเขียวเข้ม แสดงว่าทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน ต้องรีบรายงานแพทย์รับทราบเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง
4. อธิบายความสำคัญของการนอนพักบนเตียง ห้ามลุกเดินเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสายสะดือพลัดต่ำ
5. งดน้ำงดอาหารทางปากเพื่อมีภาวะผูกเดินเช่นสายสะดือพลัดต่ำ เสียงหัวใจของทารกผิดปกติ ซ้ำลงมาก มีน้ำคร่ำเป็นสีเขียวเข้ม อาจต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉินได้

การประเมินผล

อัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์อยู่ระหว่าง 140-156 ครั้ง/นาที ไม่มีสายสะดือพลัดต่ำ และไม่มี Moderate หรือ Thick Meconium Stained

ปัญหาที่ 3 เจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดตัว

ข้อมูลสนับสนุน S: เจ็บท้องถี่แล้ว จะคลอดตอนไหน

O: ผู้คลอดมีอาการกระสับกระส่าย Pain score 7 คะแนน มดลูกหดตัว Interval = 2 นาที 30

วินาที, Duration = 35 วินาที, Severity = 2+ ปากมดลูกเปิด 8 cm. eff 90% station +1, MR

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน: มารดาสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ และใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้โดยไม่ร้องเอะอะโวยวาย มีอาการกระสับกระส่ายน้อยลง ระดับ Pain score ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยการหายใจเข้า ออก ลึก ๆ ขณะพักหรือมดลูกไม่แข็งตัว ขณะมดลูกหดตัวแข็งให้หายใจเข้าทางจมูกสั้น ๆ 4 ครั้ง กลั้นหายใจ แล้วเป่าลมออกทางปาก 1 ครั้ง เหมือนเป่าเทียน การเบี่ยงเบนจุดสนใจ โดยการลูบท้องขณะมดลูกหดตัว และช่วงมดลูกคลายตัวเพื่อให้ผู้คลอดได้สัมผัสกับทารก จะทำให้ผู้คลอดมีกำลังใจ พร้อมทั้งให้คำชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้
2. ให้ผู้คลอดมีความสุขสบาย เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น ควบคุมอุณหภูมิห้องไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป
3. อธิบายให้ทราบว่า การเจ็บครรภ์นั้นปกติเป็นกลไกทางธรรมชาติ เพื่อเป็นการปรับลดมดลูกให้ทารกคลอดออกมา ภายหลังคลอดแล้วอาการเจ็บครรภ์จะหายไป
4. ให้นอนพักบนเตียง นอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูกได้ดี และกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการผ่อนคลาย อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ บอกความก้าวหน้าของการคลอดให้ทราบเป็นระยะ ๆ

การประเมินผล

เมื่อมดลูกหดตัวสามารถใช้เทคนิคการหายใจของลามาสได้ทุกครั้ง กระสับกระส่ายขณะเจ็บครรภ์เป็นช่วงๆ ไม่ร้องเอะอะโวยวายขณะเจ็บครรภ์ ระดับ Pain score 6 คะแนน

ปัญหาที่ 4 กลัวยุติไม่ปลอดภัยเนื่องจากมีน้ำเดิน

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้คลอดบอกมีน้ำใสๆไหลออกทางช่องคลอด ชักถามถึงความผิดปกติของทารกในครรภ์บ่อยครั้ง

O: มีน้ำเดินเอง ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง 80 ระดับ 0

วัตถุประสงค์การพยาบาล: มีความกลัวลดลง ผู้คลอดมีความมั่นใจในการรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน : ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เกิดความมั่นใจตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ
2. ให้ผู้คลอดฟังเสียงหัวใจทารกและตัวเลขเสียงหัวใจทารกบนหน้าจอเครื่องติดตามหัวใจทารกในครรภ์
3. อธิบายให้ผู้คลอดทราบเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดที่เป็นอยู่ เช่น ปากมดลูกเปิดเพิ่มขึ้นแล้วทารกอยู่ในภาวะปกติ และอธิบายให้ทราบถึงแผนการรักษาที่ผู้คลอดจะได้รับ
4. อยู่เป็นเพื่อนเพื่อลดความกลัวที่ต้องนอนเจ็บครรภ์ตามลำพัง
5. ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ และทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาล

การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ด้วยดี

ปัญหาที่ 5 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด กลัวการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้คลอดสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการคลอดบ่อยครั้ง

O: ผู้คลอดครรภ์แรก มีสีหน้าวิตกกังวล ถอนหายใจบ่อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน: ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้คลอดกล้าซักถามปัญหาจากเจ้าหน้าที่ หรือบอกเมื่อต้องการสิ่งใด ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตนเองให้ผู้คลอดรู้จักก่อนให้การพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด โดยการพูดคุยเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่สุภาพชัดเจนเข้าใจง่าย ให้ความสนใจและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อข้องใจต่างๆ และยินดีตอบคำถามด้วยความเต็มใจ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความอบอุ่นมั่นใจ
3. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการคลอดอย่างคร่าวๆว่า การคลอดมี 4 ระยะคือ
 - 3.1 ระยะที่ 1 ของการคลอด เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ในครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 8-12 ชั่วโมง ระยะนี้แบ่งย่อยได้อีกเป็น 2 ระยะคือ
 - ก. ระยะปากมดลูกเปิดช้า คือตั้งแต่ปากมดลูกเปิดเริ่มเปิดจนกระทั่งปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ระยะนี้มดลูกจะมีการหดตัวนาน ๆ ครั้ง มีความเจ็บปวดไม่มาก ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตัวได้ตามปกติ
 - ข. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 7 ชั่วโมง มดลูกจะมีการหดตัวถี่ขึ้น นานขึ้นและแรงขึ้น จะมีการเจ็บครรภ์มากขึ้น แต่จะมีระยะพักให้ทนต่อความเจ็บปวดได้ ผู้คลอดควรนอนพักคนเดียว

3.2 ระยะที่ 2 ของการคลอด หรือระยะเบ่ง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด จนถึงเด็กคลอด ครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

3.3 ระยะที่ 3 ของการคลอด หรือระยะรกคลอด เริ่มตั้งแต่เด็กคลอดจนถึงรกคลอด ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 3 นาที

3.4 ระยะที่ 4 ของการคลอด หรือระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เริ่มตั้งแต่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นช่วงที่ร่างกายเริ่มปรับตัวเข้าสู่สภาวะปกติ

การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และผู้คลอดผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

แผนการพยาบาลระยะคลอด

ปัญหาที่ 1 ความก้าวหน้าในระยะที่ 2 ของการคลอดล่าช้า

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: ภายหลังปากมดลูกเปิดหมด 1 ชั่วโมง แล้วทารกยังไม่คลอด ส่วนน้ำยังไม่เคลื่อนต่ำ เมื่อเบ่งคลอด

วัตถุประสงค์: ความก้าวหน้าในระยะที่ 2 ของการคลอดดำเนินไปเป็นปกติ

เกณฑ์การประเมินผล: ทารกคลอดทางช่องคลอดภายในเวลา 19.00 น.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างเสมอโดยการกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม หากถ่ายปัสสาวะไม่ออก พิจารณาสวนปัสสาวะให้

2. ให้ได้รับยาเร่งคลอด 0.9% NSS 1,000 ML + Oxytocin 10 unit vein drip ปรับลดหรือเพิ่มอัตราการไหลของยาเร่งคลอด ตามการหดตัวของมดลูกให้ได้ระยะหดตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 45-60 วินาที ระยะคลายตัว 2-3 นาที โดยประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 10 นาที

3. เมื่อการเบ่งคลอดครบ 1 ชั่วโมงแล้วทารกยังไม่คลอด รายงานแพทย์รับทราบทันที

การประเมินผล

คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ เวลา 19.29 น.

ปัญหาที่ 2 เตรียมผู้คลอดในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: เบ่งคลอดครบ 2 ชั่วโมงทารกยังไม่คลอด ผู้คลอดหมดแรงเบ่ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อเตรียมความพร้อมผู้คลอดด้านร่างกายและจิตใจในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะคลอด มีความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารก

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมผู้คลอด แพทย์อธิบายเหตุผลในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศให้ผู้คลอดเข้าใจ และอธิบายขั้นตอนของการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ เพื่อลดความวิตกกังวล

2. สวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการขัดขวางการหดตัวของมดลูก และป้องกันอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ

3. จัดท่าผู้คลอดในท่า Lithotomy เตรียมเครื่องมือทำคลอดโดยเทคนิคปราศจากเชื้อ

4. ช่วยแพทย์ทำคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศตามขั้นตอนด้วยหลัก Sterile Technique และแนะนำการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี

5. เมื่อเสร็จสิ้นการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ รับนำผู้คลอดลงจากขาหย่างให้นอนท่าที่สบาย

การประเมินผล
มารดาปลอดภัยจากการคลอด ทารกปลอดภัยจากการคลอด APGAR Score นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน โดยหักสีผิว นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 คะแนน ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,255 กรัม รูปร่างทั่วไปปกติ ศีรษะไม่บวมโน O₂ Sat 98-99 % อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 3 ผู้คลอดเบ่งคลอดไม่ถูกวิธี

ข้อมูลสนับสนุน S: ขณะเบ่งคลอดแล้วหน้าแดง เบ่งในช่วงเวลาสั้นๆ ร้องครวญคราง ดิ้นไปมาเมื่อมดลูกหดตัว
O: -

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เบ่งคลอดถูกวิธี

เกณฑ์การประเมินผล: เบ่งแล้วส่วนนำเคลื่อนต่ำ ไม่ร้องและดิ้นไปมา เบ่งแล้วไม่ขึ้นหน้า หน้าไม่แดง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายวิธีการเบ่งที่ถูกต้อง คือสูดลมหายใจเข้าปอดให้เต็มที่ ยกศีรษะขึ้นจนคางชิดอก เบ่งลงกัน ให้เต็มที่คล้ายถ่ายอุจจาระ โดยออกลมเบ่งอย่างสม่ำเสมอในแต่ละครั้งที่มดลูกหดตัว ปิดปากให้สนิท ไม่ให้เสียงออกทางปาก เบ่งซ้ำเมื่อรู้สึกยังมีแรงเบ่ง

2. แนะนำให้ผู้คลอดพยายามผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วน ไม่ต้องกังวลเรื่องกลิ่นอุจจาระหรือปัสสาวะขณะเบ่งรวมทั้งพักและผ่อนคลายให้มากที่สุดในช่วงพักจากการเบ่งแต่ละครั้ง เพื่อเก็บแรงใช้เบ่งในครั้งต่อไป

3. ควบคุมและกระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อเบ่งถูกวิธี

การประเมินผล

เบ่งแล้วส่วนนำเคลื่อนต่ำ แต่ยังคงควบคุมไม่ให้ร้องและดิ้นไปมาและต้องกระตุ้นให้เบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว เบ่งแล้วไม่ขึ้นหน้า หน้าไม่แดง

แผนการพยาบาลระยะหลังคลอด

ปัญหาที่ 1 มารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: มารดาคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ มีแผลในโพรงมดลูก มีแผลฝีเย็บแบบ Right - Mediolateral Episiotomy

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้มารดาปลอดภัย ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล: มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่มีเลือดออกหรือเลือดคั่ง ปริมาณเลือดที่ออกจากโพรงมดลูกไม่เกิน 500 มิลลิลิตร สัญญาณชีพปกติและคงที่ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ออกซิเจน 10unit IV push ซ้ำๆ ภายใน 1 นาที หลังทารกคลอด และให้ Oxytocin 10unit ผสมใน 0.9% NSS 1000 cc IV drip Rate 120 cc/hr
2. ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มทารกอย่างละเอียด ดูว่ามีเศษรกค้างหรือไม่ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูกหลังคลอด ดูแลถึงมดลูกให้มดลูกมีลักษณะกลมแข็งอยู่ตลอดเวลา พร้อมกับการไล่ก้อนเลือดในโพรงมดลูกทันที เพื่อให้มดลูกหดตัวดี ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
3. ประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก ทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังรกคลอด ถ้าพบผิดปกติรีบรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือตามอาการ
4. ประเมินจำนวนเลือดที่ออกจากโพรงมดลูก ถ้ามีเลือดออกมากผิดปกติเป็นอาการแสดงของการตกเลือด
5. ตรวจสอบลักษณะของแผลฝีเย็บ ว่ามี Hematoma หรือไม่
6. กระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง เพราะถ้ามีปัสสาวะคั่งค้างจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มารดาตกเลือดได้

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดปกติ รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ แผลฝีเย็บไม่มีการฉีกขาดเพิ่มมดลูกมีการหดตัวดีไม่มีอาการเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด ใจสั่น ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก มีการสูญเสียเลือดจากการคลอด รวม 200 มิลลิลิตร สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิต 110/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, Oxygen Sat 99-100% ในระยะ 24 ชั่วโมง หลังคลอด มีเลือดออกทางช่องคลอดปกติ มารดาปลอดภัย ไม่เกิดภาวะตกเลือด

ปัญหาที่ 2 มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของทารก เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค

ข้อมูลสนับสนุน S: ซักถามอาการของบุตร

O: มารดามีสีหน้าวิตกกังวล บุตร On Phototherapy

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล และมีความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมิน: มารดามีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล มารดาเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการให้การพยาบาล
2. สังเกตภาวะความวิตกกังวลของมารดาและญาติ ที่แสดงออกทั้งสีหน้า และท่าทางเพื่อประเมินภาวะความวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลและเหตุผลของการดูแลรักษาเพื่อให้มารดาและญาติเกิดความเข้าใจ มั่นใจ และยอมรับในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เพื่อให้คลายความวิตกกังวล
4. เปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่สงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตร ให้ญาติได้ระบายความรู้สึก รับฟัง และให้คำแนะนำที่เหมาะสม

5.ส่องไฟที่เตียงมารดาไม่แยกทารกออกจากบิดามารดา ให้ทารกที่นอนมจากเต้านมมารดา ทุก 2-3 ชั่วโมงและให้ได้บ่อยครั้งเท่าที่ทารกต้องการ และสอนการดูแลทารกขณะส่องไฟอย่างถูกวิธีโดย พยาบาล คอยดูแลให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด

6.เมื่อทารกกลับบ้านได้แนะนำบิดามารดาเกี่ยวกับการสังเกตอาการตัวเหลืองที่อาจจะเพิ่มขึ้นได้ และเน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

การประเมินผล

หลังให้การพยาบาลมารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลลง มารดาและญาติรับทราบ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ปัญหาที่ 3 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน S: ปวดตรงบริเวณท้องน้อย และเจ็บแผลฝีเย็บ

O: Pain score 4 คะแนน มีแผลฝีเย็บแบบ Right -Mediolateral Episiotomy มดลูกหด รัดตัวกลมแข็ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายขึ้น ทุเลอาการปวดมดลูก และเจ็บตึงแผลฝีเย็บลดลง
เกณฑ์การประเมิน: อาการปวดมดลูกและเจ็บแผลฝีเย็บลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้นพักผ่อนได้ แผลฝีเย็บไม่มี อาการบวม หรือมีเลือดคั่ง Pain score ลดลง < 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจถึงกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอด เพราะมดลูกต้องหดตัวตามธรรมชาติเพื่อปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ การให้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกทำให้ปวดมดลูกมากขึ้น และบริเวณแผลฝีเย็บที่มีการฉีกขาดขณะคลอดและเย็บแผลให้เรียบร้อยแล้ว เนื้อเยื่อบริเวณนั้นชอกช้ำถูกทำลายจะมีความเจ็บปวดระยะหนึ่งแล้วจะกลับคืนหายเป็นปกติ

2. ประเมินสภาพทั่วไปและระดับความเจ็บปวด (Pain score) ถ้ารุนแรงมากพิจารณาให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Paracetamol (500) 1tab prn ทุก 4-6 ชั่วโมง

3. ประเมินลักษณะของแผลฝีเย็บ เพื่อให้แน่ใจว่าอาการปวดแผลฝีเย็บไม่เกิดจากความผิดปกติของ แผลฝีเย็บ เช่น การเกิดก้อนเลือดคั่งบริเวณแผลฝีเย็บ

4. ประคบด้วยถุงน้ำแข็งบริเวณแผลฝีเย็บ เพื่อลดอาการบวม และเจ็บปวด

5. แนะนำให้ขมิบก้นเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เพราะช่วยให้เลือดไหลเวียนมาบริเวณนี้มากขึ้นและทำให้แผลหายเร็วขึ้น

การประเมินผล

มารดาปวดมดลูกเป็นพักๆ ขณะให้ยา Oxytocin และอาการปวดทุเลาลงหลังหยุดให้ยา มีอาการ เจ็บตึงแผลฝีเย็บพอทนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้นเมื่อนอนตะแคง แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มีเลือดคั่ง หลังได้รับยาแก้ปวด Pain score ลดลงเหลือ 3 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี นอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 4 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: มีแผลฝีเย็บจากการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ระยะหลังคลอดปากมดลูกยังเปิดอยู่ มีน้ำคาวปลาสีแดงเข้มฟุ้งออกมา

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้มารดาหลังคลอดไม่เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, อุณหภูมิไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส แผลฝีเย็บไม่มีเลือดคั่ง ไม่บวม น้ำคาวปลามีกลิ่น สีสปกติ ไม่เหม็น ปัสสาวะเองได้ไม่แสบขัด ลักษณะปัสสาวะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ประเมินอาการและการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิสูงขึ้น ชีพจรเร็วขึ้น แผลฝีเย็บบวมแดง มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลฝีเย็บ เพื่อวินิจฉัยภาวะติดเชื้อระยะเริ่มแรก และให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

2. แนะนำให้รักษาความสะอาดของร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างถูกวิธี โดยให้อาบน้ำทุกวัน ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาด แล้วซับให้แห้งจากด้านหน้าไปด้านหลัง เพื่อหลีกเลี่ยงเชื้อโรคจากบริเวณทวารหนักมาที่ช่องคลอด แนะนำเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ และเปลี่ยนทุกครั้งหลังขับถ่าย ไม่ปล่อยให้ชุ่มเกินไป

3. ให้ผู้คลอดได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Amoxycillin (500) 2 caps หลังอาหาร เข้า และเย็น เพื่อป้องกันและรักษาภาวะติดเชื้อ

4. ให้ผู้คลอดได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงเช่น เนื้อ นม ไข่ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

5. แนะนำและกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 3,000 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีไข้

6. สังเกตการกดเจ็บบริเวณท้องน้อยสองข้างทุกวัน เพื่อประเมินการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ แผลฝีเย็บแห้งดี ไม่บวม แผลไม่มี Hematoma น้ำคาวปลาออกปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น ถ่ายปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบขัด ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีไข้หลังคลอด อุณหภูมิร่างกาย อยู่ในช่วง 36.6-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60- 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 5 มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้เนื่องจากผ่านการคลอดด้วยประสบการณ์ที่ไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาเป็นโรคซึมเศร้า เหนื่อยและอ่อนเพลียจากการเบ่งคลอด

O: การคลอดระยะที่ 2 ยาวนานเบ่งคลอด 2 ชั่วโมงกับ 29 นาที ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้คลอดไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

เกณฑ์การประเมิน: สีน้าสดชื่น สนใจสภาพแวดล้อม เลี้ยงดูบุตรได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
2. ส่งเสริมให้มารดามีการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เพื่อเป็นการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร
3. สอนมารดาเรื่องท่านอนให้นมบุตร เพื่อมารดาจะได้มีเวลาพักผ่อนโดยให้สามีและญาติคอยช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลเลี้ยงดูบุตรร่วมกัน
4. เฝ้าระวังและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลง สังเกตพฤติกรรม ภาวะอารมณ์ของมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ตลอดจนแนะนำให้สามีและญาติเฝ้าสังเกตพฤติกรรม ภาวะอารมณ์ของมารดาหลังคลอดที่บ้าน หากพบอาการผิดปกติต้องรีบพามาโรงพยาบาล
5. นัดมารดาหลังคลอดมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินความผิดปกติหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 4 หลังคลอดบุตรซึ่งเป็นการนัดตรวจตามปกติ แต่พยาบาลต้องคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ด้วย

การประเมินผล

มารดาไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เลี้ยงดูและให้นมบุตรได้ มารดาไปตรวจหลังคลอดที่คลินิกเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2563 และพึงผล PAP Smear วันที่ 11 พฤษภาคม 2563 ผลปกติ มารดามาตรวจตามนัดคลินิกจิตเวชผลแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ปกติ เหนื่อยจากการเลี้ยงบุตรแต่ไม่เครียด นอนหลับได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 31 ปี รูปร่างสมส่วน ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์อ่างทอง 13 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6 สัปดาห์ 3 วัน ผลเลือดซีฟิลิส ตับอักเสบบี เอ็ดส์ปกติ ได้รับวัคซีนบาดทะยักครบ 3 เข็ม ประวัติเป็นโรคซึมเศร้า (MDD) ระดับความซึมเศร้าเล็กน้อย (คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ได้ 7 คะแนน) รักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง มาตั้งแต่ 20 สิงหาคม 2557 โดยทานยา Sertraline (50) ½ tab ๑ hs ร่วมกับฝึกหายใจและฝึกคลายเครียด อาการดีขึ้นเรื่อยๆ จนมาถึงวันที่ 2 สิงหาคม 2562 ผู้คลอดมาปรึกษาเรื่องกินยา Sertraline ที่คลินิกจิตเวชเนื่องจากตั้งครรรภ์ได้ 4 สัปดาห์ แพทย์จิตเวชให้หยุดยาขณะตั้งครรรภ์ได้เนื่องจากผู้คลอดมีอาการดีขึ้นในช่วงระยะปี พ.ศ. 2559- พ.ศ. 2562 ผลประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ปกติมาตลอด อารมณ์ปกติ ไม่มีประวัติอยากฆ่าตัวตาย ระหว่างตั้งครรรภ์มีนัดมาตรวจจิตเวชเป็นระยะๆ 2 เดือน 3 เดือนและ 4 เดือน จนคลอด ผู้คลอดมาตรวจตามนัดทุกครั้งผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ปกติ จิตแพทย์ให้คลอดทางช่องคลอดได้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2563 เวลา 07.30 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์ มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด 3 ชั่วโมงก่อนมา แรกรับตรวจระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ฟังเสียงหัวใจทารก 156 ครั้ง/นาที คาคคเนน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ 3,000 กรัม มดลูกหดรัดตัวทุก (Interval) 6 นาที มดลูกหดรัดตัวนาน (Duration) 30 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 70% กระจกน้ำคร่ำอยู่ระดับส่วนนำ -1 ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ผลปกติ สูติแพทย์ให้ Admit Observe Progression of Labor เวลา 12.00 น. มีน้ำเดินเองตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบาง 80% กระจกน้ำคร่ำแตกสีน้ำคร่ำใส ระดับส่วนนำ 0 เฝ้าระวังภาวะสายสะดือพลัดต่ำ งดน้ำงดอาหารทางปาก

เพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายในการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเพราะอาจเกิดภาวะ Fetal Distress และ Prolapsed Cord ได้ เวลา 15.40 น. มดลูกหดรัดตัวห่างขึ้น Interval = 4 นาที Duration = 35 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ความบาง 90% ผนังคร่ำแตกสีน้ำคร่ำใส ระดับส่วนน้ำ +1 แพทย์สั่ง On NSS 1,000 ml +Oxytocin 10 unit vein drip 12cc/hr ปรับ rate ทุก 30 นาที ครั้งละ 4 cc จนได้มดลูกหดรัดตัวดี Controlled drip ด้วย Infusion pump ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาโดยใช้เครื่องติดตามหัวใจทารกในครรภ์ (Continuous electronic fetal monitoring) ฝ้าระวังภาวะมดลูกแตก เวลา 17.00 น.ปากมดลูกเปิดหมด เริ่มเบ่งคลอด สอนการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี และเชียร์เบ่ง คอยให้กำลังใจ เวลา 18.00 น.เบ่งคลอดครบ 1 ชั่วโมงยังไม่คลอด รายงานแพทย์ทราบ อยู่เป็นเพื่อนเพื่อลดความกลัว เวลา 19.00 น. เบ่งคลอดครบ 2 ชั่วโมงผู้คลอดหมดแรงเบ่ง อ่อนเพลีย ท้อในการเบ่งคลอด แพทย์ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ อธิบายเหตุผลและขั้นตอนในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ทารกคลอดเวลา 19.29 น. เพศชาย น้ำหนัก 3,255 กรัม ประเมินสภาพทารกแรกเกิด ประเมิน APGA Score นาทีที่ 1 ได้ 9 คะแนนหักสีผิวและประเมินนาทีที่ 5 ได้ 10 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส หายใจ 56 ครั้ง/นาที กระตุ้น Early Bonding Skin To Skin เพื่อสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก หลังคลอดมารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บ หลังให้การพยาบาลมดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน น้ำนมยังไม่ไหล เวลา 21.20 น.ย้ายมารดาและทารกไปตึกพิเศษหลังคลอด มารดารักษาตัวในห้องพิเศษหลังคลอด 3 วัน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า อารมณ์ปกติ สามารถเลี้ยงดูบุตรและให้นมบุตรได้ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาไหลปกติ สีแดงจาง ไม่มีไข้ น้ำนมไหลดี คัดตึงเต้านมเล็กน้อย แผลฝีเย็บแห้งดีไม่บวม วันที่ 29 มีนาคม 2563 บุตรมีภาวะตัวเหลือง ค่า MB 12.7 Hct 56% ส่งไฟท์ข้างเตียงมารดา ให้ข้อมูลและเหตุผลของการดูแลรักษาเพื่อให้มารดาและญาติเกิดความเข้าใจ มั่นใจ และยอมรับในการรักษาพยาบาลมากขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง บุตรเจาะ Hct และ MB ข้างผล 52% และ 11.1 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ มารดากลับบ้านวันที่ 30 มีนาคม 2563 เวลา 12.00 น. พร้อมบุตร เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2563 มารดาไปตรวจหลังคลอดที่คลินิกฝากฝากติ และวันที่ 11 พฤษภาคม 2563 พังผล PAP Smear ผลปกติ นัดอีก 3 ปี วันที่ 21 พฤษภาคม 2563 มารดามาดตรวจตามนัดคลินิกจิตเวชผลแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ปกติ เนื่องจากมีการเลี้ยงบุตรแต่ไม่เครียด นอนหลับได้ นัด Follow up อีก 3 เดือน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้คลอดรายนี้มี Prognosis ที่ดี เนื่องจากผู้คลอดยอมรับโรคซึมเศร้าที่เป็นและเห็นความสำคัญในการมาตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ จนอาการดีขึ้น จึงตั้งครรถ์ ระหว่างตั้งครรถ์ให้ความร่วมมือให้สูติแพทย์และทีมจิตเวชดูแลร่วมกันเป็นอย่างดี ฝากครรภ์สม่ำเสมอ และมาตรวจตามนัดจิตเวชสม่ำเสมอ เมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดผลการประเมินด้านจิตใจด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลปกติ ผู้คลอดมีความพร้อมทางด้านจิตใจ จึงสามารถผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย ทำให้เห็นแนวทางการดูแลผู้คลอดโรคซึมเศร้าโดยเน้นที่การประเมิน ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตเวชที่มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและเศร้าแทบจะตลอดเวลา อาจเป็นเรื้อรังหรือซ้ำได้ การเจ็บครรภ์คลอดเป็นการเจ็บปวดที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอดเป็นอย่างมาก ถ้าการคลอดเป็นการคลอดที่ยาวนานยิ่งจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดในระดับที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้มารดารู้สึกท้อ เกิดความกลัว ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา

โดยเฉพาะผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน ความเครียดจะทำให้อาการของโรคเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดถึงขั้นทำร้ายตนเองและบุตรได้ ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดต้องให้ความสำคัญในการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในผู้คลอดทุกราย โดยเฉพาะระยะแรกรับเป็นระยะที่สำคัญผู้คลอดต้องได้รับการประเมินด้านจิตใจที่ถูกต้องและได้รับการแก้ไขทันที ในผู้คลอดบางรายที่มีอาการกลัว เรียวร้องและเจ็บครรภ์มากกระสับกระส่ายต้องอนุญาตให้สามีและญาติเข้ามามีส่วนร่วมพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจในห้องรอลคลอดได้

บทสรุป

ผู้คลอดโรคซึมเศร้าถ้าจะมีการตั้งครรภ์ต้องปรึกษาจิตแพทย์ให้มีความพร้อมด้านจิตใจก่อน ระหว่างการตั้งครรภ์ต้องให้สูติแพทย์เป็นผู้ดูแล โดยจะมีการประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ถ้าคะแนนมากกว่า 8 จะส่งให้ทีมจิตเวชประเมินต่อ ช่วงระหว่างการคลอดเป็นช่วงที่สำคัญเพราะการเจ็บครรภ์คลอดเป็นการเจ็บปวดที่ทุกข์ทรมาน การเจ็บป่วยทางกายสามารถส่งผลกระทบถึงจิตใจอาจทำให้โรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่เดิมกลับมาเป็นซ้ำ อาจทำให้ผู้คลอดไม่ให้ความร่วมมือหรือชั้นรุนแรงอาจทำร้ายตนเองและบุตรได้ ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีต่อเนื่องถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดได้ พยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน สังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้คลอดอย่างใกล้ชิดและตลอดระยะเวลาของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการแก้ไขทางภาวะจิตใจ รวมถึงบทบาทในการช่วยลดอาการเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คลอดบุตรด้วยความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก พยาบาลหลังคลอดต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการต่อ แนะนำให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งของหลังคลอดและจิตเวช การดูแลร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพทำให้ผู้คลอดโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทำให้เกิดลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. สุนิดา ชัยติกุล และคณะ. ผลของวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติร่วมกับทำนัยยงๆบนนวัตกรรมเบาะนั่งรองคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ns.mahidol.ac.th>.
2. วณิดา ล้อพสุภิญโญภาพ. การพยาบาลมารดาที่คลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักการแพทย์; 2549 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.msdbankok.co.th>.
3. Medthai. 10วิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด α โรคซึมเศร้าหลังคลอด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://medthai.com/อาการซึมเศร้าหลังคลอด/>.
4. แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์ และคณะ. บทบาทพยาบาลกับการดูแลแบบองค์รวมในหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารทหารบก. 2561; 19: 29-31.
5. สุกัญญา รักษ์ชิจกุล. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556; 58(4): 359-370.
6. ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลอ่างทอง. รายงานสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคซึมเศร้า-โรคไบโพลาร์ ปีงบประมาณ 2560-2562. 2562.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ เพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรและทำหัตถ์

ดร.ณิศา คำปาน

งานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิง อายุ 30 ปี G₃ P₂ A₀ L₂ อายุครรภ์ 36 + 3 weeks by LMP, EDC 30 กรกฎาคม พ.ศ.2562 มาด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ตาลาย ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง บวมทั้งตัว ไม่มีอาการชัก รู้สึกลูกดิ้นลดลง แกรับ ความดันโลหิต 214/140mmHg ชีพจร 117 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที T 36.5 °C น้ำหนักตัว 127.7 กิโลกรัม สูง 168 เซนติเมตร BMI 45.245 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 3+ และมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ 340 mg ใน 24 ชั่วโมง การวินิจฉัยครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) และต้องทำการผ่าตัดคลอดบุตรและทำหัตถ์ (caesarean section with tubal resection)

การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับความรีบด่วนของการผ่าตัดคลอด สถานะของมารดา และทารกในครรภ์ ความพร้อมและความชำนาญของบุคลากรทางวิสัญญี สำหรับผู้ตั้งครรภ์รายนี้ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) เป็นการทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว และใส่ท่อช่วยหายใจร่วมด้วย เพราะเด็กเริ่มมีภาวะไม่ปกติ (non-reassuring fetal heart rate)

ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและทารกและอธิบายความจำเป็นในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยและญาติให้รับทราบ และต้องมีความชำนาญในการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด มีการเลือกใช้ยาให้เหมาะสม และใช้อุปกรณ์ตามมาตรฐานการเฝ้าระวังจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ในระหว่างการผ่าตัดมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สังเกตการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด ปริมาณของยาสลบให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามระบบเน้นความสำคัญอยู่ที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยและทารก ให้ความสะดวกแก่สูติแพทย์ให้ปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอดปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงและมารดาได้รับการดูแลหลังผ่าตัดโดยการเฝ้าระวังทางเดินหายใจ ควบคุมความดันโลหิต ปริมาณสารน้ำที่ให้ จำนวนปัสสาวะ ดูปริมาณเลือดที่ออกมา ดูแลการให้แมกนีเซียมซัลเฟตหลังผ่าตัดต่อเนื่องจากการดูแลขณะผ่าตัด ดูแลเรื่องการให้ยาระงับปวด และผู้ป่วยสามารถออกจากห้องพักฟื้นไปอยู่หอผู้ป่วยหลังคลอดได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ, การให้ยาระงับความรู้สึก, การคลอดบุตร, การทำหัตถ์

Abstract : Nursing and general anesthesia in preeclampsia patients for the Caesarean Section with Tubal Resection

Mrs. Darunee Khumpan

Nurse Anesthetist of Singburi Hospital

Case study Female patient aged 30 years, G₃ P₂ A₀ L₂, gestational age 36+3 weeks by LMP, EDC July 30, 2019 with headache, eyeball pain, dizzy, no pain in pregnancy No abnormal bleeding in the vagina. No limbs, weakness, swollen body, no seizures Feel the ball lower flex first, receiving blood pressure 214/140 mmHg, pulse 117 times/minute, breathing 20 times/minute T 36.5°C, body weight 127.7 kilograms, height 168 cm, BMI 45.245, laboratory results detected urine protein 3+ and There is 340 mg of protein in the urine in 24 hours. Severe preeclampsia is diagnosed and requires Caesarean Section with Tubal Resection.

The choice of anesthesia method depends on the urgency of cesarean section. State of mother and fetus the readiness and expertise of anesthetist personnel for this pregnant woman, general anesthesia is given to the patient to be unconscious. And include a trachea because children begin to have abnormal conditions Non-reassuring Fetal Heart rate

Therefore, anesthetists must have knowledge and understanding about the condition of patients and infants and explain the need for anesthesia to patients and relatives. And must have expertise in thorough physical assessment. With choosing the right medicine and use equipment According to surveillance standards from the Royal College of Anesthetists of Thailand During the surgery, patients are closely monitored. Observe the response of patients to surgery Adjust the size of anesthesia to suit the patient Surveillance of systemic complications, emphasizing the importance of the safety of patients and infants Provide convenience to obstetricians to operate quickly and efficiently. Can make the patient undergoes a cesarean section, no serious complications are found, and the mother receives postoperative care through respiratory surveillance. Control blood pressure the amount of water that gives the amount of urine to see the amount of blood that comes out. Continue to provide magnesium sulfate after surgery after care during surgery. Taking care of pain medication and the patient can leave the recovery room to the postpartum ward.

Keyword: Nursing for preeclampsia patients, Anesthesia, Childbirth, Sterilization

บทนำ

การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอดคิดเป็นร้อยละ 22.5 ของการคลอดในประเทศไทย การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยดังนี้ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ความรีบด่วนของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ความต้องการของผู้ป่วย การระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ในปัจจุบันมีความนิยมในการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ลดลง เนื่องจากมีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนถึง 16 เท่า แต่ในรายที่มีข้อห้ามของการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ผู้ป่วยปฏิเสธ หรือเป็นการผ่าตัดที่รีบด่วน ยังมีความจำเป็นต้องใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ข้อดีของวิธีนี้คือสามารถทำผ่าตัดได้ทันที ควบคุมการหายใจและระบบไหลเวียนเลือดได้ดี^[1]

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (pregnancy-induced hypertension)

ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่มี systolic blood pressure (SBP) ≥ 140 mmHg หรือ diastolic blood pressure (DBP) ≥ 90 mmHg

ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ หรือ proteinuria คือ ภาวะที่มี urine protein ≥ 300 mg ในปัสสาวะที่เก็บต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง หรือ urine protein creatinine index (UPCI) ≥ 0.3 หรือ การตรวจโดยใช้แผ่นทดสอบสำเร็จรูป (urine dipstick) $\geq 1+$ แต่ urine dipstick จะใช้เฉพาะกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วย urine protein 24 hr หรือ UPCI ได้^[2] ภาวะมีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ที่มีสาเหตุมาจากไตถูกทำลายที่ถือว่าเป็นอันตรายนั้น ส่วนใหญ่มักเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ โรคเบาหวานลงไต (diabetes nephropathy) โรคความดันโลหิตสูง (hypertensive nephrosclerosis) ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ที่อาจพบได้ก็มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งจะมีการความดันโลหิตสูงพร้อม ๆ กับมีปริมาณโปรตีนรั่วในปัสสาวะจำนวนหนึ่ง^[3] โดยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท^[2] ดังนี้

1. ภาวะครรภ์เป็นพิษ preeclampsia: ความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ, eclampsia: ความดันโลหิตสูงร่วมกับมีอาการชัก โดยการชักไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

2. ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ (chronic hypertension) ร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ (superimposed preeclampsia) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และพบภาวะโปรตีนในปัสสาวะร่วมด้วย

3. ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือยังคงมีความดันโลหิตสูงในช่วงหลังจาก 12 สัปดาห์หลังคลอด

4. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบในช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่พบภาวะ proteinuria ร่วมด้วย และความดันโลหิตมักกลับสู่ระดับปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นโรคของการทำงานที่ผิดปกติของเยื่อหลอดเลือด (endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (vasospasm) ที่เกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และอาจแสดงอาการเข้าไปจนถึง 4 – 6 สัปดาห์หลังคลอดได้ ในทางคลินิก ภาวะครรภ์เป็นพิษ หมายถึงการที่มีความดันโลหิตสูงและมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ โดยอาจจะมีหรือไม่มีภาวะบวมก็ได้ ปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงทางการแพทย์เกี่ยวกับตัวเลขหรือค่าที่จะบอกภาวะครรภ์เป็นพิษ แต่เกณฑ์การวินิจฉัยที่สมเหตุสมผลสำหรับหญิงที่มีความดันโลหิตปกติก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ได้แก่ systolic blood pressure > 140 mmHg และ diastolic blood pressure > 90 mmHg ในการวัด 2 ครั้ง

ห่างกัน 4 – 6 ชั่วโมง ส่วนสำหรับในหญิงที่มีโรคความดันโลหิตสูงอยู่เดิมใช้เกณฑ์วินิจฉัยเมื่อ SBP เพิ่มขึ้น 30 mmHg และ DBP เพิ่มขึ้น 15 mmHg ขึ้นไป^[4]

ภาวะครรภ์เป็นพิษนี้พบได้ร้อยละ 6-8 ของการตั้งครรภ์ทั่วไป โดยพบความรุนแรงน้อยร้อยละ 75 และความรุนแรงมาร้อยละ 25 โดยพบ HELLP syndrome ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษที่มีความรุนแรงมาก สาเหตุการตายส่วนมากพบว่าเกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง และปอดบวมน้ำ^[5] ซึ่งครรภ์เป็นพิษการดำเนินของโรคอาจรุนแรงจนถึงขั้นทำให้เกิดภาวะตับวาย (liver failure), ไตวาย (renal failure), disseminated intravascular coagulopathy (DIC), และความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) ได้ สุดท้ายถ้าเกิดมีภาวะชักที่เกี่ยวข้องกับ Preeclampsia เกิดขึ้น จะเรียกภาวะนั้นว่า eclampsia และภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง (mild preeclampsia) ประกอบด้วยความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยไม่มี end-organ damage ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) คือการที่มีภาวะ preeclampsia ร่วมกับอาการหรืออาการแสดงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mmHg หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 mmHg โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า 5 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หรือมากกว่า 3+ ในปัสสาวะ 2 ครั้งที่เก็บห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) หรือเขียว cyanosis ปัสสาวะออกน้อยกว่า 400 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมง (Oliguria) ปวดหัวที่ไม่ดีขึ้น (persistent headache) ปวดบริเวณลิ้นปี่ (epigastric pain) และ/หรือ ค่าการทำงานของตับผิดปกติ (impaired liver function) เกร็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) น้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) และการเจริญเติบโตของทารกลดลง (decreased fetal growth) หรือภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (placenta abruption)^[4]

ปัญหาและข้อควรระวังในการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เมื่อเข้ามารับการผ่าตัดคลอด มีหลัก 3 ประการ^[5] คือ

1. การใส่ท่อช่วยหายใจยากหรือใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ เกิดการขาดออกซิเจนได้ง่ายและเร็ว เนื่องจากปริมาตรปอด FRC ลดลง และเกิดภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำย่อยเข้าปอดได้ง่าย บุคลากรทางวิสัญญีต้องมีการประเมินอย่างละเอียด และเตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยใส่ท่อช่วยหายใจกรณีฉุกเฉิน

2. ความดันเลือดสูง เป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักถึง เนื่องจากอาจนำไปสู่ภาวะเลือดออกในสมอง และปอดบวมน้ำได้ การควบคุมความดันเลือด ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาเมื่อความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mmHg หรือ diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 mmHg การลดความดันเลือดต้องควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยไม่ควรลดความดันเลือดให้ต่ำเกินไปหรือลดความดันอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยและทารกในครรภ์ได้ โดยทั่วไปจะควบคุมความดัน systolic ให้อยู่ในช่วง 140-150 mmHg และความดัน diastolic อยู่ในช่วง 80-100 mmHg

3. การได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันการชัก มีผลทำให้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม non-depolarizing ยาวนานขึ้น จึงควรลดขนาดยาและเผื่อระว่างการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป อาจทำให้ถอดท่อช่วยหายใจไม่ได้หลังเสร็จผ่าตัด โดยทฤษฎีแมกนีเซียมลดการหลั่ง acetylcholine ที่ presynaptic และ plasma cholinesterase ของผู้ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ มีปริมาณลดลง จึงอาจทำให้การออกฤทธิ์ของ succinylcholine ยาวนานขึ้น แต่จากการศึกษา พบว่าเมื่อใช้ succinylcholine ขนาดปกติ 1-1.5 มก./กก. เพียงครั้งเดียว เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจไม่เพิ่มระยะเวลา

การหย่อนตัวของกล้ามเนื้อ จึงสามารถขยายในขนาดนี้ได้ตามปกติ และแมกนีเซียมมีผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวไม่ดีหลังจากคลอด ควรระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยให้ oxytocin 1-3 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำหลังทารกคลอดและหยุดต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการใช้ methylergonovine เพื่อช่วยการหดตัวของมดลูกเนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยมีความดันเลือดสูงขึ้น

จากสถิติของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี พ.ศ. 2560-2562 มีหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จำนวน 539, 629 และ 622 ราย ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ 8, 15 และ 14 ราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะที่พบบ่อยและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและมีความเสี่ยงสูง และทำให้อันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ และถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลาที่แล้ว อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และเมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษต้องมารับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอด ผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องมีความรู้ความชำนาญ และเลือกใช้วิธีดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดคลอด ในผู้ป่วยสุติกรรมที่มีปัญหา ถ้าได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายได้

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 30 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง

G₃ P₂ A₀ L₂ อายุครรภ์ 36 + 3 สัปดาห์ by LMP น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 110 กิโลกรัม น้ำหนักปัจจุบัน 127.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร BMI คัดจากน้ำหนักเดิม 38.97

การวินิจฉัยแรกรับ severe preeclampsia

การผ่าตัด caesarean section with tubal resection

ASA physical status 3E underlying severe preeclampsia, obesity, pregnancy

อาการสำคัญ

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะมาก ปวดกระบอกตา ตาลาย จุกใต้ลิ้นปี่

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วย G₃ P₂ A₀ L₂ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะมาก ปวดกระบอกตา ตามัว บวมมากขึ้น ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่เลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีอาการชัก รู้สึกเหนื่อยอ่อนลง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา เคยผ่าตัดคลอดบุตร 1 ครั้ง

ประวัติส่วนตัว

ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เป็นบุตรคนโต มีน้องสาว 1 คน

ประวัติเจ็บป่วยคนในครอบครัว

มารดาผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

การตรวจร่างกายตามระบบ

vital signs	T = 36.5 °C, PR = 117/min, R = 20/min BP 214/140 mmHg
general appearance	a Thai pregnant be weak not pale
heent	not pale conjuction, anicteric sclera, no ratina hemorrhage
cvs	sinus tachycardia, normal S1 S2, no murmur
chest and lunge	normal breath sound, no adventitious sound
abolomen	tender atepigastrium, no rebound tenderness, nouterine contraction FHS 130 bpm
nevous system	alert pupil 3 min react to light both eyes full eom(full with nyntagmus on far lateralgaze) no stiffness of neck, no facial palsy, no tongue deviation motor power gr.IV all. DTR 2+ in upper extremities. 3+ lower extremities
extremities	pitting edema both legs. no petechiae or ecchymosis
assessment	air way mallampati class ll T – M distance >6 cm mouth opening >3 cm limitation neck flex/extension No.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ

Complete blood count		ค่าปกติ
platelet	106 × 10 ³ cells/ul	160 – 435
urine Analysis		ค่าปกติ
protein u/a	3+	negative
urine protein 24 hrs	340 mg/24hr	
clin. chemistry		
uric acid	8.2 mg/dl	M 3.5 – 7.2, F2.6 – 6.0
SGOT (AST)	72 U/L	M < 50, F < 35
SGPT (ALT)	53 U/L	M < 50, F < 35
LDH	249 U/L	M < 248, F < 247

ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ

1. ตรวจประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางเดินหายใจ ตรวจหาภาวะโรคร่วมที่มีอยู่ก่อนการตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และหอบหืด เป็นต้น และมีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจฉุกเฉินไว้ เช่น laryngeal mask airway video laryngoscope, laryngoscope ด้ามสั้น, guide wire, ท่อช่วยหายใจขนาด 6.5 – 7.0 (เส้นผ่านศูนย์กลางภายในหน่วยเป็นมิลลิเมตร)

2. ติดอุปกรณ์เฝ้าระวัง เครื่องวัดความดัน, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ pulse oximeter, เครื่องตรวจวัดคาร์บอนไดออกไซด์ และมีการเตรียมยาต่าง ๆ ให้พร้อมใช้งาน

3. ตรวจสอบว่ามีทางให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ปลอดภัย เพื่อใช้ในการฉีดยาฉุกเฉิน และให้แมกนีเซียมซัลเฟตต่อเนื่องตลอดการผ่าตัด

4. จัดท่าผู้ป่วยหนุนสะโพกขวาเพื่อเอียงมดลูกไปทางซ้ายประมาณ 15 องศา

5. ให้ยาลดความดันเลือด nifedipine เพื่อให้ความดันเลือดต่ำกว่า 140/90 mmHg ก่อนนำสลบ

6. ให้ออกซิเจน 100% 6 ลิตร/นาที ทางหน้ากากสูดดมเป็นระยะเวลา 3-5 นาที หรือให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกเต็มที่ประมาณ 8 ครั้ง ในเวลาประมาณ 60 วินาที ก่อนนำสลบ

7. ใส่ท่อช่วยหายใจแบบ rapid sequence induction โดยใช้ propofol 2 – 2.5 มก./กก. และ succinyl 1 – 1.5 มก./กก. และกดกระดูกอ่อน Cricoid 30 นิวตัน (ประมาณ 3 กิโลกรัม) เพื่อลดภาวะเสี่ยงของ aspiration

8. หลังใส่ท่อช่วยหายใจและตรวจสอบว่าสามารถช่วยหายใจผ่านท่อได้ดี ให้ดมยาสลบไธเรเฮนขนาด 0.5 – 1 MAC ร่วมกับ 50 % ไนตรัสออกไซด์และให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อในกลุ่ม non-depolarizing ออกฤทธิ์นานปานกลางขนาดน้อย ๆ คือ cisatracurium 4 มก. ยาหย่อนกล้ามเนื้อละลายในไขมันน้อย จึงผ่านไปสู่รกได้น้อย หลังการกดคลอดให้ลดยาดมสลบไธเรเฮนเหลือ 0.5 – 0.75 MAC และให้ยาระงับปวดกลุ่ม opioids เช่น fentanyl และให้ยากกลุ่ม benzodiazepine ผู้ป่วยรายนี้ใช้ยา midazolam ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก คือ oxytocin 3 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ และหยุดต่อเนื่อง 17 ยูนิต ใน I.V. fluid 1,000 ml

9. เมื่อเสร็จผ่าตัด ให้แก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non-depolarizing ใช้ neostigmine dose 3.75 mg ซึ่งยานี้จะกระตุ้น muscarinic receptor ทำให้หัวใจเต้นช้า ถ้าใส่เคลื่อนไหวนเร็ว หลอดลมตีบ มีเสมหะมาก ต้องป้องกันโดยให้ Atropine ก่อน 1.20 mg เพื่อให้การนำกระแสประสาทบริเวณ neuromuscular junction กลับคืนสู่ภาวะปกติ ให้ nifedipine 0.4 mg ทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะความดันเลือดสูงขณะถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยตื่นดี หายใจได้เอง ทำตามคำบอกได้ มีรีเฟล็กซ์กลับมา ถอดท่อช่วยหายใจออก ให้ดมออกซิเจน 100% ต่อและย้ายเข้าห้องพักฟื้น

ผู้ป่วยรายนี้เป็น severe preeclampsia เนื่องจาก BP สูงมาก 214/140 mmHg, proteinuria 3+, peripheral edema, epigastric tenderness, elevates liver enzymes มีความเสี่ยงที่จะเกิดการชักได้ และมีการให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 กรัม ผสมใน 5% D/W 500 ml ให้จำนวน 25 ซีซีต่อชั่วโมง

เมื่อสูติแพทย์ set ผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเป็นนอกเวลาราชการ การเลือกเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้และความรีบด่วนของการผ่าตัด สภาวะของมารดาและทารกในครรภ์ ความต้องการของผู้ป่วย ความพร้อมความชำนาญของบุคลากรทางวิสัญญี ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ต้องรีบด่วนในการผ่าตัด เนื่องจากต้องรีบเอาทารกออก จึงต้องใช้เทคนิคมยาสลบ ซึ่งมีข้อดีคือใช้เวลาในการนำสลบสั้นกว่า จึงเหมาะสำหรับกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน สามารถควบคุมความดันเลือดได้คงที่ ควบคุมการหายใจได้ ไม่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการผ่าตัด แต่มีข้อเสียคืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจยาก การสูดสำลักเข้าปอด ก่อนดมยาสลบได้มีการอธิบายความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ

การดูแลหลังผ่าตัดในผู้ป่วย severe preeclampsia

ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลใกล้ชิด อย่างน้อย 24 ชั่วโมง หลังคลอด โดยสังเกตอาการเฉพาะดังนี้

1. fluid balance อาจเกิด pulmonary edema ได้ภายใน 24 – 72 ชั่วโมง หลังคลอด เกิดจากน้ำ extra cellular fluid ไหลกลับเข้ากระแสเลือดก่อนที่จะเกิดภาวะ diuresis ตามมา
2. $MgSO_4$ และภาวะชักหลังคลอด ภายหลังการผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ $MgSO_4$ ต่ออีก 24 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดการชักขึ้นได้
3. ความดันเลือด ผู้ป่วยบางรายยังมีความดันเลือดสูงอยู่หลังคลอด จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันต่อไป
4. ต้องระวังการหายใจของผู้ป่วยในระยะที่ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non-depolarized ร่วมกับ $MgSO_4$
5. ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยให้ยาแก้ปวด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายไม่ปวดแผล
6. ฝ้าระวังการตกเลือดหลังผ่าตัด จากการหดตัวของมดลูกไม่ดี

การพยาบาลก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก

ระยะก่อนการระงับความรู้สึก มีการตรวจเย็บอาการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ชักประวัติตรวจร่างกาย วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและการผ่าตัด เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้งาน รวมทั้งบันทึกข้อมูลผู้ป่วย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นกลัวเจ็บ ผู้ป่วยกลัวสูญเสียความทรงจำ
2. ผู้ป่วยและญาติกลัวไม่พินจากยาดมสลบ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ช่วยคลายความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล รวมถึงสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกและผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง ชักถามเรื่องการผ่าตัดน้อยลง
- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส คลายกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะครรภ์เป็นพิษ ความจำเป็นในการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ขั้นตอนต่าง ๆ การปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา
 - เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ
- ประเมินผล** ผู้ป่วยมีหน้าตาแจ่มใสขึ้น และเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และภาวะทารกในครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการฉีกขาดของหลอดเลือด เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น และการบวมของทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอ้วน น้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 127.7 กิโลกรัม สูง 168 เซนติเมตร BMI 45.245 น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 110 กิโลกรัม BMI จากน้ำหนักเดิม 38.97
2. คอสั้น, ตัวบวม

วัตถุประสงค์การพยาบาล หญิงตั้งครรภ์สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้และปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

- การเตรียมอุปกรณ์ที่ช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจครบถ้วน
- สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

- ตรวจสอบสภาพเครื่องดมยาสลบและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
- เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจกรณีฉุกเฉินไว้ เช่น laryngeal mask airway, video laryngoscope เตรียม suction ให้พร้อม ใช้ laryngoscope ด้ามสั้น เพื่อให้ง่ายต่อการใส่ท่อหายใจในผู้ป่วยที่อ้วน และมีหน้าอกขยายใหญ่
- ประเมินลักษณะความยากง่ายของการใส่ท่อหายใจ โดยดู mallampati classification โดยการให้อ้าปากและแลบลิ้นให้เต็มที่ ผู้ป่วยรายนี้ mallampati classification ได้ class 2 เลือกท่อช่วยหายใจขนาดให้เล็กกว่าหูดั้งเดิม คือขนาด 6.5 – 7.0
- จัดท่าในการใส่ท่อให้อยู่ในลักษณะเอียง ศีรษะสูง (ramp position) คือหนุนหมอนที่ศีรษะ ไหล่ ทำให้ระดับของรูหู external auditory meatus อยู่ในระดับเดียวกับ sternal notch เพื่อเปิดทางเดินหายใจได้ง่าย
- ใส่ stylet หรือ guide wire ไปในท่อช่วยหายใจ และดัดเป็นรูปตัวเจ

ประเมินผล หญิงตั้งครรภ์รายนี้ได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมล่วงหน้า ทำให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จภายใน 1 ครั้ง

การพยาบาลขณะให้ยาระงับความรู้สึก

การดูแลขณะให้ยาระงับความรู้สึก มีการให้ยาระงับความรู้สึกและเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมกับบันทึกการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การสูญเสียเลือด ดูแลให้สารน้ำ และปัสสาวะที่ออกมา ตลอดจนประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อเอาท่ช่วยหายใจออกเมื่อตื่นดีทำตามคำสั่งได้ และหายใจเพียงพอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบ เนื่องจากได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อในขณะใส่ท่ช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ตั้งครรภ์ต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น FRC (functional residual capacity) ซึ่งเป็นปริมาตรของปอดที่เหลือค้างอยู่หลังการหายใจออกปกติ และเป็นแหล่งออกซิเจนสำรองลดลงร้อยละ 20 หญิงตั้งครรภ์จึงเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้เร็วกว่าคนปกติ

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบ

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีภาวะ cyanosis, สีผิวปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 98 - 100 %

กิจกรรมการพยาบาล

- มีการตรวจสอบเครื่องดมยาสลบและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้
- ให้สูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก 6 ลิตรต่อนาที ก่อนสูดดมออกซิเจน จัดท่าผู้ป่วยนอนหงายหนุนศีรษะ 5 – 7 cm. แขนงคอกเล็กน้อยทำให้ช่องปากและกล่องเสียงอยู่ในแนวเดียวกัน
- ใส่ท่ช่วยหายใจอย่างนุ่มนวลแต่รวดเร็วและรีบต่อออกซิเจนทันที มีการตรวจสอบท่ช่วยหายใจว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องทันที ตรวจดูวงจรดมยาสลบไม่ให้หักพับงอ และให้หญิงตั้งครรภ์สูดดมออกซิเจน 50 % ตลอดการระงับความรู้สึก
- สังเกตการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ชีพจร ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง และระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก และบันทึกทุก 5 นาที สังเกตการเปลี่ยนแปลงจากสีผิวปลายเล็บมือ สีของเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด

การประเมินผล ตรวจสอบตำแหน่งจากการฟังปอด ได้ยินเสียงดังเท่ากัน 2 ข้าง ไม่มีภาวะ desaturation ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ระหว่าง 98 – 100 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดการสูดสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดขณะใส่ท่ช่วยหายใจ เนื่องจากมีภาวะ full stomach

ข้อมูลสนับสนุน

1. หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสสำลักอาหารเข้าปอดง่าย เนื่องจากหูดของหลอดอาหารหลวมและกระเพาะอาหารย่อยได้ช้า จนทำให้มีอาหารค้างอยู่ในกระเพาะได้นาน
2. มีการให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ succinyl choline เพื่อช่วยในการใส่ท่ช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดสูดสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดขณะใส่ท่ช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้ว 98-100 %
- ฟังปอดลมหายใจที่หน้าอก 2 ข้างดังเท่ากัน หน้าอกมีการขยายออกเมื่อช่วยหายใจเข้าเท่ากัน 2 ข้าง

กิจกรรมการพยาบาล

- มีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อม เปิดเครื่องดูดเสมหะไว้พร้อมใช้ ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่สามารถปรับเอียงศีรษะให้สูงต่ำได้
- เลือกใส่ท่อช่วยหายใจชนิดมีคัพ (endotracheal tube with cuff) สามารถใส่ลงเข้าในคัพได้โดยไม่รั่วซึมหลังใส่ เพื่อปิดกั้นทางเดินหายใจและช่วยป้องกันการสำลัก
- ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยเทคนิคพิเศษคือการนำสลบอย่างรวดเร็วร่วมกับการกดกระดูกอ่อนไครคอยด์ (cricoid cartilage) ดันลมใส่คัพของท่อช่วยหายใจก่อนปล่อยมือที่กดกระดูกอ่อนไครคอยด์ วิธีนี้จะช่วยปิดกั้นหลอดอาหารส่วนต้น เป็นการป้องกันไม่ให้มีเศษอาหารหรือน้ำย่อยไหลย้อน

ประเมินผล ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยเข้าปอด ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้วได้ 98-100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องของสารน้ำในร่างกายเนื่องจากการเสียเลือดเสียน้ำในระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด 8 ชั่วโมง
2. การผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 700 ml จากทารกตัวใหญ่ ต้องเปิดแผลกว้าง ทารกน้ำหนักตัว 3,700 กรัม

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องสารน้ำและโลหิตระหว่างการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- Hb ไม่ต่ำกว่า 12.0 กรัมต่อเดซิลิตร
- จำนวนปัสสาวะที่ออก 0.5 - 1 ซีซี ต่อน้ำหนักตัว ต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

- มีการตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิต ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 5 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ได้แก่ ความตึงของผิวหนังลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 15 mmHg ชีพจรเบาเร็ว
- ประเมินการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ถ้าพบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียเพิ่มเรื่อย ๆ ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน
- บันทึกปริมาณและสีปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง
- มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอกับปริมาณเลือดที่สูญเสียไประหว่างผ่าตัดโดยคำนวณจากน้ำหนักตัว ระยะเวลาการงดน้ำอาหาร ชนิดการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด

ประเมินผล ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80 – 150/90 mmHg ชีพจรสม่ำเสมอ 78 – 90 ครั้ง/นาที ผิวกายของผู้ป่วยอุ่น เปลือกตาไม่ซีด ปัสสาวะออกประมาณ 100 ml/hr สีเหลืองใส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ภายหลังที่ฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากฤทธิ์ของ $MgSO_4$ เสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยากันชัก 50% $MgSO_4$ 20 กรัม ผสมใน 5% D/W 500 ซีซี ให้จำนวน 25 ซีซีต่อชั่วโมง
2. ผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ cisatracurium ขณะให้ยาระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะการหายใจไม่เพียงพอ ภายหลังที่ให้ผู้ป่วยฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยกลับมาหายใจเองสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้ว 98-100 %
- ผู้ป่วยตื่น, หายใจได้เอง และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้

กิจกรรมการพยาบาล

- หยุดการให้ $MgSO_4$ ขณะให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากแมกนีเซียมเสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อทั้งชนิด non-depolarized และ depolarized เมื่อเสร็จผ่าตัดให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อคือ neostigmine ขนาด 2.5 mg

- ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนที่จะทำการถอดท่อช่วยหายใจว่า ผู้ป่วยตื่นดี สามารถหายใจได้ดี ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจออกแล้วให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก และตรวจดูว่าผู้ป่วยมีการหายใจที่เพียงพอ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและนับการหายใจของผู้ป่วย

ประเมินผล ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี สามารถทำตามคำสั่งได้ เช่น อ้าปาก ลิ้มตา ยกแขน วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงได้ 98-99%

การพยาบาลระยะหลังให้การระงับความรู้สึก

การดูแลให้การพยาบาลหลังระงับความรู้สึก ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึก ประเมินสภาพผู้ป่วยให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น และติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป และยังฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบไม่เต็มที่

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยหลับเรียกลิ้มตาปลุกตื่น แต่ยังง่วงนอน sedation score = 2 อาจเกิดการหายใจไม่พอหรือมีการอุดกั้นทางเดินหายใจได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การหายใจไม่เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยหายใจโล่ง สม่ำเสมอ ไม่มีเสมหะ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98-100 %

กิจกรรมการพยาบาล

- ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง ในอัตรา 6 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย
- สังเกตและฟังเสียงหายใจ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงตลอดเวลาจนกว่าจะรู้สึกตัวดี สังเกตสีผิวโดยเฉพาะริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ว่ามีสีเขียวคล้ำหรือไม่ เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน
- เตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจไว้ให้พร้อมใช้ เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่าง ๆ

ประเมินผล ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสียงครีคราของเสมหะ น้ำลาย อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ สีผิวบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าไม่เขียวคล้ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98-99 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บ**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวดโดยใช้ pain score ได้ 7 – 8 คะแนน
2. BP 150/100 mmHg P 116 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อยลง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้น และบอกทุเลาปวด
- pain score < 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินความรุนแรงของอาการปวดแผล โดยการซักถามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่เป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 – 10 และสังเกตสีหน้าของผู้ป่วย
- ดูแลให้ผู้ปวยนอนในท่าที่เหมาะสม หากรู้สึกตัวจัดให้นอนในท่าศีรษะสูง (fowler's position) เพราะทำให้หน้าท้องหย่อนตัว เป็นการลดการดึงของแผล ช่วยบรรเทาอาการปวดแผล
- ดูแลให้ผู้ปวยได้รับยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม
- มีการเฝ้าระวังการง่วงซึมของผู้ป่วย โดยใช้ sedation score
- มีการสังเกตบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ทุก 5 นาที

ประเมินผล ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง ประเมินความปวดได้ในระดับต่ำกว่า 3 ก่อนกลับตึก สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย สัญญาณชีพปกติ

บทสรุป

ภาวะครรภ์เป็นพิษถือเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อสุขภาพมารดาและทารก บทบาทของพยาบาลวิสัญญีผู้ให้การให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ตั้งครรภ์ ต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปของมารดา เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจและเลือกวิธีที่ใช้ดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดคลอด และมีทักษะที่ดีในการประเมินสภาพผู้ป่วย มีการเตรียมผู้ป่วย เตรียมยาและอุปกรณ์เครื่องใช้ให้พร้อมใช้งานก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลขณะผ่าตัด ติดตามเฝ้าระวังใกล้ชิด เพื่อป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเน้นความปลอดภัยของมารดาและทารกเป็นสำคัญ รวมทั้งการดูแลหลังการให้ยาระงับความรู้สึก มารดาหลังคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น ปอดบวม น้ำ หลอดเลือดในสมองแตก ลิ่มเลือดอุดตันที่ขาหรือปอดภาวะชัก ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวังและควบคุมความดันเลือด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ รวมทั้งปริมาณปัสสาวะภายใน 5 วันหลังผ่าตัดปริมาณสารน้ำในร่างกายจะกลับเข้าสู่หลอดเลือดส่วนกลางทำให้มีปัสสาวะขับออกมามาก ในการควบคุมความดันเลือดควรให้ยาลดความดันเลือดต่อเนื่องไปจนถึงระยะขับปัสสาวะทุกรายควรได้รับ $MgSO_4$ หยดต่อเนื่องจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด ในรายที่มีทางเดินหายใจบวมอยู่เดิม มีลักษณะทางเดินหายใจอุดกั้นขณะหลับ หรือน้ำหนักตัวมาก ต้องเฝ้าระวังทางเดินหายใจอุดกั้นหรือหายใจไม่เพียงพอหลังได้รับยาระงับปวด opioids

เอกสารอ้างอิง

1. บุศรา ศิริวันสาธิตและคณะ. Anesthesia and Perioperative care. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560.
2. ปรัชญาวรรณ ทองนอกและคณะ. Practical point in high risk ANC [Internet]. 2017 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1350:practical-point-in-high-risk-anc&catid=45&Itemid=561 Medthai.
3. การตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ (Urine protein test) คืออะไร [Internet]. 2018 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://medthai.com/การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ/>.
4. ศิริชัย วิริยะธนากร. Severe Preeclampsia [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.errama.com/system/spaw2/uploads/files/Case_Report_Sirichai.pdf.
5. อักษร พูลนิตพรและคณะ. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558.

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรดแลคติกเกินที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน ร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

เยาวภา เพียรพานิช

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาหญิงไทยวัย 65 ปี ประวัติเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับยาเมทฟอร์มิน 2 เม็ดหลังอาหาร เข้า-เย็น เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลอาเจียนเป็นเศษอาหาร 10 ครั้งต่อวัน และมีอาการถ่ายอุจจาระเหลว ปนมูก 6 ครั้ง ถึงโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจและวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น Sepsis, Acute kidney injury โดยให้การรักษา Ceftriaxone 2 gm $\odot$ stat 0.9% NSS 1,000 ml $\odot$ 120 ml ถึงโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ป่วยมีภาวะ Severe metabolic acidosis พบ Wide anion gap 45.6 PH 7.013 แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะ Metformin associated lactic acidosis ร่วมกับมีภาวะ Acute kidney injury แพทย์มีแผนการรักษาโดยการฟอกเลือด (Hemodialysis) อย่างเร่งด่วน และให้การรักษาภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เพราะการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะ Metformin associated lactic acidosis พยาบาลให้การพยาบาลในระยะวิกฤตเพื่อแก้ไขภาวะ Severe metabolic acidosis เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการใส่สาย Double lumen Catheter (DLC) และการดูแลขณะฟอกเลือดและหลังการฟอกเลือด รวมถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตจากกรดแลคติกเกิน และภาวะไตวายเฉียบพลัน การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการฟอกเลือด รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Hemodynamic monitoring) ในระยะวิกฤตอย่างทันทั่วที่ ซึ่งกรณีศึกษาปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ยุติการฟอกเลือดแบบเร่งด่วนได้ และจำหน่ายกลับบ้านรวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 7 วัน

ประเด็นที่ศึกษากรณีศึกษารายนี้ คือกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อนเป็นภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นไม่บ่อยแต่มีภาวะวิกฤตรุนแรงถึงแก่ชีวิต จึงควรส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และความสามารถในการตัดสินใจที่ดี ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลก่อน และหลังฟอกเลือด สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้มีความรอบรู้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบริการและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เป็นการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ครอบคลุม และสะท้อน 4 มิติทางการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ภาวะ MALA เป็นสาเหตุหรือปัจจัยชักนำของการเสียชีวิตที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ทันทั่วที่ อาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิตได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยิ่ง

คำสำคัญ : กรดแลคติกเกิน, การใช้ยาเมทฟอร์มิน, ภาวะไตวายเฉียบพลัน, การพยาบาล

Abstract: Nursing for Metformin-Associated Lactic Acidosis with Acute Kidney Injury: Case study
Yaowapa Peanpanich, MNS (Aging), APN.

Nursing Department of King Narai Hospital

The case study is a 65-year-old Thai woman with type 2 diabetes who received 2 tablets of metformin oral bid pc. The patient was transferred from the community hospital and admitted at King Narai hospital. Two days before she came to the hospital, she had vomiting 10 times a day and six mucus defecations. At the community hospital, she has a dyspnea breathing condition, then the doctor intubated the endotracheal tube and initially diagnosed with sepsis, acute kidney injury. The physician provided treatment with Ceftriaxone 2 gm v OD, 0.9% Nss 1,000 ml v 120 ml/hr and referred to King Narai hospital. At King Narai hospital, the patient had severe metabolic acidosis symptoms related to the wide anion gap 45.6, pH 7.013. The patient has confirmed the diagnosis with metformin associated lactic acidosis with acute kidney injury. After that, the doctor has an emergency hemodialysis treatment plan and cooperated with septic shock treatment. Because of the infection in the bloodstream, it is one of the causes that provoke the metformin associated lactic acidosis condition. Nurses provided critical care to treat severe metabolic acidosis by following CPG Sepsis, prepare the patient for Double Lumen Catheter (DLC) insertion and hemodialysis care. Nurses play a very important role to make a decision, use the nursing process; assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation for critical care from severe lactic acidosis, acute renal failure. Also, nurses have to monitor the respiratory and hemodynamic changes in a timely critical phase. This case study was safe from crisis and was moved to the general ward, stop urgent dialysis, and discharge home for a total of 7 days of hospitalized admission.

The reason for studying this case is that a case study is complex, a rare but life-threatening health condition. Nurses to have the knowledge, expertise, experience, and ability to make good decisions, resulting in the outcome of the patient's health condition. this patient needs the prior-during-and post hemodialysis cares that reflect the nurses are well-versed in changing services and leading-edge technologies. Nursing care is comprehensive and reflective of the 4 dimensions of nursing, including promoting health, prevention, medical treatment, and rehabilitation. According to MALA is the leading cause or cause of death that is increasingly, and if the patient is not receiving immediate care, it can be fatal or require lifelong renal replacement therapy. It has a significant impact on patients and their families.

Keywords : Lactic Acidosis, Metformin-Associated Lactic Acidosis, Acute Kidney Injury, Nursing care

บทนำ

เมทฟอร์มิน เป็นยาลดระดับน้ำตาลเลือดชนิดรับประทาน ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นยาชนิดแรกที่ใช้ทางการแพทย์เลือกใช้ เพราะมีผลข้างเคียงเรื่องน้ำตาลในเลือดต่ำน้อย มีราคาถูก แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ภาวะเลือดเป็นกรด หรือเรียกภาวะนี้ว่า ภาวะกรดแลคติกเกินที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (Metformin Associated Lactic Acidosis- MALA) สถิติในประเทศไทยพบได้ประมาณ 6.3 ราย ต่อ 100,000 ผู้ป่วยต่อปี¹ สำหรับโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชพบผู้ป่วยที่มีภาวะกรดแลคติกเกินที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน ในปี พ.ศ.2560-2562 พบ 24, 13, และ 21 ตามลำดับและใน 6 เดือนแรกของปี 2563 พบได้ 15 ราย² ภาวะกรดแลคติกเกิน (lactic acidosis) แม้ว่าจะเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอุบัติการณ์ต่ำ แต่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้มากที่สุด ได้แก่ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องทำให้เกิดการสะสมของยา ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่ทำให้เกิดการสะสมของแลคเตท ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนแปลง (metabolize) แลคเตทได้ จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะกรดแลคติกเกินที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (Metformin Associated Lactic Acidosis) จากสภาวะสุขภาพผู้ป่วยมีการทำงานของไตลดลง ระดับ estimated glomerular filtration rate (eGFR) 35 ml/min/1.73m³ ทำให้เกิดการสะสมของ เมทฟอร์มิน มีผลลด gluconeogenesis ของ pyruvate, alanine และ lactate ไปเป็นน้ำตาลกลูโคส ทำให้เกิดการสะสมของ lactate เกิดภาวะกรดแลคติกเกิน (lactic acidosis) ร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นโรคร่วมที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อย ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่รุนแรงขึ้นและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วย MALA⁴⁻⁶

ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักในการพยาบาลในระยะวิกฤต แก่ไขภาวะ Severe metabolic acidosis การดูแลขณะฟอกเลือดและหลังการฟอกเลือด รวมถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ MALA เป็นการดูแลที่ซับซ้อน ต้องการการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลรักษาเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลอย่างยิ่งต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย MALA และการบำบัดทดแทนไต สามารถลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷⁻⁸

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 65 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนา จังหวัดลพบุรี 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ด้วยอาการเหนื่อยหอบมาก แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะการหายใจล้มเหลว จึงส่งต่อมาเพื่อการรักษาที่เหมาะสม

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้เป็นเศษอาหารวันละประมาณ 10 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเหลวปนมูก 6 ครั้งต่อวัน ไม่มีไข้

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อ่อนเพลียมาก เหนื่อยหอบจึงมาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยตรวจพบเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 5 ปี รักษาที่โรงพยาบาล เอกชนอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานรักษาโดยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน ซิอามาเมทฟอร์มิน ขนาด 500 มิลลิกรัม 2 เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและหลังอาหารเย็น รับประทานอย่างต่อเนื่องที่คลินิกแพทย์เอกชน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่เกิน 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Sepsis , Acute Kidney Injury

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Metformin-Associated Lactic Acidosis with Acute Kidney Injury

การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการหายใจล้มเหลวจากกรดแลคติกคั่ง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีลักษณะการหายใจแบบหอบลึก ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที่ ชีพจร 138 ครั้ง/นาที่

2. Arterial Blood Gas ค่า pH = 7.01 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า Na= 135 mmol/L K=6.5 mmol/L Cl = 107 mmol/L CO₂ = 2.4 mmol/L BUN= 115 mg/dl Cr = 19.36 mg/dl eGFR 1.7 mL/Min/1.73m² คำนวณค่า Anion gap = 45.6 O₂ Saturation = 95% CXR No infiltration

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะการหายใจล้มเหลวจากกรดแลคติกคั่ง

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจเองได้ R = 18-20/m ลักษณะการหายใจปกติ ถอดท่อช่วยหายใจได้

2. Na = 135-145 mmol/L K=3.5-5 mmol/L Cl = 98-108 mmol/L CO₂ = 22-30 mmol/L Anion gap < 14

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน กระสับกระส่าย โดย Hemodynamic monitoring ทุก 15 -30 นาที อย่างใกล้ชิดเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

2. ให้การพยาบาลขณะผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้เครื่องทำงานปกติ

3. ดูแลให้กำลังใจและความสบายทางด้านร่างกายให้ผู้ป่วย

4. ให้ 7.5% NaHCO₃ 100 ml ⊙ slowly push then 100 ml ⊙ in 4 hr ตามแผนการรักษา

5. ติดตามผล ค่า Electrolyte และ Anion gap และพยาบาลรายงานผลให้แพทย์พิจารณาให้การรักษา

6. เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตประเมินความพร้อมในการหย่าและถอดท่อช่วยหายใจ

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจเองได้ R = 18-20/m ลักษณะการหายใจปกติ ถอดท่อช่วยหายใจได้

2. Na = 141mmol/L K=3.0 mmol/L Cl = 103 mmol/L CO₂ = 22 mmol/L 4 คำนวณค่า Anion gap = 16

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรดแลคติกคั่ง
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นเศษอาหาร 10 ครั้ง/วัน และถ่ายอุจจาระเหลวปนมูกไม่มีเลือด 6 ครั้ง/วัน
ริมฝีปากแห้ง หอบลึก อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที
2. ค่าElectrolyte ผิดปกติคือ Na=135 mmol/L K=6.5 mmol/L Cl=107 mmol/L CO₂ = 2.4 mmol/L BUN= 115 mg/dl Cr = 19.36 mg/dl eGFR 1.7 ml/Min/1.73n ค่า Anion gap = 45.6

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไตวายเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล

Na= 135-145mmol/L K=3.5-5 mmol/L Cl = 98-108 mmol/L CO₂ = 22-30 mmol/L
BUN= 43 mg/dl Cr = 4.18 mg/dl eGFR 10.5 ml/Min/1.73n คำนวณค่า Anion gap, <14 intake/
output balance CXR No infiltration

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินและของเสียคั่งในร่างกายจากไตเสียหายที่ เช่น
ฟังปอดมีเสียง Creptitation แขนขาบวม Intake output imbalance
2. ระวังขาดสารน้ำให้ 0.9%NSS 1000 ml @ drip 120 ml ตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่อง
Infusion pump
3. เตรียมร่างกายผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์เพื่อใส่สาย DLC เพื่อทำการฟอกเลือดเป็นการเร่งด่วน
4. ติดตามภาวะแทรกซ้อนขณะ และหลังทำการฟอกเลือด ได้แก่ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหวัหะ
หรือภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างเฉียบพลัน
5. จัดบันทึก Intake / Output อย่างถูกต้องแม่นยำ

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเหลว ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีอาการบวม
จากภาวะน้ำเกิน
2. Na= 141mmol/L K= 3.0 mmol/L Cl= 103 mmol/L CO₂= 22 mmol/L BUN= 43 mg/dl
Cr = 4.18 mg/dl eGFR 10.5 ml/Min/1.73n คำนวณค่า Anion gap = 16 intake = 1200 ml output
1300 ml

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะโปรแตสเซียมในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่าK=6.5 mmol/L อัตราการเต้นของหัวใจ 138 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ
2. EKG พบ sinus tachycardia, Tall peak T

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. HR = 70-100/m ไม่มีภาวะ Cardiac arrhythmia
2. ค่า K = 3.5 -5 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังภาวะ Cardiac arrhythmia โดยการ Monitor EKG ทุก 30 นาที
2. ดูแลให้ได้รับ Kalimate 30 gm+ น้ำ 50 ml TF, RI 10 U + glucose 50 ml ☉ push

ตามแผนการรักษาอย่างเร่งด่วน

3. ติดตามค่า K ทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 5 mmol/L รายงานแพทย์ทันที
4. เตรียมรถ Emergency และเครื่อง Defibrillation ให้พร้อมใช้งานไว้ข้างเตียงผู้ป่วย

ประเมินผล

HR = 88/m ไม่มีภาวะ Cardiac arrhythmia ค่า K = 3.76 mmol/L EKG เป็น Normal sinus rhythm rate 88/m

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการติดเชื้อในร่างกาย**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นเศษอาหาร 10 ครั้ง/วัน และถ่ายอุจจาระเหลวปนมูกไม่มีเลือด 6 ครั้ง/วัน
2. WBC 20,710 cell/cumm Neutrophil 83.3 UA WBC 20-30 Cells/HPF
3. T = 38.7 °C, P=138/ m, Volume ventilator VCV mode tidal volume 500 PEEP 5 Fio2 40%
4. SOS score 6 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. WBC 4,000- 10,000cell/cumm, Neutrophil 34-75 % UA WBC 0-1 Cells/HPF
2. T = 36.5-37.4 °C P=80/ m, R = 20/m
3. SOS score < 4 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและเฝ้าระวัง Hemodynamic monitoring, SOS Score ทุก 15-30 นาที เมื่อ SOS Score >4 คะแนน รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา
2. ให้การพยาบาลตาม Early Goal-Directed Therapy โดยให้สารน้ำ 1500 cc ใน 1 ชม.แรก โดยใช้ Infusion pump
3. ให้ยา ceftriazone 2 gm ☉ OD หลังเก็บเลือดเพาะเชื้อภายใน 1 ชม.
4. ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมแรงดัน
5. ติดตามผลการตรวจ CBC H/C U/C Sputum C/S เมื่อมีการรายงานชนิดของเชื้อก่อโรคถ้าพบมีการดื้อยา Antibiotic ที่ให้ผู้ป่วย ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาปรับการรักษา

ประเมินผล

WBC 10,650 cell/cumm Neutrophil 76.1 % T = 36. 3 C, P=80/ m, R = 20/m, BP =120/80 mmHg, SOS score 0 คะแนน H/C, U/C, sputum C/S = No growth in 7 days

ปัญหาที่ 5 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต

ข้อมูลสนับสนุน

บุตรชายผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล สอบถามว่ามารดาจะหายและสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ญาติคลายความวิตกกังวลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการรักษาในภาวะวิกฤต

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติผู้ป่วยสีหน้าคลายกังวล
2. ให้ความร่วมมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวล และการให้ความร่วมมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ป่วย โดยการสังเกต สีหน้าท่าทางและการให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย
2. ให้ข้อมูลอาการและผลการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตเป็นระยะ และเปิดโอกาสให้ได้รับข้อมูลการรักษาจากแพทย์
3. อธิบายเกี่ยวกับภาวะการหายใจล้มเหลว และภาวะไตวายจากมีกรดแลคติกคั่ง ความจำเป็นในการฟอกเลือดอย่างเร่งด่วน เพื่อลดภาวะเลือดเป็นกรด
4. ให้กำลังใจญาติเมื่อผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤต ภาวะกรดคั่งลดลง ผู้ป่วยหายใจดีขึ้น และไตทำหน้าที่ดีขึ้น จะทำการถอดท่อช่วยหายใจ และยุติการฟอกเลือดได้
5. เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย และสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการและการรักษาพยาบาลตอบคำถามด้วยความเต็มใจ

ประเมินผล

ญาติผู้ป่วยสีหน้าคลายกังวล และให้ความร่วมมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย 65 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ อาเจียนเป็นเศษอาหาร วันละประมาณ 10 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นมูกไม่มีเลือด ไม่มีไข้ 1 วันเริ่มมีอาการอ่อนเพลียมาก เหนื่อยหอบจึงมาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการซึม เหนื่อยหอบมาก จึงใส่ท่อช่วยหายใจและวินิจฉัยเบื้องต้นมีภาวะ Sepsis with Acute Kidney Injury ผู้ป่วยมีประวัติ DM Type 2 แพทย์สงสัยมีภาวะ Metformin-Associated Lactic Acidosis ให้การรักษาเบื้องต้นโดยให้ 0.9% NSS 1000 ml ⊕ 120 ml ใน ceftriazone 2 gm ⊕ state และให้ 7.5% NaHco3 50 ml ⊕ push, 50% glucose 50 ml ⊕ push และส่งต่อมาโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ถึงห้องฉุกเฉินผู้ป่วย ซึมเรียกลืมตา E₃V₇M₅ on ET-Tube no 7.5 ซีด 20 วัดสัญญาณชีพ T= 36.5 °C, P = 120/m, R = 22/m มีอาการหอบลึก แพทย์วินิจฉัยมีภาวะ Metformin-

associated lactic acidosis with acute kidney injury รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ให้การรักษาเร่งด่วนในการให้สารน้ำ 0.9% nss 1000 ml ⊕ load 1500 ml ใน 1 ชั่วโมงแรก ดูแลระบบการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Volume ventilator VCV mode tidal volume 500 PEEP 5 FiO₂ 40% vRR 20 Keep O₂ Sat > 95 % เจาะ arterial blood gas ค่า pH= 7.01 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า Na= 135 mmol/L K=6.5 mmol/L Cl = 107 mmol/L CO₂ = 2.4 mmol/L BUN= 115 mg/dl Cr = 19.36 mg/dl eGFR 1.7 mL/Min/1.73m² คำนวณค่า Anion gap = 45.6 พยาบาลรายงานผลทางห้องปฏิบัติการวิกฤตด่วน แพทย์รับทราบให้การรักษาภาวะร่างกายมีภาวะกรดคั่งอย่างรุนแรงโดยให้ 7.5% NaHCO₃ 100 ml ⊕ slowly push then 100 ml ⊕ in 4 hr, Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml TF, RI 10 U + glucose 50 ml ⊕ push 10% Calcium gluconate 10 ⊕ slowly push พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางไต ในการทำการฟอกเลือดเป็นการเร่งด่วน พยาบาลช่วยแพทย์ทำการ Insert Rt Double lumen catheter (DLC) มีการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะหลังฟอกเลือดค่า Na= 146 mmol/L K=3.76 mmol/L Cl = 107 mmol/L CO₂ = 13.3 mmol/L BUN= 53 mg/dl Cr = 6.95 mg/dl eGFR 5.7 mL/Min/1.73m² คำนวณค่า Anion gap = 25.7 และหลังฟอกเลือดครั้งที่ 2 ค่า Na= 141mmol/L K=3.0 mmol/L Cl = 103 mmol/L CO₂ = 22 mmol/L BUN= 43 mg/dl Cr = 4.18 mg/dl eGFR 10.5 mL/Min/1.73m² คำนวณค่า Anion gap = 16 ลดลงตามลำดับจนยุติการฟอกเลือดได้ และมีแผนการรักษาเรื่องการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซึ่งเป็นสาเหตุสนับสนุนให้เกิดภาวะ Metformin-Associated Lactic Acidosis โดยให้ ceftriazone 2 gm ⊕ ผล WBC จาก 20,710 cell/cumm, neutrophil 86.1 % เหลือค่า WBC 10,650 cell/cumm, neutrophil 76.1% ผล Hemoculture no growth, Urine culture no growth ไม่มีไข้ ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ ย้ายไปดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านที่หอผู้ป่วยสามัญ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ นอนหอผู้ป่วยสามัญ 3 วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านรวมเวลายอนโรงพยาบาล 7 วัน

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจากกรดแลคติกคั่งอย่างรุนแรงทำให้มีภาวะการหายใจล้มเหลวและภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งคุกคามชีวิตผู้ป่วย ดังนั้น บทบาทพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ต้องมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากความไม่สมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรด ต่าง การดูแลชุดระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการฟอกเลือดอย่างเร่งด่วน แก้ปัญหาภาวะไตวายเฉียบพลัน ตลอดจนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อคจากการติดเชื้อซึ่งเป็นโรคร่วมที่ทำให้เกิดความรุนแรงในผู้ป่วย MALA ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในโรคเหล่านี้เป็นอย่างดีเช่นกัน ในการดูแลผู้ป่วยตาม Early goal directed therapy ซึ่งกรณีศึกษาไม่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาในระยะวิกฤตที่รวดเร็ว โดยสหสาขาโดยมีพยาบาลดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและเป็นผู้ประสานการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย หายจากการเจ็บป่วยและกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ**ด้านบริหาร**

1. พัฒนา Clinical practice guideline ผู้ป่วย Metformin- associated lactic acidosis ในโรงพยาบาลและขยายไปโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย
2. พัฒนาระบบการทบทวนและวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิด Metformin - associated lactic acidosis โดยทีมนำทางคลินิก
3. กำหนดนโยบายการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลป้องกันการเกิด Adverse drug reaction โดยสหสาขาเชื่อมโยงตั้งแต่ Primary care ถึง Tertiary care
4. กำหนดนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลส่งต่อผู้ป่วย Metformin- associated lactic acidosis ระดับจังหวัด
5. ผู้นำสนับสนุนระบบสารสนเทศในการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะการใช้ยา Metformin และค่า BUN Creatinine และ eGFR เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษา เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย

ด้านบริการ

1. พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะกรดแลคติกเกินที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวหรือภาวะไตวายเฉียบพลัน การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจรายงานอาการผิดปกติของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและมีการประเมินผลซ้ำอย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตโดยเร็ว
2. พยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย MALA, acute kidney injury และ septic shock
3. พยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงระบบหายใจ หัวใจ และหลอดเลือด (Hemodynamic monitoring) การใช้ SOS Score ในการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ระยะวิกฤต
4. พยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนฟอกเลือด ขณะฟอกเลือด และหลังฟอกเลือด
5. จัดระบบบริการพยาบาล โดยระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ด้านวิชาการ

1. จัดระบบการทบทวนระบบการดูแลรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะ Metformin- associated lactic acidosis ทุกรายเพื่อหาโอกาสพัฒนา
2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพโดยจัดประชุมฟื้นฟูความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะ Metformin- associated lactic acidosis และภาวะ Acute kidney injury
3. ศึกษาวิจัยปัญหาผู้ป่วยที่มีภาวะ Metformin- associated lactic acidosis ในบริบทของพื้นที่เพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อไม่ให้เกิดภาวะ Metformin- associated lactic acidosis

บทสรุป

ภาวะกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (Metformin associated lactic acidosis-MALA) ถึงแม้จะอุบัติการณ์ไม่มาก แต่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และพบว่ามีอัตราการตายถึงร้อยละ 50¹¹ ดังนั้นเป้าหมายสำคัญคือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะวิกฤตอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน บทบาทสำคัญของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาลและผู้ประสานการดูแล มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต การแปลผลภาวะกรดคั่งและการช่วยเหลือ เตรียมความพร้อมในการทำการฟอกเลือดอย่างเร่งด่วน การดูแลขณะฟอกเลือด และหลังฟอกเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะไตวายอย่างถาวร ซึ่งกรณีศึกษามีการฟื้นตัวการทำงานของไต สามารถยุติการล้างไต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ ในกรณีศึกษามีการหยุดการใช้ยา metformin เนื่องจาก SCr >1.7 mg/dL และ GFR < 30 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการงดการใช้ยา เพื่อป้องกันการเกิด MALA ได้มีการให้ Insulin ชนิดฉีด พยาบาลได้ทำการวางแผนจำหน่ายโดยประสานสหสาขาและพยาบาลเวชกรรมดูแลต่อเองที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Komthamixay, P. & Pokhagul, P. การใช้ยา metformin กับความเสี่ยงการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (lactic acidosis) ข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ. 2559;19(3): 75-78.
2. ฝ่ายเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. รายงานประจำปี 2560-2563.
3. รจนา จักรเมธากุล. บทความพื้นวิชาการ: ภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยา เมทฟอร์มิน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(1):147-151.
4. ชัยวัฒน์ พิสุทธิไพศาล. การรักษาภาวะ Metformin associated lactic acidosis โดยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2551;5(3): 926-936.
5. ภัสสร ลีอรรยศิริ, บุญทริกา เพิ่มทรัพย์ และสุมาลี บุญมี .อุบัติการณ์ความเสี่ยงของภาวะเลือดเป็นกรดจากยาเมทฟอร์มินลดลงได้จากการให้ข้อมูลผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย. ร้อยเอ็ดวารสาร. 2561.
6. เพ็ญรักษ์ ร่วมเจริญ. ภาวะกรดในเลือดจากยา Metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาลนครพนม ปี 2553-2556. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556; 24(2):139-145.
7. ดุสิต สถาวร ครรชิต, ปิยะเวชวิรัตน์ และ สหตล บุญญถาวร. The Acute Care. สมาคมวิกฤตแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 2558.
8. ปราณี ทุ่งโพเราะ. คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรค Hand book of medical diagnosis. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์; 2558.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ: กรณีศึกษา

ชวนพิศ แสงมณี

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 64 ปี แพทย์วินิจฉัยโรค Osteoarthritis right knee มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ได้รับการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total knee Arthroplasty) ข้างขวา under SB วันทำผ่าตัด แผลผ่าตัด และอาการทั่วไปและสัญญาณชีพคงที่ หลังทำผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วย มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้รับการรักษาโดยให้น้ำตาล และสารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยได้รับการทำแผล ฟันฟุร่างกาย จนเดินแบบลงน้ำหนักบางส่วนโดยใช้เครื่องพยุง งอเข่าขาได้ 110 องศา แผลผ่าตัดแห้งดี แพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านได้ ให้ไปทำแผลสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านวันละ 1 ครั้ง ครบ 14 วันตัดไหม นัดเข้าคลินิกเบาหวาน และให้มาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ ปัญหาและให้การพยาบาลสำคัญ ๆ คือ วิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด, มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำเนื่องจากความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ, มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน, มีโอกาสเกิดพลัดตกหกล้มขณะฝึกเดิน, วิตกกังวลเนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่เพียงพอ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 12 วัน

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง ต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วย ที่ถูกต้อง รวดเร็วมีการเฝ้าระวังและให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีการใส่ยาระงับปวดในร่างกายนี้อาจมีเลือดออกมาก มีโอกาสติดเชื้อได้ และเป็นโรคเบาหวาน หลังผ่าตัดพบว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนถ้าแก้ไขไม่ทันท่วงทีผู้ป่วย จะเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันท่วงที สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

Abstract: Nursing care in Total Knee Arthroplasty and Hypoglycemia: A case study

Ms. Chuanpid Saengmanee

Nursing Division of Singburi Hospital

Thai female patient, 64 years old, diagnosed with osteoarthritis right knee has a diabetic disease. After total knee arthroplasty under SB was performed, surgical wounds,

general symptoms and vital signs was stable. The day after surgery, patients with hypoglycemia is treated with glucose and venous fluid substances and control blood sugar into normal levels. The patient was wound dressing and rehabilitation until she can walk to partially weight bearing by walker. The right knee can flexion 110 degrees and good dry wound. The doctor discharged the patient, go to wound dressing at the public health facilities near the house, 1 time per day and for a total of 14 days, stitch off, follow up at the diabetes clinic, and follow up orthopedist for 2 weeks. Important problems and nursing care are anxiety about the practice before and after total knee arthroplasty, risk of shock due to postoperative blood loss, hypoglycemia, discomfort from wound pain total knee arthroplasty, There is a chance of repeated hypoglycemia due to insufficient knowledge of self-care, the possibility of infection in the knee replacement surgery, a chance of deep vein thrombosis, There is a chance of falling while walking, anxiety due to lack of understanding about self-care when come back home. The total length of stay was 12 days.

The nurse's role is very important and must have the knowledge, skills to assess patients correctly and quickly. Nursing care of total knee arthroplasty in the elderly. The body will have a lot of bleeding, infections and diabetes, and hypoglycemia after surgery, which is an emergency. If not corrected in time, the patient will die, so that the patient timely and correct treatment. Able to give advice to patients and relatives in taking good care of themselves, and the doctor allowed the patient to go home.

Keyword: Nursing care, Total Knee Arthroplasty, Hypoglycemia

บทนำ

ข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6,000,000 คน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ และโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อที่พบบ่อยที่สุด เป็น 1 ใน 10 ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความทุพพลภาพในผู้สูงอายุด้วย^{1,2} และอุบัติการณ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ข้อเข่าในการทำงานหนัก การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ๆ และการนั่งสมาธิ ทำให้กระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อเสื่อมหรือสึกหรอ โดยอาการทางคลินิกที่สำคัญคือ ปวดเข่า (knee pain) ข้อติดแข็ง (joint stiffness) การเคลื่อนไหว และการทำงานของข้อเข่าถูกจำกัด (impairs function) หากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้เกิดข้อเข่าผิดรูปโก่งงอ (genu varum) และทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อการเดินและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน³ ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (total knee arthroplasty; TKA) เป็นการรักษาที่ให้ผลดีนิยมใช้ในปัจจุบัน และเป็นวิธีที่ดีที่สุด (gold standard method) ในการรักษาผู้ป่วยที่ข้อเข่าเสื่อมมาก และมีผลการรักษาที่ดี⁴ เป็นการผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม (prosthesis) ทดแทนข้อเดิมที่เสื่อมสภาพ สามารถลดและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดข้อได้ดี แก้ไขความผิดปกติหรือความพิการของข้อเข่า เพิ่มความมั่นคงในการรับน้ำหนักและการทำหน้าที่ของข้อเข่า

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีอายุการใช้งานมากกว่า 10-15 ปี ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น^{2,5}

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกข้อเข่าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มักมีโรคทางอายุรกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยและจำเป็นต้องทำผ่าตัด จะมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าคนปกติ การผ่าตัดนั้นจะเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทำให้ร่างกายเกิดความเครียด จึงมีโอกาสเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการประเมินและแก้ไขที่ล่าช้า ผู้ป่วยอาจจะมีการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หู มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ตั้งแต่ปี.ศ. 2560 ถึงปี.ศ. 2562 จำนวน 30, 22, และ 32 ราย ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมทางอายุรกรรม⁶

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล นอกจากจะมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแล้ว ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ และประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพให้ครอบคลุม ครอบคลุม เพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว รวมทั้งยังต้องมีความรู้ทางด้านอายุรกรรมด้วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ รับจ้าง อายุ 64 ปี

อาการสำคัญ

ปวดเข่าขามาก ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง เป็น ๆ หาย ๆ มารับการรักษาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ปวดเข่าขามาก วันนี้แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีประวัติการแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน รักษาต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บุคคลอื่นในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

สามีอายุ 66 ปี บุตรชายอายุ 40 ปี บุตรสาวอายุ 38 ปี ผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 06.00 น. อาชีพรับจ้างทั่วไป ไม่นอนกลางวัน เข้านอนเวลาประมาณ 20.00 – 21.00 น. ไม่เคยใช้ยานอนหลับการขับถ่ายปกติ

อุปนิสัย

เป็นคนร่าเริงแจ่มใส ชอบพูดคุยกับเพื่อน ๆ และเพื่อนบ้าน

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

เป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นบนเป็นไม้ ชั้นสองเป็นปูน อากาศถ่ายเทสะดวกดี

เศรษฐกิจและสังคม

ทำงานรับจ้างทั่วไป มีรายได้ของตนเองประมาณ เดือนละ 5,000 บาท ใช้สิทธิบัตรทอง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยรูปร่างสมส่วน ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm RTL BE พูดคุยรู้เรื่อง ปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง ปวดเข่าขวามากกว่าเข่าซ้าย กำลังกล้ามเนื้อแขนและขา Grade 4 น้ำหนัก 56.2 กิโลกรัม สัญญาชีพ BP 132/61mmHg อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ประเมินสภาพจิตและสังคม

ผู้ป่วยนอนหลับตา สิ้นหวังวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ถ้าถามจะตอบ มีปฏิสัมพันธ์ดี

การตรวจด้วยรังสี

CXR ปกติ, Film both knee AP, lat ผล severe osteoarthritis right knee

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ Complete blood count, WBC 6,670 cells/cumm, Neutrophils 52.2% Lymphocyte 37.9 % Hemoglobin 10.9 gm% Hematocrit 33.3% Platelet count 413,000 cells/cumm, BUN 20 mg/dl, Creatinine 0.8 mg/dl พบ Sodium 139 mmol/L, Potassium 3.9 mmol/L, Chloride 100 mmol/L, Carbondioxide 30 mmol/L

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

24 ตุลาคม 2562

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ

Osteoarthritis right knee

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

Osteoarthritis right knee ผ่าตัด Total knee arthroplasty right

ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาล**ระยะก่อนผ่าตัด****ปัญหาที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม**

ข้อมูลสนับสนุน “ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต้องทำอย่างไรบ้าง” สิ้นหวังวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลและนอนหลับพักผ่อนได้หลังได้รับทราบข้อมูลการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมิน

1. สิ้นหวังผ่อนคลายและนอนหลับพักผ่อนได้
2. รับรู้และเข้าใจผลการผ่าตัดและสามารถที่จะปรับตัวการหลังผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย และตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างชัดเจน
2. อธิบายถึงโรคสาเหตุที่เกี่ยวข้องผลของการผ่าตัดและการกลับไปดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด การผ่าตัดจะตัดเอาผิวข้อที่เสียออก และใส่ผิวข้อเทียม ทดแทน เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกแล้ว จะถูกย้ายกลับไปห้องพักผู้ป่วย
3. ให้คำแนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายก่อนวันผ่าตัด และเข้าก่อนไปผ่าตัด การทำความสะอาดปากฟันการตัดเล็บให้สั้น พักผ่อนอย่างเพียงพอการงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืนและน้ำการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเข้าวันผ่าตัดรวมทั้งทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดโดยไม่โกน
4. แนะนำให้บริหารกล้ามเนื้อและข้อ ก่อนและหลังผ่าตัด ดังนี้

ก่อนผ่าตัด

ท่าที่ 1 บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า โดยการนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลัง มีหมอนหนุนหลัง หรือบนเตียง แล้วเหยียดข้อเข่าตรงและเกร็งค้างไว้ประมาณ 10 – 15 วินาที โดยการนับ 1 – 10 แล้วจึงคลายและงอข้อเข่าให้ยืดตรง จากนั้นขยับขา เหมือนตีกรรเชียงในน้ำ

ท่าที่ 2 บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า โดยการนอนหงายราบ ขาเหยียดตรงในท่าพัก กระดกข้อเท้าขึ้นเกร็ง และกดเข่าลงแนบกับเตียงค้างไว้ประมาณ 1-2 นาที นับ 1 – 10 แล้วจึงคลาย หรือพักเข่านับเป็น 1 ครั้ง ผู้ป่วยสามารถใช้ผ้าขนหนูม้วนเป็นแท่งกลมพอประมาณ สอดไว้ใต้เข่า ขณะบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าได้

ท่าที่ 3 บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า โดยการนอนราบ ขาเหยียดตรง แล้วยกขาสูงขึ้นประมาณ 3 – 4 นิ้ว ลอยเหนือพื้นค้างไว้ 10 – 15 วินาที จากนั้นปล่อยขาลงช้า ๆ ทำประมาณ 10 ครั้ง หรือจนกระทั่งเริ่มรู้สึกเมื่อย ทำสลับกันขาซ้าย กับขาขวา

ท่าที่ 4 บริหารข้อเท้า โดยการกระดกเท้าขึ้น ลง ทั้ง 2 ข้าง อย่างละ 10 ครั้ง ทำ 30 ครั้งใน 1 ชั่วโมง การบริหารทำนี้เริ่มทำได้ทันทีหลังผ่าตัดเสร็จแล้ว

หลังผ่าตัดวันที่ 1 เปลี่ยนอิริยาบถโดยการใช้นั่งบนเก้าอี้ หรือเหนียวราวกันเตียงช่วยในการพลิกตัว ลุกนั่งบนเตียงวันละ 2 ครั้ง บริหารกล้ามเนื้อ และข้อ เหมือนก่อนผ่าตัด

หลังผ่าตัดวันที่ 2 - 3 นั่งห้อยขาข้างเตียง ผีกลอง และเหยียดข้อเข่าออกอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามอาการที่ปวด และความอดทนของผู้ป่วยในระยะแรกอาจรู้สึกตึงเข่า เหยียดและงอไม่เต็มที่ ให้ใช้ขาข้างดีช่วยกดขาข้างผ่าตัดให้เข่างอ จนกระทั่งเข่างอได้อย่างน้อย 90 องศา และใช้ขาข้างดีช่วยขาข้างผ่าตัดให้เหยียดตรง

หลังผ่าตัดวันที่ 4 จนกระทั่งวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับหลังผ่าตัดวันที่ 2 – 3 เมื่อสภาพร่างกายผู้ป่วยมีความพร้อม ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือให้ยืนข้างเตียง ลงน้ำหนักตามแผนการรักษา และสามารถเคลื่อนย้ายตนเอง โดยใช้ walker สำหรับหัดเดินผู้ป่วยจะได้รับการส่งไปฝึกที่กายภาพบำบัด

1. ท่านอนหลังผ่าตัด ให้วางขาข้างที่ผ่าตัดบนหมอน เพื่อยกให้ปลายเท้าสูง ให้ใช้แผ่นเจลเย็นมาประคบบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อบรรเทาปวดและยุบบวม กระดกปลายเท้าขึ้น-ลง เพื่อการเกิดอาการบวมบริเวณปลายเท้า

2. สอนการเดินแบบไม่ลงน้ำหนักโดยใช้ walker ให้ผู้ป่วยใช้มือทั้งสองข้างจับบริเวณที่จับยืนให้มั่นคงก่อนแล้วยก walker ไปข้างหน้าก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัดตามไปก่อน ก้าวขาข้างที่ดีตามไป

ประเมินผล ป่วยและญาติเข้าใจ สีหน้าผ่อนคลาย รับทราบถึงการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ผลการผ่าตัดและการปรับตัวหลังผ่าตัดได้ และสามารถฝึกการออกกำลังกายได้ถูกต้องตามที่สอน

ระยะหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างขวาในห้องผ่าตัดเลือดออก 400 ml

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก
2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. อาการกระสับกระส่ายลดลง ไม่มีเหงื่อ ออกตามร่างกาย
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 140 - 90 /90- 60 mmHg, T 36.5- 37.5 องศาเซลเซียส, P 60 -100 ครั้ง/นาที, R 16 - 22ครั้ง/นาที, ผล Hct ≥ 30 %, ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 30 ml/hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก อยู่ในช่วงปกติวัดทุก 30 นาทีใน 2 ชั่วโมงและทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ สังเกต ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ on 0.9% NSS 1,000 ml IV 80 ml/hrs ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 4 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น
4. สังเกตอาการ เหงื่อ ออกตัวเย็น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ชีพจร มากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท เลือดจากแผลผ่าตัด และจากขวดสุญญากาศที่ระบายเลือดจากแผลผ่าตัดทุกแวน ถ้ามมากกว่า 200 ซีซีต่อชั่วโมงรายงานแพทย์
5. ติดตามผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ เช่น Hct รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
6. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเสียเลือดหลังผ่าตัดเช่นอาการซีดปลายมือปลายเท้าเย็น หน้ามืดเวียนศีรษะและให้รายงานให้พยาบาลทราบเมื่อพบความผิดปกติ

ประเมินผล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่มีภาวะช็อก แผลผ่าตัดที่เข้าขาพ่นผ้ายึดไว้ ไม่มี bleed ซึมทะเล on radivac drain ไว้ work ดี มี content 400 cc Hct at ward = 31% V/S BP = 162/85 mmHg, T = 36 องศาเซลเซียส, P = 80 ครั้ง/นาที, R = 20 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 2 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน หลังผ่าตัดวันที่ 1 มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น ซึมลง V/S BP = 162/85 mmHg, T = 36 องศาเซลเซียส, P = 80 ครั้ง/นาที, R = 20 ครั้ง/นาที O2 sat 97 %, เจาะ DTX stat ได้ 52 mg/dl

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 mmHg และไม่สูงเกิน 140/90 mmHg ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-22 ครั้งต่อนาที
2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (70-110 mg/dl)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกของผู้ป่วยพร้อมวัดสัญญาณชีพ
2. จัดทำให้อุณหภูมิของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันการสั่นและทางเดินหายใจอุดกั้น
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 50% Glucose 50 ml ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันที และให้สารน้ำ 10/D/N/2 1000 ml v 80 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. สังเกตอาการ ระดับความรู้สึกตัว และวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที หลังให้การพยาบาล
5. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล DTX stat เวลา 22.15 น. ได้ 120 mg%, สัญญาณชีพ BP140/90mmHg, T37.2 องศาเซลเซียส, P 82 ครั้ง/นาที, R20 ครั้ง/นาที O2sat 99 % Room air, E4 V 5 M6 pupil Rt 3 min, Lt3 min RLT BE, DTX ซ้ำ 15 นาที หลังให้การพยาบาลได้ เวลา 22.30 น.ได้ 280 mg/dl, DTX 30 นาที เวลา 23.00 น.หลังให้การพยาบาลได้ 280 mg/dl และ DTX q 4 hr คือ DTX เวลา 03.00 น. ได้ 305 mg/dl, สัญญาณชีพ BP 110/80 mmHg, T 37 องศาเซลเซียส, P 82 ครั้ง/นาที, R 20 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 3 ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ข้อมูลสนับสนุน “ปวดเวลาขยับขาและเข่าขวา” เข่าข้างซ้ายมีแผลผ่าตัด, pain score 7 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อเข่าลดลง

เกณฑ์ประเมินผล

1. ระดับความเจ็บปวด (pain score) ≤ 3 , นอนหลับพักผ่อนได้ไม่กระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 140 - 90 /90- 60 mmHg, T 36.5- 37.5 องศาเซลเซียส, P 60-100 ครั้ง/นาที, R 16 - 22 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัด position ของขา และเข่าที่ทำผ่าตัดวางบนหมอน ให้ใช้แผ่นเจลเย็นมาประคบบริเวณแผลผ่าตัด ไม่ดีขึ้นให้ Morphine 3 mg IV prn q 3 hrs. สังเกตการหายใจคลีนใส่อ้าเจียนเวียนศีรษะหลังให้ยาผู้ป่วย
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
3. ให้การพยาบาลแบบนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนไม่รบกวนถ้าไม่จำเป็น

การประเมินผล หลังให้ Morphine 3 mg IV dilute NNS10 cc. 1 ครั้ง ผู้ป่วยทุเลापวด pain score 3 คะแนน พักผ่อนได้ สัญญาณชีพ BP142/90 mmHg, T36.7 องศาเซลเซียส, P 98 ครั้ง/นาที, R 20 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน “กลัวเป็นลมอีก ” เป็นโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์ประเมินผล

1. สามารถบอกถึงอาการเริ่มต้นของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ วิธีแก้ไขอาการได้ถูกต้อง
2. สามารถบอกการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นในเรื่อง การรับประทานยาและอาหารได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการสังเกตอาการเริ่มต้นของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อแตก ซาบบริเวณรอบปาก ซาปลายมือ ปลายเท้า อ่อนเพลีย และเป็นลม ให้ผู้ป่วยอมลูกอม ลูกกวาด หรือดื่มเครื่องดื่มรสหวานได้ทันที อาการจะดีขึ้น และเตรียมไว้ที่บ้าน หรือเมื่อเวลาเดินทางให้พกติดตัวไปด้วย

2. แนะนำให้ผู้ป่วยพกบัตรประจำตัวโรคเบาหวานติดตัวเสมอ เพื่อสะดวกและรวดเร็วในการรับบริการหรือความช่วยเหลือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

3. แนะนำการรับประทานยาลดน้ำตาลแก่ผู้ป่วยและญาติโดยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา

4. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อไม่งดมื้อใดมื้อหนึ่ง เพราะจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ

การประเมินผล ผู้ป่วยบอกถึงอาการเริ่มต้น วิธีแก้ไข ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, การปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาและอาหารได้ถูกต้อง ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ข้อมูลสนับสนุน เข้าข้างขวามีแผลผ่าตัดลักษณะแผลไม่มี active bleeding on radiovac drain work

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด

เกณฑ์ประเมินผล

1. แผลผ่าตัดไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง ไม่มี Discharge หรือ Bleed ซึม
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 140 - 90 /90- 60 mmHg, T 36.5- 37.5 องศาเซลเซียส, P 60-100 ครั้ง/นาที, R 16 - 22ครั้ง/นาที
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ CBC ค่า WBC 5,000-10,000 cell/cumm, Neutrophils 5-70 %, Lymphocytes 0 - 40 %, Monocytes 2-8 %, Eosinophils 1-4%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อาการอักเสบ บวม แดง รอบ ๆ แผล มี discharge หรือ bleed ซึมออกจากแผล

2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ
3. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง
4. ทำความสะอาดแผลวันละครั้งตอนเช้าโดยยึดหลัก Aseptic technique เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่บริเวณแผลผ่าตัด

5. แนะนำไม่ให้แคะแกะเกาแผลและระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ
6. รักษาความสะอาดร่างกาย เพื่อให้ร่างกายสะอาดลดการสะสมของเชื้อโรค
7. ทำความสะอาดเตียงและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยให้สะอาด เพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรค

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ เช่น การได้รับอาหารโปรตีน ไข่ นม เนื้อ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก รวมทั้งน้ำดื่ม อย่างน้อย 2,500 – 3,000 ซีซี/วัน

9. ให้ยา Cefazolin 1 gm v q 6 hr ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการแพ้ยา ได้แก่ มีผื่นคันตามผิวหนัง หายใจลำบาก มีอาการบวมที่บริเวณใบหน้า ลิ้น ริมฝีปากและลำคอ

ประเมินผล แผลผ่าตัดแห้งดี แนะนำให้ครบ 14 วันหลังผ่าตัด ให้ตัดไหมที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน (วันที่ 8 พฤศจิกายน 2562) สัญญาณชีพ T36.8 องศาเซลเซียส, P 82 ครั้ง/นาที, R 20 ครั้ง/นาที, BP 130/70 mmHg, WBC 5,500 cell/cumm, Neutrophils 53.1%, Lymphocytes 24.3%, Monocytes 4.6%, Eosinophils 2%

ปัญหาที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน “ไม่อยากขยับตัว ขยับจะปวดแผล” เข้าขาวบวมเล็กน้อย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

เกณฑ์การประเมิน

1. ขาไม่บวมตึงผิวหนังบริเวณขาไม่บวมแดงอุ่น ไม่ปวดน่องไม่มีอาการชาและไม่เป็นตะคริว
2. ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการบวมตึงอุณหภูมิสีผิวชีพจรบริเวณปลายเท้าทั้ง 2 ข้างและสอบถามอาการปวดบริเวณขาและน่องความรู้สึกและความสามารถในการเคลื่อนไหวขา

2. ดูแลจัดท่านอนของผู้ป่วยให้ยกปลายเท้าสูงใช้หมอนรองบริเวณเข่าและขา ถ้าอยู่ในท่าเหยียดเกินไปจะทำให้หลอดเลือดดำบริเวณนั้นถูกยืดออกและแฟบลง แรงกดที่เกิดขึ้นทำให้มีการหยุดนิ่งของกระแสเลือดได้

3. ประเมินอาการ 6 P ได้แก่ อาการปวด (pain) อาการชา (paresthesia) อาการซีด (pallor) อาการอ่อนแรงของขาข้างที่ผ่าตัด (paralysis) การคลำชีพจรส่วนปลายไม่ได้ (pulseless) และการเย็นของอวัยวะส่วนปลาย (polar) ถ้าพบให้รายงานแพทย์ทราบ

4. ดูแลผ้ายัดพันแผลผ่าตัด ไม่รัดแน่นเกินไป จะทำให้การไหลเวียนเลือดส่วนปลายไม่ดี เส้นประสาทบริเวณน่องและปลายเท้าถูกกดส่วน

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว บริหารกล้ามเนื้อขาตามที่แนะนำไว้ก่อนผ่าตัด

6. ถ้ากดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ เป็นตะคริว ชาหรือขาบวม ให้รีบแจ้งพยาบาลทราบทันที

ประเมินผล ปลายขาขาวบวมเล็กน้อย กระดกข้อเท้า ได้ดี ไม่เป็นตะคริว ไม่มีอาการกดเจ็บที่น่องหรือขาหนีบ

ระยะฟื้นฟูสภาพ

ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดพลัดตกหกล้มขณะฝึกเดิน

ข้อมูลสนับสนุน “ไม่ค่อยกล้าเดิน กลัวหกล้ม” หลังผ่าตัดเดินโดยใช้ Walker

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มขณะฝึกเดิน

เกณฑ์การประเมิน ไม่เกิดพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสัญญาณชีพก่อนลงเดิน แนะนำฝึกการเดินด้วย Walker ให้ผู้ป่วยใช้มือทั้งสองข้างจับบริเวณที่จับยื่นให้มั่นคงก่อนแล้วยก Walker ไปข้างหน้าก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัดตามไปก่อนหลังจากนั้นให้เท้าขาข้างที่ดีตามไป และเดินลงน้ำหนักตามคำแนะนำของแพทย์
 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงการเฝ้าระวังการเกิดพลัดตกหกล้ม
 3. ยกราวเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาลปรับเตียงต่ำสุดเพื่อป้องกันการตกเตียง
 4. ใส่ล๊อคขาเตียงอยู่เสมอเพื่อป้องกันเตียงไหลและอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ
 5. ให้ความช่วยเหลือขณะขึ้น – ลงเตียงและขณะทำกิจกรรมตามความเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในขณะที่ผู้ป่วยเดินควรเดินอยู่ด้านหลังผู้ป่วยทางฝั่งที่มีพยาธิสภาพ
 6. ดูแลพื้นห้องและห้องน้ำให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- ประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือไม่พบการเกิดอุบัติเหตุ

ปัญหาที่ 2 วิดกกังวลเนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน “ ถ้ากลับบ้านต้องทำอะไรบ้าง ”

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
เกณฑ์การประเมิน

บอกการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง สิ้นหัวใจแจ่มใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัย อธิบายการฟื้นตัวของผู้ป่วย การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันตามปกติ ในระยะเวลาประมาณ 12 สัปดาห์หลังผ่าตัด
2. รับประทานยาที่แพทย์สั่งจนหมด ยกเว้นมีอาการแพ้ยาได้แก่ มีผื่นคัน แสบหน้าอก หายใจไม่สะดวก เป็นต้น ให้หยุดรับประทานยาแล้วรีบไปโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมทั้งนำยาที่รับประทานหรือของยาไปด้วย
3. บริหารกล้ามเนื้อ และข้ออย่างต่อเนื่องเหมือนขณะอยู่ในโรงพยาบาล
4. ลักษณะท่าทางในชีวิตประจำวัน การลงจากเตียงให้เคลื่อนตัวมาทางขาข้างดีให้ใกล้ขอบเตียงมากที่สุด ใช้ข้อศอกและมือยันที่นอนแล้วลุกขึ้นนั่งพร้อมกับหมุนตัวห้อยขาจากเตียง การขึ้นเตียงให้ใช้ขาข้างดีขึ้นก่อน แล้วตามด้วยขาข้างที่ทำผ่าตัด การขึ้นลงทางลาด ถ้าจำเป็นต้องเดินขึ้นให้เอนตัวมาทางด้านหลัง การเดินลงสามารถทรงตัวได้ตามปกติ การขึ้นลงบันได ใช้ขาข้างดีนำขึ้นและก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัดตาม โดยขาข้างที่ดี การลงใช้ขาข้างที่ทำผ่าตัดนำลงมาก่อน หลีกเลี่ยงการขึ้น ลง หรือปีนบันไดที่สูงชัน หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การเคลื่อนไหวที่เร็วเกินไป รวมถึงการหมุนตัวที่รวดเร็วด้วย หลีกเลี่ยงการนั่งยอง ๆ นั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบหรือ นั่งขัดสมาธิ การนั่งควรนั่งเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน
5. ควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไปเพราะจะทำให้ข้อเข่าเทียม และข้อเข่ารับน้ำหนักมากเกินไปอาจเกิดการเสื่อมและหลวมของข้อเข่าเทียมเร็วกว่ากำหนด
6. แนะนำการจัดเตรียมสถานที่สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น นอนเตียงหรือแคร่ที่มีพื้นสูงประมาณระดับเดียวกับเก้าอี้ที่นั่ง ใช้ชักโครกหรือเก้าอี้โครมส้วม พื้นห้องน้ำแห้งสะอาด ห้องน้ำควรมีราวจับ เป็นต้น

7. เน้นย้ำให้ดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 70-110 mg/l ถ้ามีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้รีบแก้ไขตามที่แนะนำไว้แล้ว ถ้าไม่ดีขึ้นให้รีบมาพบแพทย์

8. สังเกตอาการที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น อาการปวด มีไข้สูง ข้อเข่าบวมแดง ร้อน มากกว่าปกติ เมื่อมีอาการไม่สบาย ควรไปพบแพทย์โดยเร็ว เช่น ฟันผุ ไข้หวัด ทอนซิลอักเสบ ฯลฯ และต้องแจ้งให้แพทย์ทราบด้วยว่าได้รับการผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม

9. มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติก็ตาม

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล บอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 64 ปี มีประวัติปวดเข่าทั้ง 2 ข้างมา 10 ปี จะปวดมากเวลาเดิน แพทย์วินิจฉัยโรค Osteoarthritis right knee รักษาอย่างต่อเนื่อง มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน แพทย์นัดทำผ่าตัด Total knee Arthroplasty ข้างขวา under Spinal block ในวันที่สองจากแรกรับ หลังผ่าตัดผู้ป่วย ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน on 0.9 %NSS 1,000 cc v drip 80 cc/hr แผลผ่าตัดที่เข่า ขวาพันผ้ายึดไว้ ไม่มี bleed ซึมทะเลว on radivac drain ไว้ work ดี ขวดที่ 1 มี content 400 cc ขวด 2 มี content อยู่ 100 cc Hct at ward = 31% Retained Foley's cath ไว้ urine flow ดี สีเหลืองใส 300 cc V/S BP = 162/85 mmHg, T = 36 องศาเซลเซียส, P = 80 ครั้ง/นาที, R = 20 ครั้ง/นาที, SaO₂ 98 % เจาะ DTX pre meal and hs Keep > 70 – 250 % ให้อา Cefazolin 1 gm v q 6hr ผู้ป่วยปวดมาก pain score 7 คะแนน ให้ Morphine 3 mg IV dilute NNS10 cc. 1 ครั้ง ผู้ป่วยทุเลาปวด pain score 3 ต่อมา อาการทั่วไปและสัญญาณชีพคงที่ หลังทำผ่าตัด 1 วัน เวลา 20.00 น. ผู้ป่วย อ่อนเพลีย มีอาการหน้ามืดใจสั่น BP 100/64mmHg, T 36.1 องศาเซลเซียส, P90 ครั้ง/นาที, R 20ครั้ง/นาที, O₂sat 98%, E2V2 M4, Pupil Rt 3 min, Lt3 min, RL Both eye เจาะ DTX = 52 mg/dl รายงานแพทย์ให้ 50 % glucose 50 cc v push เปลี่ยน IV Fluidเป็น 5% DN/2 1000 ml v 80 ml/hr x 24 hr และ Repeat DTX stat เวลา 22.15 น. ได้ 120 mg%, สัญญาณชีพ BP 140/90 mmHg, T37.2 องศาเซลเซียส,P 82 ครั้ง/นาที, R20 ครั้ง/นาที O₂sat 99 % Room air, E4 V 5 M6 pupil Rt 3 min, Lt3 min RLT BE, DTX ซ้ำ 15 นาที และ DTX q 4 hr (DTX เวลา 03.00 น.ได้ 305 mg/dl, DTX เวลา 07.00 น. ได้ 110 mg/dl, DTX เวลา 11.00 น. ได้ 105 mg/dl, FBS 113 mg/dl) pain score 3 คะแนน หลังจากนั้น อาการทั่วไปและสัญญาณชีพคงที่ DTX อยู่ในเกณฑ์ปกติ การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดดีขึ้นตามลำดับ วันที่ 3 หลังผ่าตัด หัดนั่งห้อยขาบนเตียง วันที่ 4 หลังผ่าตัด off radivac drain เปิด dressing แผลวันละ 1 ครั้ง off Foley's cath ปัสสาวะได้เอง สะดวกดี เริ่มส่งหัดเดิน PWB ใช้ walker และ on CPM ที่กายภาพบำบัดทุกวัน งอเข่าขวาได้ 90 - 110 องศา แผลแห้งดีตามลำดับ ปวดแผลเฉพาะเวลาเปลี่ยนท่าทาง pain score 2 คะแนน วันที่ 11 หลังผ่าตัด แผลผ่าตัด แห้งดี สีหน้าสดชื่น เดินโดยใช้ walker งอเข่าได้ 110 องศา ผล FBS = 110 mg/dl แพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านได้ ให้ไปทำแผลสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านวันละ 1 ครั้ง ครบ 14 วันตัดไหม ส่งนัดพบแพทย์อายุรกรรมที่คลินิกเบาหวาน และให้มาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 12 วัน แพทย์วางแผนจะให้เดินลงน้ำหนักได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องใช้ walker ประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด

จะเห็นว่าผู้ป่วยต้องใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวดเร็วมีการเฝ้าระวังและให้การดูแลรักษาเป็นอย่างดีทั้งการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันท่วงที หลังจากให้การพยาบาลและการดูแลรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ช่วยตัวเองได้ เดินลงน้ำหนักบางส่วน โดยใช้ walker แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมทั้งส่งนัดพบแพทย์อายุรกรรมที่คลินิกเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข่าขวา และเป็นเบาหวานร่วม จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดวันที่สองจากแรกรับ หลังผ่าตัดผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ อาการทั่วไปคงที่ แต่ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดประกอบกับมีภาวะอ่อนเพลีย และรับประทานอาหารได้น้อย จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังทำผ่าตัดวันแรก ซึ่งจากการที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล มีการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด จึงสามารถพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีผู้ป่วยจึงอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ผลผ่าตัดแห้งดี สามารถฟื้นฟูร่างกายได้ตามลำดับ เดินลงน้ำหนักที่ขาขวาบางส่วน โดยใช้ Walker ผู้ป่วยรายนี้มีความตั้งใจและร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล และปฏิบัติตามคำแนะนำ การเคลื่อนไหวร่างกาย ผักหักเดินเป็นอย่างดี จึงฟื้นฟูร่างกายได้ดี ครั้งนี้เกิดจากร่างกายมีความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเป็นการทำผ่าตัดใหญ่ ต้องมีการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดระยะแรก ๆ ผู้ป่วยจะอ่อนเพลียปวดแผลจะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยจึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เมื่อแก้ไขแล้วจึงไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ การพยากรณ์โรคดี เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีประวัติรับยาเบาหวาน ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่เคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดต่ำ แพทย์วางแผนจะให้เดินลงน้ำหนักได้ทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องใช้ walker ประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ทยานันท์, สุขใจ ศรีเพียรเอม. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
2. ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คอมพลีส์ พรินติ้ง; 2553.
3. ศุภฤทธิ เสงคราวิทย์. การป้องกันและชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุวัยต้นในจังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 26:105-10.
4. Erdogan, A. O., Gokay, N. S., & Gokce, A. Preoperative Planning of Total Knee Replacement. Arthroplasty: Update, 21, 2013.
5. เพ็ญศิริ ดวงขุนมาตย์, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, กิรติ เจริญชลวานิช. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารสุขภาพ 2557;37:49-65.
6. หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย - หญิง. รายงานสถิติผู้ป่วยหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย - หญิง. โรงพยาบาลสิงห์บุรี, 2563.