



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

Singburi Hospital Journal

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2562

Vol. 28 no. 2 January - June 2019

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

นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000

การลงโฆษณา

อัตราค่าบำรุง ปีละ 100 บาท

เจ้าของ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ประธานที่ปรึกษา

นายแพทย์วัชรินทร์ จันทน์เสมอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

คณะที่ปรึกษา

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

รองบรรณาธิการ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

คณะกรรมการ	นายแพทย์ประพันธ์	สือวิโรจน์กุล
	แพทย์หญิงลินจง	พันธ์ชนะ
	นายแพทย์ภาคภูมิ	พรประเสริฐสุข
	นางสาวปริญญา	สกุลรัตน์
	ดร.ปราณี	มีหาญพงษ์
	ดร.เบญญพร	ผ่องคำพันธุ์

ผู้จัดการ นายวิโรจน์ มาเสนาะ

ผู้ช่วยผู้จัดการ นางสาวกมลวรรณ จันทร์จวนสุข

สำนักงาน กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนขุนสรณ์ อำเภอมือง
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 หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อยและต้องมียุทธศาสตร์ชัดเจนอย่างครบถ้วน 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 ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (Subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่น่าเบื่อ เช่น “การศึกษา” หรือ “การสังเกต”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อ และ ที่อยู่ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง 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 วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา หัวข้อวัตถุประสงค์ให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา 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 ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแล้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

2.7 วิจารณ์ (Discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบังแล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

2.8 ข้อยุติ (Conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยสำหรับการวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบ

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนการวิจัย แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาก ทำให้บทความมีความภูมิฐาน เพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.10 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบบ “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/ljii.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 ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์

มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ 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. ใส่เลขหน้าตามลำดับที่มูขวาบน

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

5.3 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะให้วารสารผู้พิมพ์ จำนวน 2 เล่ม

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	ก
นิพนธ์ต้นฉบับ	
● การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย ดรณรัตน์ ทับสุวรรณ	1-10
● การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน พรวิมล ธิรโชยพันธ์	11-22
● การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค : กรณีศึกษา เพ็ญพิศ มีสูงเนิน	23-34
● การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และเปลี่ยนวิธีการล้างไตเป็นทางเส้นเลือด ศรีรัตน์ กวินปณิธาน	35-48
● การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เฉียบพลัน : กรณีศึกษา ธารกมล อนสุสิทธิ์ศุภการ	49-60
● การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึกรุนแรงทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย กนิษฐา ปฐมอาทิตย์วงศ์	61-76
● การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งขาซ้ายหักร่วมกับมีการเกิดภาวะความดันใน ช่องกล้ามเนื้อสูง: กรณีศึกษา ธัญญาภรณ์ ธนพานิช	77-96
● ความคงตัวและความปราศจากเชื้อของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี นิลวรรณ ชนานิรมิตผล	97-104
● การพยาบาลรูปแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะ สุดท้าย : กรณีศึกษาเยี่ยมบ้าน ณิชากร เปี้ยอยู่	105-117

บรรณาธิการแถลง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารฉบับนี้ เป็นฉบับปกติ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้ส่งบทความต่าง ๆ มาเพื่อให้ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร และคณะบรรณาธิการได้พิจารณาแล้วเห็นว่า บทความต่าง ๆ ที่ส่งมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะทางด้านวิชาการ รวมทั้งในการให้บริการต่อผู้มารับบริการ จึงได้มีมติให้ตีพิมพ์ โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562 ขึ้นและให้ทำการเผยแพร่

คณะบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านเป็นอย่างมาก และขอเชิญชวนสมาชิก ตลอดจนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิชาการมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในฉบับต่อไป

(นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร)

บรรณาธิการ

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย

ดร.ณรัตน์ ทับสุวรรณ

งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ST elevated Myocardium Infarction: STEMI) มีอัตราการตายสูง เนื่องจาก เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษา ได้แก่ การเปิดหลอดเลือดหัวใจ (Reperfusion) ที่อุดตันให้เร็วที่สุด ซึ่งมี 2 วิธี คือ 1) การทำการหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ 2) การให้ยาละลายลิ่มเลือด คือ Streptokinase (SK) ระยะเวลาตามมาตรฐานในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Door to Needle time) คือ 30 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล เมื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้วจะส่งไปทำการสวนหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Artery Angiography: CAG) ต่อไป

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 45 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล 60 นาที แน่นหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย หน้ามืดเหมือนจะเป็นลม ได้รับการรักษาโดยเข้าทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (FAST TRACK STEMI) แกรับ แพทย์วินิจฉัย ว่าเป็น Inferior wall myocardial infarction ได้รับ MONAC และได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK 1.5 ล้านยูนิต V drip โดยมี Door to Needle time 23 นาที รับไว้ในหอผู้ป่วยหนักในระหว่างให้ SK ไม่มีอาการผิดปกติ แต่หลังจาก SK หมดมีความดันโลหิตสูง ได้รับยา NTG 1:10 V drip เพื่อควบคุมความดันโลหิต จากนั้นส่งต่อไปทำ CAG ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยอายุ 48 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยปวดใต้ลิ้นปี่ร้าวไปสะบักซ้าย 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยเข้าทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (FAST TRACK STEMI) ของโรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัย ว่าเป็น Anterior wall myocardial infarction ได้รับ MONAC ได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK 1.5 ล้านยูนิต V drip โดยมี Door to Needle time 29 นาที ส่งต่อมาที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในระหว่างให้ SK ไม่มีอาการผิดปกติแต่หลังจาก SK หมด มีความดันโลหิตสูง พูดสับสน ปากเปี้ยว แขนขาอเกร็ง ส่ง CT brain พบ Left Thalamo – ganglionic hemorrhage ขนาด 5.7 x 2.8 x 5.6 cm. จึง Consult แพทย์ศัลยกรรมประสาท เพื่อส่งต่อไป โรงพยาบาลแม่ข่าย

ประเด็นสำคัญทางการพยาบาล คือ 1) อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) เนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2) เจ็บหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3) กลัวและวิตกกังวลเนื่องจากความรุนแรงของอาการที่เป็น 4) มีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเอง 5) อาจเกิดการมีเลือดออกผิดปกติในระบบต่างๆ จากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาที่ 1 หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลเป็นไปตาม Guideline และส่งต่อไปทำ CAG ตามระบบ กรณีศึกษาที่ 2 หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด มีภาวะ แทรกซ้อนคือมีเลือดออกในสมอง ส่งต่อแพทย์ศัลยกรรมประสาทตามระบบ แสดงให้เห็นว่าการมีระบบช่องทางด่วนและระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนัก ที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการส่งต่อทันเวลาและรอดชีวิต

คำสำคัญ ระบบช่องทางด่วน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การพยาบาล

Abstract : Nursing care for STEMI patients : A 2 Case study

Darunrat Thubsuwan, RN

ST elevated Myocardium Infarction: STEMI is a disease of high death rate and it is one of the five cause of death in Thailand due to occlusion of the blood flow in coronary artery. The goal of saving life is to make blood flow through coronary artery again as fast as possible STEMI patients will be early diagnosis and treatment : EKG time within 10 minutes and fibrinolysis time (SK) within 30 minutes after arrival.

Case study I : A thai man 45 years old who came to Singburi Hospital with present of chest pain refer to left shoudler 60 minutes piror. He had sent to emergency room by the FAST TRACK STEMI. At that time he had checked for EKG, blood sample for cardiac enzyme : He had diagnosed as inferior wall myocardial infarction and first medical treatment were MONAC and SK. The fibrinolysis time was 29 minutes. After SK infusion his blood pressure was raised so he had NTG 1:10 V drip for control BP. After that he had sent for CAG.

Case study II : A thai female 48 years old who came to Community hospital with present of chest pain refer to left shoudler 40 minutes piror. At emergency room she had checked for EKG, blood sample for cardiac enzyme and her diagnosis was anterior wall myocardial infarction and first medical treatment were MONAC and SK. The fibrinolysis time was 29 minutes. She had sent to Singburi Hospital by the FAST TRACK STEMI. After SK infusion she had severe complication : Intracerebral hemorrhage and refer for neurosurgery.

Finding and recommendation in case study, STEMI patients must be detected and treated as fast as possible by using the FAST TRACK STEMI. They must be closed monitoring during continuous infusion of Streptokinase. These can decrease complications and death rate.

Keywords Fast track STEMI Nursing care

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ST elevated Myocardium Infarction : STEMI) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและประเทศไทย เนื่องจากโรคนี้มีอัตราการตายสูง จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคนหรือคิดเป็น 12.2 % ของสาเหตุการตายทั้งหมด จากรายงานของสำนักงานหลักประกันแห่งชาติระบุว่า ในปี 2554 มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 11,024 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการรักษาอย่างทันท่วงทีแต่มีเพียง 4,700 รายเท่านั้น ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง โดยร้อยละ 30.4 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและมีเพียงร้อยละ 22.2 ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน¹

เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษาผู้ป่วย STEMI ตามมาตรฐานที่สำคัญได้แก่ การเปิดหลอดเลือดหัวใจ

(Reperfusion) ที่อุดตันให้เร็วที่สุดเพราะการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วจะทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เนื่องจากทำให้เลือดไหลเวียนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดได้เพิ่มขึ้น ซึ่งในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ 1) การใช้ยาละลายลิ่มเลือด ยาที่ใช้ในปัจจุบัน คือ Streptokinase : SK และ 2) การทำหัตถการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจ (Primary Percutaneous Coronary Intervention: PPCI) ถึงแม้การให้ SK จะมีประสิทธิภาพไม่ดีเท่า PPCI แต่ถ้าให้ SK ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ จะสามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ จะสามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 แต่สามารถลดอัตราการตายได้เพียงร้อยละ 18 ถ้าให้ใน 4-6 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ ดังนั้น จึงควรให้ SK ภายใน 30 นาที หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และควรให้การรักษาด้วยการทำ PPCI ภายใน 90 นาที หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สามารถทำได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับ SK แล้วทุกรายต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อทำการสวนหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Artery Angiography: CAG) เพื่อพิจารณาทำ PCI ต่อไป^{2,3}

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 282 เตียง สามารถให้ SK ได้ แต่ไม่สามารถทำ PCI ได้ โรงพยาบาลสิงห์บุรี รับผู้ป่วยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดใกล้เคียงที่มีเขตติดต่อ โดยระยะทางจากโรงพยาบาลดังกล่าวมาโรงพยาบาลสิงห์บุรีใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสิงห์บุรีไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที ในปีงบประมาณ 2561 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 33 ราย ได้รับ SK จำนวน 26 ราย ส่งทำ Primary PCI 3 ราย รวมได้รับการเปิดหลอดเลือด 29 ราย (ร้อยละ 87.87) เสียชีวิตจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 12.12) นอกจากนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเวลา 30 นาที มีเพียง 7 ราย (ร้อยละ 21.2) เท่านั้น

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 หลังจากให้ SK แล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลเป็นไปตาม Guideline และส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อพิจารณาทำ PCI ต่อไป ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 หลังจากให้ SK แล้ว มีภาวะแทรกซ้อนคือมีเลือดออกในสมอง ส่งต่อแพทย์ศัลยกรรมประสาทตามระบบ ผู้ป่วยทั้งสองรายรอดชีวิต ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้งสองรายเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา SK ต่อไป

กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 45 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย หน้ามืดเหมือนจะเป็นลม 60 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยเข้าทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (FAST TRACK STEMI) แกรับ Pain score 8-10 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า ST segment elevate ใน Lead II, III, aVF แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Inferior wall myocardial infarction ได้รับ MONAC (Morphine 3 mg dilute V, ให้ออกซิเจน Canular 3 ลิตร/นาที, ให้ Isosorbide dinitrate 5 mg อมใต้ลิ้น, Baby ASA 81 mg 4 tabs และ Clopidogrel 75 mg 4 tabs) ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด แพทย์ให้ Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต V drip ใน 1 ชั่วโมง จากนั้นส่งผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนัก

แรกรับที่หอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้สึกตัว Glasgow Coma Score 15 คะแนน คู่อ่อนเพลีย บ่นเจ็บตื้อๆ ทั่วไป บริเวณหน้าอกและลิ้นปี่ Pain score 8 ความดันโลหิต 130/75 mmHg ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ระหว่างให้ Streptokinase ไม่มี

อาการผิดปกติ vital signs และ Neuro signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ หลัง Streptokinase หมด ใน 60 นาทีแรก Pain score ลดลงเหลือ 3-4 ได้รับการดูแลตาม Standing order ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด แต่หลังจาก Streptokinase หมด มีความดันโลหิตสูง 175/110 ได้รับยา NTG 1:10 V drip keep BP < 185/105 mmHg สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่ต้องการได้ และส่งต่อไปทำ CAG ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายตามแนวทางการส่งต่อ ในอีก 6 ชั่วโมงต่อมา

เป้าหมายของการพยาบาลใน 30 นาทีแรกที่ห้องฉุกเฉิน

ในระยะนี้เป้าหมายของการพยาบาล คือ การปฏิบัติตามทางด่วนหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (FAST TRACK STEMI) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุด คือ ไม่เกิน 30 นาที

ประเด็นสำคัญทางการพยาบาล

ใน 30 นาทีแรกที่ผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉินประเด็นสำคัญทางการพยาบาล คือ

1. เจ็บหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายขาดเลือด
2. อาจเกิดต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการนำไฟฟ้าผิดปกติเนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. กลัวและวิตกกังวลเนื่องจากความรุนแรงของอาการที่เป็น

การพยาบาลใน 30 นาทีแรกที่ห้องฉุกเฉิน

1. ชักประวัติและประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วว่าอาการที่ผู้ป่วยบอก เข้าได้กับอาการกลุ่ม Acute Coronary Syndrome หรือไม่ โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้ได้ใน 10 นาที
2. ประเมินสัญญาณชีพ ชักประวัติที่จำเป็นเพิ่มเติม ประสานงานในการรายงานแพทย์
3. ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นในขอบเขตของพยาบาล คือ Absolute bed rest, On EKG monitor ประเมินอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้ Pain score และให้การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ
4. ปฏิบัติตาม Standing order ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด คือ เปิดเส้นให้ 0.9 % NSS 1000 cc. V drip 40 cc./Hr. เมื่อแพทย์ประเมินผู้ป่วยแล้วให้ MONAC คือ Morphine 3 mg dilute V, ให้ออกซิเจน Canular 3 ลิตร/นาที, ให้ Isosorbide dinitrate 5 mg อมให้ลิ้น, ให้ Baby ASA 81 mg 4 tabs เคี้ยวแล้วกลืนและ Clopidogrel 75 mg 4 tabs
5. เตรียมแบบฟอร์มให้แพทย์ประเมินข้อห้ามข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมนอนโรงพยาบาลและให้ยาละลายลิ่มเลือด
5. ประสานงานหอบุคลากรให้เตรียมรับผู้ป่วยและให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ
6. เมื่อแพทย์สั่งให้ยาละลายลิ่มเลือด เปิดเส้นอีก 1 เส้น ผสม Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตใน NSS 100 cc. V drip ด้วย Infusion pump rate 100 /hr.
7. ส่งผู้ป่วยไปหอบุคลากรพร้อมพยาบาลวิชาชีพโดย On EKG monitor ที่สามารถทำ Defibrillator ได้ ให้ออกซิเจน Canular 3 ลิตร/นาที ดูแลให้ระดับ Oxygen saturation $\geq 94\%$ ² ตลอดการเคลื่อนย้าย

ประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตาม FAST TRACK STEMI ได้รับการประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วและได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเวลา 4 นาที ได้รับ MONAC ตามแผนการรักษา ได้รับการประเมินความปวดโดยใช้ Pain scale และได้รับการควบคุมปวดโดยการให้ Morphine และ

Isosorbide dinitrate 5 mg อมใต้ลิ้น ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาทและประเมินข้อห้าม ข้อควรระวังในการให้ SK และได้รับ SK ในเวลา 23 นาที และเคลื่อนย้ายมายังหอผู้ป่วยหนัก

เป้าหมายของการพยาบาลแรกรับที่หอผู้ป่วยหนัก

ในขณะนี้เป้าหมายของการพยาบาล คือ การปฏิบัติตามทางด่วนหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (FAST TRACK STEMI) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด Reperfusion เร็วที่สุด และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ SK

ประเด็นสำคัญทางการพยาบาลแรกรับในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่

1. อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock) เนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เจ็บหน้าอกจากลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจด้านในขาดเลือดไปเลี้ยง
3. อาจเกิดการมีเลือดออกผิดปกติในระบบต่าง ๆ จากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด
4. กลัวและวิตกกังวลเนื่องจากความรุนแรงของอาการที่เป็น

การพยาบาลแรกรับในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่

1. เตรียมเตียงพร้อม EKG monitor / Defibrillator, ออกซิเจน Canular และรถ Emergency ในผู้ป่วยรายนี้เพิ่มเตียงแทรกเนื่องจากเตียงเต็มโดยไม่ต้องรอ Clear เตียง
2. เมื่อผู้ป่วยมาถึงประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้น วัด vital signs และ Neuro signs, Absolute bed rest, On EKG monitor ให้ออกซิเจน Canular 3 ลิตร/นาที Monitor O2 saturation keep $\geq$ 94%
3. ดูแลให้ได้รับ SK ตามแผนการรักษา ปฏิบัติตาม Protocol การให้ SK วัด vital signs และ Neuro signs ประเมิน Glasco coma score ทุก 10 นาที เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock) และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจพบได้ คือ ความดันโลหิตต่ำ เลือดออกผิดปกติจากระบบต่าง ๆ
4. ประเมินระดับการเจ็บหน้าอกด้วย Pain scale ทุก 15 นาที ถ้า มากกว่า 5 คะแนน ให้ Isosorbide dinitrate 5 mg อมใต้ลิ้น อมซ้ำได้ทุก 5 นาทีจนครบ 3 เม็ด ถ้าระดับความเจ็บยังมากกว่า 5 คะแนน รายงานแพทย์ ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาขณะให้ SK
5. ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น อาการที่เป็น การปฏิบัติตัวขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือด แนวทางการรักษาพยาบาล เป็นต้น
6. ประเมินความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นระยะ ถ้าผู้ป่วยกลัวและวิตกกังวลมาก ไม่สงบ ต้องรายงานแพทย์
7. เมื่อ SK ใกล้เคียงหมด เติม NSS 20 cc. ในสาย IV ที่ Drip อยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ SK ครบ 1.5 ล้านยูนิต หลังจากนั้นปฏิบัติตาม Protocol การให้ Streptokinase คือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Leads เจาะเลือดเพื่อหาค่า Troponin T โดยในการเจาะเลือดทุกครั้งต้องกดนานอย่างน้อย 5 นาที

ประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตาม FAST TRACK STEMI คือได้รับเข้าหอผู้ป่วยหนักทันทีโดยการเพิ่มเตียงแทรก เนื่องจากเตียงของหอผู้ป่วยหนักเต็ม ได้รับการ Monitor ระหว่างการให้ SK อย่างเหมาะสม ไม่พบอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ vital signs และ Neuro signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ ST elevate ลดลง เริ่มเข้าสู่ Base line อาการเจ็บหน้าอกลดลง Pain score 2-3 หลังจาก SK หหมด 3 ชั่วโมง มีความดันโลหิตสูง Systolic BP อยู่ในช่วง 140-160 mmHg Diastolic BP อยู่ในช่วง 100-110 mmHg ได้รับยา NTG 1:10 V drip keep BP < 185/105 mmHg สามารถ Control BP ได้ ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติ และส่งต่อไปทำ CAG ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ในอีก 6 ชั่วโมงต่อมา

เป้าหมายของการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักหลังจากยาละลายลิ่มเลือดหมด

ในระยณะนี้เป้าหมายของการพยาบาล คือ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากระบบต่าง ๆ อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง และทุเลาความกลัวและวิตกกังวล

ประเด็นสำคัญทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักหลังจากยาละลายลิ่มเลือดหมด คือ

1. อาจเกิดการมีเลือดออกผิดปกติในระบบต่าง ๆ จากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด
2. อาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
3. เจ็บหน้าอกจากมีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่เลี้ยงทำให้หัวใจกล้ามเนื้อหัวใจด้านในขาดเลือดไปเลี้ยง
4. กลัวและวิตกกังวลเนื่องจากต้องได้รับการส่งต่อไปทำหัตถการสวนหัวใจ

การพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักหลังจากยาละลายลิ่มเลือดหมด

1. วัด vital signs และ Neuro signs ประเมิน Glasgow coma score ทุก 30-60 นาที ตรวจติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตามแนวทางการส่งต่อ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. เฝ้าระวังการมีเลือดออกผิดปกติในระบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง แนะนำให้ผู้ป่วยป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นเช่นการกระแทกหรือทำให้เกิดจ้ำเลือดได้
3. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการส่งต่อเพื่อทำ CAG

ประเมินผล

หลังจากผู้ป่วยได้รับ SK ไม่พบภาวะแทรกซ้อนคือการมีเลือดออกในระบบต่าง สัญญาณชีพปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST segment ลดลง อัตราการเต้นของหัวใจเป็น Normal sinus rhythm ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง ส่วนความกลัวลดลงจากแรกรับเนื่องจากหลังได้รับ SK อาการเจ็บหน้าอกลดลงอย่างมาก Pain score ลดลงเหลือระดับ 2-3 ผู้ป่วยมีความพร้อมในการส่งต่อและโรงพยาบาลปลายทางพร้อมรับผู้ป่วย

เป้าหมายของการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักก่อนส่งต่อและขณะการส่งต่อ

ในระยณะนี้เป้าหมายของการพยาบาล คือ ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมและได้รับการส่งต่อไปทำหัตถการสวนหัวใจได้อย่างปลอดภัย

ประเด็นสำคัญทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักก่อนส่งต่อและขณะการส่งต่อ

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจขณะเดินทางส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย
2. ผู้ป่วยและญาติกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการสวนหัวใจ

การพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักก่อนส่งต่อและขณะการส่งต่อ

1. ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลปลายทางที่รับส่งต่อผู้ป่วย ทั้งทางโทรศัพท์และทาง Line
2. ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ ประเมินความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นระยะ ถ้าผู้ป่วยกลัวและวิตกกังวลมาก ไม่สงบ ต้องรายงานแพทย์
3. เตรียมเอกสารเกี่ยวกับผู้ป่วย ยาที่จำเป็น ตรวจสอบอุปกรณ์ในรถ Ambulance ให้พร้อมใช้ โดยเฉพาะ EKG monitor / Defibrillator, ออกซิเจน Canular
4. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ วัด vital signs และ Neuro signs ประเมิน Glasco coma score ประเมิน Pain score และอาการทั่วไปของผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ
5. วัด vital signs และ Neuro signs ประเมิน Glasco coma score ประเมิน Pain score และอาการทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ
6. บันทึกอาการผู้ป่วยในแบบบันทึกการส่งต่อและส่งต่อข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลปลายทาง

ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมและได้รับการส่งต่อไปทำหัตถการสวนหัวใจได้อย่างปลอดภัย ระหว่างการเดินทางไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

กรณีศึกษาตอนที่ 2 หญิงไทยอายุ 48 ปี รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยปวดใต้ลิ้นปี่ราวไปสะบักซ้าย 60 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยเข้าทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (FAST TRACK STEMI) ของโรงพยาบาลชุมชน แกร็บ Pain score 8 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่ามี ST segment elevate ใน Lead V1-V4 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Anterior wall myocardial infarction ได้รับ MONAC (Morphine 3 mg dilute V, ให้ออกซิเจน Canular 3 ลิตร/นาที, ให้ Isosorbide dinitrate 5 mg อดใต้ลิ้น, Baby ASA 81 mg 4 tabs และ Clopidogrel 75 mg 4 tabs ได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK 1.5 ล้านยูนิต V drip ใน 1 ชั่วโมง ส่งต่อมาที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี

แรกรับที่หอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้สึกตัว Coma score 15 ค่ะแน่น ดูอ่อนเพลีย บ่นแน่นหน้าอกและลิ้นปี่ Pain score ระดับ 8-10 ความดันโลหิต 140/75 mmHg ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ระหว่างให้ SK ไม่มีอาการผิดปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ อัตราการหายใจ ชีพจร และ Neuro signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ หลัง SK หด Pain score ลดลงเหลือ 0-2 ได้รับการดูแลตาม Standing order ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด แต่หลังจากนั้น 1 ชั่วโมง มีความดันโลหิตสูงขึ้น พูดสับสน ปากเปี้ยว แขนขาอเกร็ง ส่ง CT brain พบ Left Thalamo – ganglionic hemorrhage ขนาด 5.7 x 2.8 x 5.6 cm. with midline shift 4 mm. จึง Consult แพทย์ศัลยกรรมประสาท ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย ในอีก 4 ชั่วโมงต่อมา

เป้าหมายทางการพยาบาลและประเด็นสำคัญทางการพยาบาลในแต่ละระยะในกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2 ไม่แตกต่างกัน คือดูแลผู้ป่วยผ่านระบบช่องทางด่วน เปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้

เร็วที่สุด โดยให้ SK และส่งต่อไปติดตามอาการที่หอผู้ป่วยหนัก เมื่อ SK หหมด ส่งต่อไปทำ CAG ยังโรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน คือ มีเลือดออกในสมองจากการให้ SK จะส่งไปโรงพยาบาลที่มีศัลยกรรมระบบประสาทต่อไป⁵

เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.อาการสำคัญ	แน่นหน้าอกกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย หน้ามืดเหมือนจะเป็นลม 60 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล	ปวดใต้ลิ้นปี่ร้าวไปสะบักซ้าย 60 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล
2.การใช้ระบบ Fast track STEMI	ระบบ Fast Track รพ. สิงห์บุรี	ระบบ Fast Track จาก รพ.ชุมชนมายัง รพ. สิงห์บุรี
- Door to EKG time (เกณฑ์ไม่เกิน 10 นาที)	4 นาที	7 นาที
- Door to Needle time (เกณฑ์ไม่เกิน 30 นาที)	23 นาที	29 นาที
- Onset to Needle time (เกณฑ์ไม่เกิน 180 นาที)	83 นาที	89 นาที
- การรับเข้า ICU	รับเข้า ICU โดยระบบ Fast track ของรพ.สิงห์บุรีโดยผ่าน ER	รับเข้า ICU โดยระบบ Fast track จากรพ.ชุมชนโดยไม่ผ่าน ER
- การได้รับ SK	ได้รับ SK (ไม่มีข้อห้ามในการให้)	ได้รับ SK (ไม่มีข้อห้ามในการให้)
- การเกิด Intracerebral hemorrhage หลังได้ SK	ไม่พบ Intracerebral hemorrhage	พบ Intracerebral hemorrhage
- การส่งทำ PCI หลังได้ SK	ได้รับการส่งต่อทำ PCI หลังได้ SK	ไม่ได้รับการส่งต่อทำ PCI แต่ส่งต่อแพทย์ศัลยกรรมประสาท
- ภาวะความดันโลหิตสูง (เป็นข้อควรระวังในการให้ SK)	ก่อนให้ SK ไม่พบภาวะความดันโลหิตสูง แต่หลัง SK หหมด 180 นาที พบภาวะความดันโลหิตสูง Systolic BP อยู่ในช่วง 140-160 mmHg Diastolic BP อยู่ในช่วง 100-110 mmHg ได้รับยา NTG 1:10 V drip keep BP < 185/105 mmHg สามารถ Control BP ได้	ก่อนให้ SK ไม่พบภาวะความดันโลหิตสูง แต่หลัง SK หหมด 60 นาที พบภาวะความดันโลหิตสูง Systolic BP อยู่ในช่วง 160-180 mmHg Diastolic BP อยู่ในช่วง 110-120 mmHg พุดสับสน ปากเบี้ยว แขนขาอเกร็ง จึงส่ง CT brain พบ Left Thalamo – ganglionic hemorrhage ขนาด 5.7 x 2.8 x 5.6 cm. with midline shift 4 mm.

วิจารณ์

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยรายนี้ พบว่าเป็นไปตาม Guideline คือ การรับผู้ป่วยผ่านระบบช่องทางด่วน (Fast Track STEMI)^{6,7,8} ได้รับการประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วและได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเวลา 4 นาที ได้รับ MONAC ตามแผนการรักษาใน FAST TRACK ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี และได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเวลา 23 นาที ไม่เกินเวลามาตรฐานคือ 30 นาที จากนั้นจึงส่งผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนักเพื่อเฝ้าระวังอาการขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือดและเตรียมส่งต่อทำ CAG ต่อไป กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรายนี้ โรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติตาม Guideline คือ การรับผู้ป่วยผ่านระบบช่องทางด่วน (Fast Track STEMI) ได้รับการประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วและได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเวลา 7 นาที ได้รับ MONAC และได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเวลา 29 นาที ไม่เกินเวลามาตรฐาน คือ 30 นาที หลังจากนั้นส่งผู้ป่วยมาหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรีได้ทันที ตาม FAST TRACK STEMI โดยไม่ต้องผ่านห้องฉุกเฉิน

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ SK ส่วนใหญ่มักพบการมีเลือดออกในระบบต่างๆ เช่น เลือดออกไรฟัน เสมหะ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ส่วนเลือดออกในสมองพบได้เพียงร้อยละ 0.3-1.0⁵ กรณีศึกษาที่ 2 พบว่ามีเลือดออกในสมอง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่เดิม แต่เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ความดันโลหิต 135/88 mmHg จึงไม่ใช่ข้อห้ามในการให้ยา SK² ถึงแม้ระหว่างการให้ SK ความดันโลหิตจะอยู่ในช่วงปกติ แต่เมื่อ SK หมด 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการของ increased intracranial pressure ซึ่งแสดงว่ามีเลือดออกในสมอง พยาบาลได้ติดตามประเมินอาการทางระบบประสาททำให้สามารถรายงานแพทย์และส่งต่อผู้ป่วยได้ทันเวลา จึงเห็นได้ว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่มีข้อห้ามในการให้ SK แต่การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างการให้ SK และหลัง SK หมดจะทำให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทัน เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. ในการใช้ FAST TRACK STEMI ให้ประสบผลสำเร็จ ในด้านของพยาบาลจะต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลทุกคนที่เกี่ยวข้องเริ่มตั้งแต่งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยหนัก งานผู้ป่วยในซึ่งต้องส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะในการปฏิบัติตาม FAST TRACK ให้ถูกต้อง นอกจากนี้ การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพต้องมีแนวทางที่ชัดเจน เช่นระบบการปรึกษาแพทย์อายุรกรรม เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ระบบการส่งยาละลายลิ่มเลือด ระบบการเคลื่อนย้าย ระบบการใช้เตียงในหอผู้ป่วยหนักและระบบการส่งต่อ เป็นต้น
2. ควรมีการอบรมหรือฝึกปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับรวมทั้งทีมการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนมี Competency ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามขอบเขตความรับผิดชอบและมีการทบทวนเป็นระยะ
3. ควรมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงอาการที่ต้องมาโรงพยาบาล และตระหนักถึงความรุนแรงของโรค รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค
4. ควรมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนหลังรับกลับจากการทำหัตถการสวนหัวใจและหลอดเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย : 2557. ฉบับปรับปรุง ปี 2557 เข้าถึงได้จาก http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Guideline%20for%20Ischemic%20Heart%20Disease%202104.pdf เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562
2. สถาบันโรคทรวงอก.โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: 2560. เข้าถึงได้จาก https://www.ccit.go.th/news/health_detail.php?post_id=459 เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 กันยายน 2562
3. บุญจงแช่งจึงและ สุทธิพันธ์ สุทธิสุข.การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) ในภาวะ STEMI. ใน : เกรียงไกร เองรัมย์และกนกพร แจ่มสมบูรณ์ ,บรรณาธิการ.มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.กรุงเทพฯ:สุขุมวิทการพิมพ์, 2555 ; 10-18.
4. วิกีพีเดีย. กล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือด. 2560. เข้าถึงได้จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 กันยายน 2562>
5. ณรงค์กร ชัยวงศ์และปณวัตร สนัประโคน. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ Acute Coronary Syndrome: Challenges of Emergency Nurse in Critical Care. 2562. เข้าถึงได้จาก [file:///C:/Users/Administrator/Downloads/VPPnjD_NswmMbtylcFNNrcWaffBN4TJz%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/VPPnjD_NswmMbtylcFNNrcWaffBN4TJz%20(1).pdf)
6. พรทิพย์ อัครนิตย์และประมวรัตน์ พจนา.การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561 ; 21(1) : 99-112.
7. จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, ศรีสุรีย์สุนพยานนท์และอัญชลีคงสมบูรณ์.การพัฒนาระบบส่งต่อช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2559 ; 6(1): 2-14.
8. จันทราภรณ์ สร้อยประเสริฐ, อรุณศรี รัตนพรหมและปิยธิดา บวรสุธาสิน.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต. 2560 ; 11.31(3) : 495-506.

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

พรวิมล ธีรโชยพันธ์

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะที่การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่นๆ ที่พบได้บ่อย คือการติดเชื้อในปอด ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูง จากภาวะการหายใจล้มเหลว

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2562 ด้วยอาการไข้ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมาก ระดับออกซิเจนในร่างกาย 90% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของข้อคอ การเกิดภาวะไหลเวียนโลหิตบกพร่องจากเซลล์นำออกซิเจนไปสู่เซลล์ไม่เพียงพอและภาวะไตวาย ด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/N/2 1000 ml iv drip 100ml/hr คู่กับให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed ให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อลดการติดเชื้อแก้ไขภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ หลังการดูแล 2 วัน ถอดท่อหายใจได้ เริ่มให้จิบน้ำ และรับประทานอาหารเหลวตามลำดับ ฟันฟูสมรรถภาพปอด สอนการไอขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 31 พฤษภาคม 2562 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 6 วัน

การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด นับว่าเป็นความท้าทายของพยาบาลในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้ และฝึกฝนทักษะในการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายหลักคือ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกโดยเร็วที่สุด ระบบการไหลเวียนโลหิตกลับคืนสู่สภาวะปกติดั้งเดิม ลดความรุนแรงจากความทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น และผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติต่อไป

คำสำคัญ การพยาบาล, ปอดอักเสบ, การติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract : Nursing care of the pneumonia patient having an Sepsis and acute respiratory failure

Sepsis is the inflammation throughout the body resulting from lung infection. It can lead to high mortality rates from acute respiratory failure. In case study of Thai women patient, 75 year old, with fever and wheezing before coming to the hospital for 1 day was admitted on 25 May 2019. The patient had a lot of dyspnea and oxygen levels in the body of 90%. The patient was received endotracheal tube and nursing care. The complications of shock, occurrence of circulatory

disorders and renal failure was protected by peripheral venous cannulation, 5 % D/N/2 1000 ml iv drip 100ml/hr, and administrated the levophed drug and Tazocin 4.5 gm iv drip drug every 6 hours for reducing the infection and fixing the imbalance condition of mineral salt. After nursing care for 2 days, the endotracheal tube was removed. The patient was received liquid diet and pulmonary rehabilitation and trained for effective postural drainage. Patient is safety without Sepsis and then she was discharged on 31 May 2019, totally for admission in the hospital for 6 days.

Nursing care of patient having a Sepsis is a challenge of nurse to improve the knowledge and advance practical nursing skills in management of shock from infection. The main purpose is to provide nursing care the patient with quickly safety from chock, recover the blood circulatory system to normal, reduce the violence from disability and help the patient from the critical conditions.

Keywords: Nursing, Pneumonia, Sepsis, Respiratory failure

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่นๆ และส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงเสียชีวิตได้¹ อัตราเสียชีวิตจากภาวะ Sepsis ประมาณร้อยละ 40 ในผู้ใหญ่ และร้อยละ 35 ของผู้ป่วย Septic shock มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในทางเดิน ปัสสาวะ และที่ระบบทางเดินหายใจ ภาวะ Septic shock ส่งผลให้มี Inflammatory response ทั่วๆ ไปในร่างกาย เช่น เกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวและมีการสูญเสียสารน้ำออกนอกหลอดเลือดดำ ทำให้เกิดภาวะพร่องสารน้ำในร่างกายรวมทั้งสารต่างๆ ยังทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Myocardial dysfunction) การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนปลายบกพร่อง ทำให้เกิดภาวะที่เซลล์ต่างๆ ไม่สามารถนำออกซิเจนออกไปใช้ได้²

โดยอุบัติการณ์ Sepsis ทั่วโลกมีมากกว่า 20 ล้านรายต่อปี และมีอัตราเสียชีวิตจาก Septic shock สูงถึงร้อยละ 70 แม้แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว³ ผู้ป่วย Septic shock ต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโดยรวดเร็ว เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและการขนส่งออกซิเจนไปเนื้อเยื่อส่วนปลาย การรักษาที่สำคัญ คือ การรักษาการติดเชื้อและการประคับประคองสภาพการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด การรีบแก้ไขภาวะ Shock ให้ได้เป้าหมายโดยเร็ว สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วย Septic shock ได้⁴

จากสถิติ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจาก Septic shock ในโรงพยาบาลปากช่องนานาปี 2559-2561 พบร้อยละ 12.34, 14.45 และ 13.79 ตามลำดับ⁵ ซึ่งการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาลให้ความช่วยเหลือ โดยจะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในทุกกระบวนการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี สัญชาติไทย มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง Congestive heart failure และ Arthritis เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานา วันที่ 25 พฤษภาคม 2562 ด้วยอาการไข้ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมีอาการไข้เป็น ๆ หาย ๆ ไข้เป็นพัก ๆ และเริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล การประเมินตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ที่มีอาการของ SIRS ดังนี้

SIRS	อาการแสดงที่พบ
Temperature > 38 °c or < 36 °c	มีไข้ 38.9 °c
Respiratory rate > 20/min or PaCO ₂ < 32 mmHg	การหายใจ 32 ครั้ง/นาที
Heart rate > 90/min	ชีพจร 114 ครั้ง/นาที
WBC > 12,000 cell/mm ³ or < 4,000 cell/mm ³	WBC 3,890 cell/mm ³

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป: รูปร่างผอม ชีต น้ำหนัก 36 กิโลกรัม ส่วนสูง 148 เซนติเมตร อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 87/52 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ผิวหนัง: ผิวสีขาวเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ดูซีด

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีขาว ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ ปากใส่ท่อช่วยหายใจ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ฟังได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอดสองข้าง หายใจออกได้ยินเสียง Wheezing

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 114 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักรูปร่างปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดรูป Motor power grade 5

การประเมินสภาพด้านสังคม

สภาพจิตใจ: เป็นคนใจเย็น สุขุม มีน้ำใจ

อัตมโนทัศน์: มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตของตนเอง

ความทรงจำ: มีความจำในอดีต และปัจจุบันดี สามารถเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้ครบถ้วน

การรับรู้: สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามความเป็นจริง

5. กระบวนการคิด: มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล
6. การดูแลตนเอง: มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถดูแลตนเองร่วมกับบุตร หลาน ในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้
7. แบบแผนการเผชิญปัญหา: ยอมรับสภาพความเป็นจริงและยอมรับการรักษา แต่กลัวเป็นภาระของบุตร หลาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 25 พฤษภาคม 2562

ผลการตรวจ Complete Blood Count ผล White blood count 3,890 cells/ cell/mm³, Neutrophil 66%, Lymphocyte 27%, Monocyte 6%, Eosinophil 0%, Basophil 1%, Hematocrit 26.9%, Platelet count 128,000 cell/mm³.

Electrolyte ผล Na 140.7 mmol /L, K 2.9 mmol /L, Cl 113.6 mmol /L, CO₂ 16.6 mmol /L

BUN 14.9 mg/dl, Creatinine 0.85 mg/dl

Sputum C/S ผล Mycoplasma pneumoniae

Urine Analysis ผล Normal

วันที่ 26 พฤษภาคม 2562

ผลการตรวจ Complete Blood Count ผล White blood count 9,240 cells/ cell/mm³, Neutrophil 82%, Lymphocyte 13%, Monocyte 3%, Eosinophil 2%, Basophil 0%, Hematocrit 29.1%, Platelet count 119,000 cell/mm³.

Electrolyte ผล Na 142.3 mmol /L, K 3.54 mmol /L, Cl 112.2 mmol /L, CO₂ 21.4 mmol /L

Calcium 8.7 mg/dl, Phosphorus 3.7 mg/dl, Magnesium 1.6 mg/dl

BUN 15 mg/dl, Creatinine 0.79 mg/dl

วันที่ 29 พฤษภาคม 2562

ผลการตรวจ Complete Blood Count ผล White blood count 6,550 cells/ cell/mm³, Neutrophil 61%, Lymphocyte 26%, Monocyte 3%, Eosinophil 9%, Basophil 1%, Hematocrit 27.7%, Platelet count 173,000 cell/mm³.

Electrolyte ผล Na 147.6 mmol /L, K 3.4 mmol /L, Cl 112.4 mmol /L, CO₂ 24.9 mmol /L

Calcium 9 mg/dl, Phosphorus 8.7 mg/dl, Magnesium 2.14 mg/dl

BUN 9 mg/dl, Creatinine 0.58 mg/dl

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด

วันที่ 25 พฤษภาคม 2562 ผล Infiltrate both lung

วันที่ 29 พฤษภาคม 2562 ผล Decrease Infiltrate both lung

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ประวัติผู้ป่วย มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วัน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง แรกเริ่ม เรียกรู้สึกตัว หายใจด้านการบีบ Ambu bag ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส อัตราหัวใจเต้น 114 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 87/52 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 95% จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลเอกซเรย์ปอด พบว่าโปตัสเซียมต่ำ (K⁺ 2.9 mmol/L) มี Infiltrate both lung ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/N/2 1000 ml iv drip 100ml/hr คู่กับให้ยาให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (1: 62.5) iv drip 5 ml/hr. เก็บ Sputum C/S และ AFB เริ่มยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ คือ Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 6 ชั่วโมง ใส่สายยางจุมูก Feed Elixer KCL 30 ml x 3 feed เพื่อแก้ไขภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ หลังให้การพยาบาล 30 นาที ผู้ป่วยยังหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ แพทย์พิจารณาให้ยา Fentanyl 25mcg iv stat then 25mcg/hr ผู้ป่วยหายใจดีขึ้น

24 ชั่วโมงหลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ O₂ Saturation 99% ระดับความดันโลหิตเข้าสู่ระดับปกติ (ความดันโลหิต 100/62-130/94 มิลลิเมตรปรอท) จึงหยุดการให้ Levophed ติดตามผล Electrolyte โปตัสเซียมปกติ (K⁺ 3.54 mmol/L) ในระหว่างผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจให้การพยาบาลป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น จำนวนเสมหะลดลง สีขาวขุ่น อธิบายแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เริ่มให้รับประทานอาหารทางสายยาง Feed รับประทานได้ ผู้ยังมีปัญหาไข้สูง (อุณหภูมิ 37.9-38.9 องศาเซลเซียส) ดูแลเช็ดตัวลดไข้ บริหารยาปฏิชีวนะให้ได้ครบตามแผนการรักษา ปริมาณสารน้ำเข้า ออกสมดุลดี

2 วันหลังรับไว้ดูแล สัญญาณชีพปกติ ไคลด์ลง หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ วัด TV 450 mmHg เริ่มวางแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ On O₂ T-piece 10 LPM สลับกับเครื่องช่วยหายใจ หลังให้ O₂ T-piece สังเกตการหายใจ ประเมินระดับออกซิเจนในร่างกายอย่างใกล้ชิด (O₂ Saturation 98-99%) O₂ T-piece ได้นาน 10-12 ชั่วโมง จึงถอดท่อช่วยหายใจ On O₂ Canular 5 LPM ระดับออกซิเจนในร่างกาย (O₂ Saturation 97-99%) ประสานงานกับนักกายภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สอนการไอขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ เริ่มให้จิบน้ำ และรับประทานอาหารเหลวตามลำดับ วิเคราะห์สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้โดยสอบถามประวัติจากญาติ ผู้ป่วยเป็นไข้หวัดบ่อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จึงให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ญาติเรื่องการรักษาความอบอุ่นของร่างกาย อย่าให้ร่างกาย หนาวเย็นขึ้น เมื่อเริ่มมีอาการของไข้หวัดให้รีบไปตรวจรับการรักษา ไม่ซื้อยามารับประทานเอง

5 วันหลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีไข้ รับประทานอาหารอ่อนได้ดี จากการติดตามผลการตรวจเสมหะ AFB ทั้ง 3 วันไม่พบเชื้อ Sputum C/S Mycoplasma pneumoniae เนื่องจากอาการทางคลินิกดีขึ้นจึงหยุดการฉีดยาปฏิชีวนะ ให้เปลี่ยนเป็นยารับประทาน Erythromycin 2 tab oral qid ac และให้จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 31 พฤษภาคม 2562 ก่อนการจำหน่ายได้ศึกษาสถานการณ์ในครอบครัว พบว่าเวลากลางวันผู้ป่วยจะอยู่ลำพังคนเดียว บางครั้งการรับประทานอาหาร และยาจะไม่ตรงเวลา รวมทั้งการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ได้เตรียมความพร้อมแก่ญาติ และประสานงานกับเวชกรรมสังคม ติดตามเยี่ยม จากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 1 สัปดาห์ ในวันที่ 7 มิถุนายน 2562 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจำหน่าย จากกรณีศึกษาผู้ป่วยได้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นหายใจไม่อิ่ม เหนื่อยมาก
2. การตรวจเอกซเรย์ปอด ผล Infiltrate both lung
3. ฟังได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอดสองข้าง หายใจออกได้ยินเสียง Wheezing
4. White blood count 9,240 cells/ cell/mm³, Neutrophil 82%
5. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 87/52 มิลลิเมตรปรอท
6. การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (Capillary refill time) 3 นาที
7. ปัสสาวะออกคั่งสาย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจหมดไป

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. ไม่มีอาการแสดงของช็อก ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
4. อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (Capillary refill time) $\leq$ 2 นาที
6. White blood count 4,000-10,000 cells/ cell/mm³, Neutrophil 34-75%
7. ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดไม่พบความผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะ ส่งตรวจเพาะเชื้อ
2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาที ในช่วงแรก ทุกๆ 30 นาที ในช่วงที่ 2 แล้วตรวจวัดเป็นทุกๆ 1 ชั่วโมง
3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 0.9%NSS 1000 ml iv load จนครบ 1000 ml จากนั้นให้เป็น 5% D/N/2 1000 ml iv drip 100 ml/hr เพื่อเพิ่มปริมาตรสารน้ำในระบบไหลเวียน
4. ดูแลให้ได้รับยา Levophed 4 mg ผสมใน 5% D/W 250 ml (1: 62.5) iv drip 5 ml/hr. ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความดันโลหิต และประเมินอาการข้างเคียงภายหลังการได้รับยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำหรือสูง หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ชีพจรเต้นเร็ว ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย หอบ หัวใจเต้นช้า ปวดศีรษะ
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 6 ชั่วโมง ประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น บวมแดงและกดเจ็บบริเวณที่ฉีดยา หลอดเลือดดำอักเสบ ผื่นแดง คัน ลมพิษ ผิวหนังชั้นบนตายอย่างรุนแรง มีไข้ อาการภูมิแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน

6. ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิคปลอดเชื้อต่าง ๆ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล

7. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต

8. ติดตามผลโลหิตวิทยาโดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และค่านิวโทรฟิล (neutrophil) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดเพื่อติดตามและประเมินผลการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปริมาณปัสสาวะที่ออก 40-50 ซีซีใน 8 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/62-130/94 มิลลิเมตรปรอท การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (Capillary refill time) 2 นาที White blood count 6,550 cells/ cell/mm³, Neutrophil 61 % การตรวจเอกซเรย์ปอด ผล Decrease Infiltrate both lung

2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากการติดเชื้อที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ระดับออกซิเจนในร่างกาย 90% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยมีอาการหอบ หายใจคล้าย Air Hunger มีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง
3. การตรวจเอกซเรย์ปอด ผล Infiltrate both lung
4. ฟังได้ยินเสียง Creptitation ที่ปอดสองข้าง หายใจออกได้ยินเสียง Wheezing
5. อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว
2. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
3. ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดไม่พบความผิดปกติ
4. ระดับออกซิเจนในร่างกาย >95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพอาการ และอาการแสดงทุก 1 ชั่วโมง แล้วปรับเป็นทุกๆ 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่ โดย Monitor NIBP

2. ประเมินภาวะ Cyanosis และ Air hunger ไม่ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ภาวะ cyanosis เช่น ปลายมือปลายเท้า ชีด เย็น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน กระสับกระส่าย ซึมลง

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งเมื่อมีเสมหะ หรือเมื่อพบว่าเสียงเสมหะในปอดในลำคอ หากพบ ดูแลเคาะปอด Suction ให้

4. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อน เพิ่มพื้นที่การขยายของปอด ทำให้ได้รับ ออกซิเจนมากขึ้น และดูแลพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่า ทุก 1- 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว และง่ายต่อการขับออกมา

5. ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในระบบปิด On ETT NO. 8 Mark 21 Ventilator setting PCV mode (IP 14, RR 16, FiO₂ 0.6, I:E 1:2) ให้การพยาบาลระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย

5.1 ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของท่อช่วยหายใจภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ

5.2 ยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่โดยติดพลาสติกเตอร์และใช้เชือกยึดท่อช่วยหายใจ

5.3 ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดดูแลและจัดสายต่อเครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ดึงรั้ง

5.4 ประเมินเยื่อในช่องปากว่าแห้งมีรอยแดงหรือมีบาดแผลหรือไม่ เวนละ 1 ครั้ง

5.5 ทำความสะอาดช่องปากและฟันทุก 8 ชั่วโมง ทาครีมฟีนอกซ์ด้วยวาสลีนเพื่อป้องกันไม่ให้ริมฝีปากแห้ง

5.6 วัดความดันของกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจไม่ให้เกิน 20-30 เซนติเมตรน้ำเพื่อป้องกันการกดทับหลอดเลือด

5.7 จัดบันทึกและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับเครื่องช่วยหายใจที่ตั้งไว้ทุกเวอร์

5.8 ส่งและติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพื่อตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ

6. ดูแลให้ Fentanyl 25 mcg iv stat then 25mcg/hr ตามแผนการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยหอบหายใจคล้าย Air Hunger มีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ และได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง หน้าแดง มีผื่นคัน

7. ดูแลเตรียมอุปกรณ์ ช่วยเหลือให้พร้อม ในภาวะที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99-100% ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Cyanosis เช่น ปลายมือปลายเท้า ชีด เย็น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน กระสับกระส่าย ซึมลง และสามารถถอดท่อหายใจได้หลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 วัน

3. ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. รูปร่างผอม ชีต น้ำหนักน้อย 36 กิโลกรัม

2. ผิวหนังแห้ง

3. ผลการตรวจเกลือแร่ผิดปกติ K 2.9 mmol /L

4. ได้รับการงดอาหารและน้ำ 24 ชั่วโมง หลังใส่ท่อช่วยหายใจ

5. EKG ผล Sinus tachycardia rate 114 ครั้ง/นาที

6. ชีพจร 114 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 87/52 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของ Sodium ต่ำ ได้แก่ อ่อนแรง สับสน มีอาการเกร็งผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ Potassium ต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงสับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม Chloride ต่ำ ได้แก่ อาการหลับใน ไม่รู้สึกตัว (Lethargy) กล้ามเนื้อเกร็ง กตการหายใจ
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
3. Na 135-145 mmol /L, K 3.5-5 mmol /L, Cl 98-108 mmol /L, CO₂ 22-30 mmol /L
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง และลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง
2. สังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง Sodium ต่ำ ได้แก่ อ่อนแรง สับสน มีอาการเกร็งผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ Potassium ต่ำ ได้แก่ การเต้นหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที กล้ามเนื้ออ่อนแรงสับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม plus pressure กว้าง BP < 90/60 mmHg Chloride ต่ำได้แก่ อาการหลับใน ไม่รู้สึกตัว (Lethargy) กล้ามเนื้อเกร็ง กตการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ
3. สังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบว่ามี T wave สูงกว่าปกติ และมี QRS Complex กว้างผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ
4. ดูแลใส่สายยางจุมูก Feed Elixer KCL 30 ml x 3 feed เพื่อแก้ไขภาวะความผิดปกติของ โปตัสเซียมต่ำ
5. บันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออกอย่างถูกต้องทุก 8 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต
4. ควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตรทุกชนิด เพื่อป้องกันสาร น้ำเกิน
5. ประเมินชีพจรส่วนปลาย อาการบวมของแขน ขา และ Dependent area ดูลักษณะ Neck vein สังเกตความตึงตัว ความยืดหยุ่นของผิวหนังอย่างน้อยเวยละครั้ง
6. ฟังเสียงปอดทุกเวยเพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema เพื่อจะได้ให้การดูแลทันท่วงที
7. ติดตามค่าการทำงานของไต Electrolyte ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของการเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย หลังการให้สารน้ำไม่มี ภาวะแทรกซ้อน ผลการตรวจเกลือแร่ และการทำงานของไต Na 147.6 mmol /L, K 3.4 mmol /L, Cl 112.4 mmol /L, CO₂ 24.9 mmol /L, Calcium 9 mg/dl, Phosphorus 8.7 mg/dl, Magnesium 2.14 mg/dl, BUN 9 mg/dl, Creatinine 0.58 mg/dl

4. ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ ใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

3. ญาติช่วยเหลือผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้องวิธี

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวัน
2. ร่างกาย ปากฟันสะอาด
3. เสื้อผ้าสิ่งแวดลอมสะอาด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือ Bathel ADL Index
2. ดูแลและสอนญาติในด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย โดยการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เมื่อถอดท่อหายใจ สอนการเคลื่อนไหว การลุกนั่ง และการเสริมสร้างทักษะและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ
3. ดูแลเรื่องโภชนาการของผู้ป่วย ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ Feed BD (1:1) 300 ml X 4 feeds
4. ดูแลแบบแผนการขับถ่ายของผู้ป่วย โดยใส่สายสวนปัสสาวะ และขับถ่ายในผ้าอ้อมอนามัย สอนและแนะนำญาติให้ดูแลความสะอาด ความสุขสบายหลังผู้ป่วยขับถ่าย
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนปัสสาวะ โดยดูแลสายสวนปัสสาวะให้มีการไหลดี ไม่มีการหักพับ งอ หรือมีการอุดตันของสายยางให้อยู่ในระบบปิด
6. ดูแลแบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วยให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง โดยจัดท่านอนที่สุขสบาย ใช้หมอนนุ่มรองใต้คอ และบริเวณที่เสี่ยงการกดทับ จำกัดผู้เยี่ยม
7. ดูแลทำความสะอาดร่างกายเช้า เย็น ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เช้า เย็น และหลังการขับถ่าย
8. ดูแลเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีการเปียกชื้น
9. จัดสิ่งแวดล้อมทำความสะอาดบริเวณเตียง และดูแลเปลี่ยนผ้าปูเตียงปลอดหมอนวัน เว้น วัน

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันปกติ ร่างกายสะอาด รับประทานอาหารทางสายยางรับได้หมดทุกมื้อ ปัสสาวะ ถ่ายอุจจาระปกติทุกวัน เสื้อผ้าสิ่งแวดลอมสะอาด

5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติบอกว่า เป็นครั้งแรกที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และมีอุปกรณ์ติดตัวหลายอย่าง
2. ญาติเฝ้าคอยซักถามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะ
3. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง

2. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ สั้นๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ คือ ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอดรุนแรงจึงทำให้เกิดการติดเชื้อในการแสเลือด ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน
3. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบายโดยการสุ่มถามจากผู้ป่วย และญาติ
4. ให้กำลังใจโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรักของพี่น้อง หลาน ตลอดจนญาติคนอื่นๆ ที่มีให้กับผู้ป่วย
5. ลดความวิตกกังวลต่างๆ ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมและส่งเสริมการดูแลตนเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สิ้นหนาสดชื่นขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองและวินิจฉัยว่ามีภาวะกลุ่มอาการ SIRS คือ มีไข้ 38.9°C การหายใจเร็ว 32 ครั้ง/นาที ชีพจร 114 ครั้ง/นาที และ WBC $3,890 \text{ cell/mm}^3$ โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยมีภาวะ Sepsis จนเข้าสู่ภาวะ Septic shock หลังการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่ตอบสนองต่อการรักษา และเสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลัน จึงต้องมีการให้ยา Levophed เพื่อช่วยร่างกายตอบสนองระดับความดันกลับมาในระดับปกติ ไม่เกิดไตวายเฉียบพลัน จากความรุนแรงดังกล่าว ซึ่งนับเป็นภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว และเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยโรค นอกจากนี้การให้การพยาบาลนับตั้งแต่แรกเริ่ม สามารถประเมินความผิดปกติได้ก่อนเกิดเหตุวิกฤต การดูแลควบคุมการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่กลับเป็นโรคซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทสรุป

ภาวะ Sepsis และ Septic shock เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบบ่อย มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเนื่องจากการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง ในระยะแรกร่างกายจะมีกลไกตอบสนอง และปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะคืนสู่สภาวะปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะเข้าสู่ภาวะรุนแรงจนเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว และอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตนี้ เนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ เริ่มตั้งแต่ประเมินอาการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การรักษาพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วย การที่พยาบาลมีความรู้ทั้งด้านพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินของโรค การรักษา และ ทักษะทางการพยาบาลต่างๆ ที่เชี่ยวชาญนั้นเป็นบทบาทที่ท้าทายซึ่งควรที่จะพัฒนาให้ครบทุกกระบวนการ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤตของชีวิต ลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วรการ วิไลชนม์, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. Evidence based strateies in managing sepsis: new innovation. วารสารคลินิก, 2550, 273-274.
2. วรการ วิไลชนม์, สุรัตน์ ทองอยู่, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. Sepsis: Practical concept. ใน เอกกรินทร์ ภูมิพิเชฐ, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, บรรณาธิการ. Critical care: Towards optimal perfection. กรุงเทพมหานคร: บ.ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2552, 397-410.
3. ณัฏชา แซ่เตียว และธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร. Severe sepsis. กรุงเทพมหานคร: ตรีเทพบุ๊ค โปรเลส, 2559.
4. ACCP/SCCM Consensus Conferece: Definition for sepsis and organ failure and guideline for the use of innovative therapies in sepsis. Chest, 1992, 101, 1644-55.
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลปากช่องนานา หน่วยงานอายุรกรรม. รายงานประจำปี 2561. นครราชสีมา : โรงพยาบาลปากช่องนานา, 2561.

การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

เพ็ญพิศ มีสูงเนิน

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อก เป็นภาวะฉุกเฉินทางนรีเวชที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก การวินิจฉัยดูแลรักษาที่ล่าช้า อาจเกิดผลกระทบร้ายแรงแก่ชีวิตหญิงตั้งครรภ์ได้

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 24 ปี เคยผ่านการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยหลังคลอด เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2561 ด้วยอาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา มีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริบกะปรอย 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล และก่อนหน้านั้น 2 สัปดาห์มีอาการแท้งบุตรและขูดมดลูก วินิจฉัยด้วยการตรวจการตั้งครรภ์ ผล Positive ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ Free fluid in Cul-de-sac แพทย์วินิจฉัย ตั้งครรภ์นอกมดลูก ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ระดับความเข้มข้นของเลือด 29% ได้รับการผ่าตัด Explored laparotomy with Right Salpingectomy ให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับ จนถึงดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก หลังผ่าตัดยังเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ ดูแลควบคุมสารน้ำบริหารยาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกจนปลอดภัย หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล และเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บาดแผล ให้การบำบัดความปวดและดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี ไม่พบการติดเชื้อ มีอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายผู้ป่วยได้ในวันที่ 26 ธันวาคม 2561 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ทั้งระยะก่อนช็อก ระยะช็อก และระยะหลังช็อก เพราะแต่ละระยะสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน แผลติดเชื้อ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ

คำสำคัญ : การพยาบาล, ตั้งครรภ์นอกมดลูก , ภาวะช็อก

Abstract : Nursing care of ectopic pregnant patients with shock: a case study

Ectopic pregnant with shock is gynecological emergency that causes of pregnancy-related death in the first trimester. Delay in diagnosis and treatment could be serious consequences for a life of pregnant women. The case study of a woman patient, 24 years old, after pregnancy for 2 times was admitted to the postpartum ward on 23th December 2018. Before going to hospital, patient had pain in the lower right abdomen and vaginal bleeding. Early 2 weeks, patient had miscarriage and received curettage.

The patient was checked by pregnancy diagnosis examination. This result showed positive and free fluid in cul-de-sac was observed by ultrasound. The doctor diagnosed that the patient had ectopic pregnant and shock, the blood concentration levels of 29 %. Thus patient was explored laparotomy with right salpingectomy. Patient was received the nursing care since primary diagnosis until after surgery. Patient had no complication from shock. However, the patient could be the risk for shock. Therefore, the patient was received peripheral venous fluid and administered the drug until free of danger. After surgery, the patient had treated the pain and aware of risk to infection. Finally, the patient was not infected. The patient was discharged on 26th December 2018, totally for admission in the hospital for 3 days. The complication was not found after discharging of patient.

Nurse have an important role in every stage of shock period. Acute renal failure and surgical wound infection are complication. The nurse must sharpen and improve skills in order to be able to care any life, threatening problems. Efficiency nursing care is essential for patient's safety and satisfaction.

Keywords: Nursing, Ectopic pregnancy, shock

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อยและเป็นภาวะฉุกเฉินทางนรีเวช ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของสตรีมีครรภ์¹ การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากกรณีที่ไข่ถูกผสมแล้วฝังตัวนอกโพรงมดลูก ประมาณร้อยละ 95 พบการฝังตัวที่ท่อนำไข่ (Tubal pregnancy) และอาจพบที่รังไข่หรือในช่องท้องก็ได้ โดยที่สาเหตุที่ทำให้เกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความผิดปกติของท่อนำไข่ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การสูบบุหรี่ การใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ ความผิดปกติของตัวอ่อนเอง ผู้ที่เคยตั้งครรภ์นอกมดลูกจะมีความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์นอกมดลูกในครรภ์ต่อไป² เนื่องจากอาการและการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะไม่มีอาการบ่งบอกชัดเจน บางรายไม่มีประวัติขาดประจำเดือน ไม่มีอาการแสดงของการตั้งครรภ์จึงไม่มาพบแพทย์ ซึ่งการวินิจฉัยประกอบด้วย การซักประวัติ อาการแสดง อาการที่ช่วยในการวินิจฉัยที่สำคัญ คือ ปวดท้องน้อยเฉียบพลัน เลือดออกกะปริบกะปรอย ประวัติขาดประจำเดือนสัมพันธ์กับอาการปวดท้อง การตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ เมื่อผลเป็นบวก จะตรวจเลือดหาระดับ Beta HCG หากระดับ Beta HCG ในซีรัมสูงกว่า 1,500-2,500 มิลลิยูนิต/มิลลิเมตร และตรวจไม่พบการตั้งครรภ์ในมดลูก น่าจะเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก³ การตรวจอัลตราซาวด์หน้าท้องและทางช่องคลอด จะมีการเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก Cal de sac โป่งตึง โดยการรักษามีทั้งแบบประคับประคอง โดยการใช้ยากรณีที่ก้อนมีขนาดเล็ก และการผ่าตัดกรณีที่ก้อนใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร เนื่องจากบริเวณที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีผนังที่บางและไม่มีเนื้อเยื่อหุ้มเหมือนในโพรงมดลูก ทำให้เกิดการฉีกขาด เป็นสาเหตุของการตกเลือดภายในช่องท้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาภาวะช็อคจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) ขึ้นได้ และหลังผ่าตัด อาจมีโอกาสดังกล่าวซ้ำซ้อนได้ง่าย

เนื่องจากมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด⁴

จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2562 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในแผนกสูติรีเวชกรรม พบอุบัติการณ์ของตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 25, 24 และ 27 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวถือว่ามีย่านจำนวนมากและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ในจำนวนนี้มีภาวะช็อค 3, 7 และ 5 ราย⁵ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จากความสำคัญดังกล่าว โรงพยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในทุกระยะ ประเมินภาวะช็อคได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญที่ต้องดูแลใกล้ชิดนับตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ซึ่งกรณีศึกษารายนี้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่การซักประวัติ การเฝ้าระวังภาวะช็อค การบรรเทาความเจ็บปวด เตรียมการผ่าตัดเร่งด่วน ดูแลภายหลังการผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อค เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 24 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลปากช่องนานา วันที่ 23 ธันวาคม 2561 ด้วยอาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา มีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริบกะปรอย 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล โดยมีประวัติการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อนในวันที่ 14 ธันวาคม 2561 ด้วยอาการแท้งบุตร ได้รับการขูดมดลูก และจำหน่ายในวันที่ 16 ธันวาคม 2561 แรกรับมาถึงหอผู้ป่วยหลังคลอด รู้สึกตัวดี บ่นปวดหน่วงท้องน้อยข้างขวา มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่ Active bleed ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 77 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/69 มิลลิเมตรปรอท ตรวจการตั้งครรภ์ ผล Positive ตรวจภายในปากมดลูกปิด โยกเจ็บทั้ง 2 ข้าง ข้างขวาเจ็บมากกว่า บ่นปวดบริเวณเชิงกรานเล็กน้อย ตรวจคลืนเสียงความถี่สูงพบ Free fluid in Cul-de-sac ต่อมาผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น บ่นปวดท้องมากขึ้น Pain score 10 คะแนน กดเจ็บมากบริเวณท้องน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่ Active bleed ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัย Rupture ectopic pregnancy with hypovolumic shock จึงเตรียมการผ่าตัดเร่งด่วน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explored laparotomy with Right Salpingectomy ภายหลังผ่าตัด รู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ หายใจสม่ำเสมอ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/59 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่ซึม ปวดแผลมาก Pain score 10 คะแนน เจาะ Hct 33 % (หลังได้ PRC 1 unit ในห้องผ่าตัด) ปริมาณปัสสาวะออกดี 60-100 ml/hr 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย ปลอดภัยจากภาวะช็อค Pain score 6-7 คะแนน ให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 mg im prn ใน 24 ชั่วโมงแรก และเพิ่มยาแก้ปวดชนิดรับประทานให้ ได้แก่ Ponstan 1 tab oral tid pc เริ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เริ่มให้รับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อนตามลำดับ เอาสายสวนปัสสาวะออก ปัสสาวะได้เอง ช่องคลอดมีเลือดออกกะปริบกะปรอยเล็กน้อย

2 วันหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับจำหน่ายผู้ป่วยได้ในวันที่ 26 ธันวาคม 2561 และนัดตรวจเพื่อประเมินภาวะสุขภาพหลังผ่าตัดและถอดแมกซ์เย็บแผล วันที่ 15 มกราคม 2562 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม รวมเวลาเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน จากการติดตามผลการรักษาแผลผ่าตัดถอดแมกซ์แห้งดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วย

เคยผ่านการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง บุตรคนแรกอายุ 2 ปี คลอดปกติ ไม่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูก คุณกำเนิดโดยรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต การแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. รูปร่างทั่วไป : สมส่วน น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร
2. สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 77 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/69 มิลลิเมตรปรอท
3. ระบบประสาท : รู้สึกตัว ตอบคำถามได้ เคลื่อนไหวแขน ขาได้ปกติ บอกอาการและตำแหน่งความเจ็บปวดได้ มีอาการกระสับกระส่ายบางครั้ง
4. ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ไม่มีบาดแผล มีเหงื่อออกบริเวณผิวหนัง ผิวกายเย็นขึ้น
5. ศีรษะและใบหน้า : ผมนยาวมัดรวบ หนังศีรษะสะอาด ไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้างสมมาตรกัน มองเห็นปกติ เปลือกตาด้านล่างซีด ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ ริมฝีปากซีด
6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมออัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ
7. หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ระดับออกซิเจนในเลือด 96%
8. ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ปวดท้องน้อยข้างขวา กดเจ็บมากบริเวณท้องน้อย
9. กล้ามเนื้อและกระดูก : แขน ขา โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว
10. ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกน้อยลง
11. ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ ไม่คัดตึง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากหัวนม มีเลือดออกทางช่องคลอดไม่ Active bleed ตรวจภายในปากมดลูกปิด โยกเจ็บทั้ง 2 ข้าง ข้างขวาเจ็บมากกว่าข้างซ้าย

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม

มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล

กลัวและกังวลกับอาการเจ็บป่วย กลัวการเสียชีวิต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 23 ธันวาคม 2561

ผลการตรวจ Complete Blood Count พบ White blood count $10,850 \text{ cells/mm}^3$, Neutrophil 60%, Lymphocyte 28%, Monocyte 5%, Eosinophil 7%, Hematocrit 25.9%, Platelet count $272,000 \text{ cell/mm}^3$

Electrolyte พบ Na 138.9 mmol /L, K 3.6 mmol /L, Cl 26 mmol /L,

CO₂ 12.6 mmol /L

BUN 10.8 mg/dl, Creatinine 0.51 mg/dl

Urine Analysis ผล RBC > 100/HPF, Pregnancy test ผล Positive

การวางแผนการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกจากมีเลือดออกในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยปวดท้องน้อยข้างขวามาก บ่นหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม

O: ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

O: กดเจ็บมากบริเวณท้องน้อย และมีเลือดออกทางช่องคลอด

O: ระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) = 25.9%

O: ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ free fluid in caldesac

O: ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน
2. ไม่มีอาการแสดงของช็อก ได้แก่ หน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. ระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) $\geq$ 30%

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย อาการเหงื่อออก หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น เพื่อประเมินภาวะช็อก
2. ดูแลให้น้ำเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยให้ O₂ Cannular 5 LPM วัด O₂ saturation ได้ 94% เปลี่ยนเป็น O₂ mask with reservoir bag 10 ลิตร/นาที
3. สังเกตอาการช็อค โดยสังเกตจากเปลือกตาด้านล่าง อาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ เพื่อประเมินภาวะการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดภาวะช็อก
5. ติดตามผล serial Hct ตามแผนการรักษา ผล Hct 25.9 % รายงานแพทย์ ให้ PRC 1 unit iv drip in 3 hr. สังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือด
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ 5% D/N/2 1000 ml iv drip 100 ml/hr เพื่อชดเชยการเสียเลือดและสารน้ำในร่างกาย สังเกตภาวะน้ำเกิน
7. สังเกตอาการปวดท้องที่มากขึ้น อาการหน้าท้องแข็งตึง เพื่อประเมินความรุนแรงของการตกเลือด และการติดเชื้อในช่องท้อง

8. งดอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในหลอดลมขณะดมยาทำผ่าตัด
9. เตรียมทำผ่าตัด เพื่อรักษาและป้องกันการแตกของปีกมดลูก ซึ่งจะทำให้เกิดการตกเลือดในช่องท้อง มีภาวะช็อค
10. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อค ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ได้ตอบรู้เรื่อง มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปวดท้องมากหน้าท้องกดเจ็บ แข็งตึง ยังมีเลือดสดออกทางช่องคลอดกะปริบกะปรอย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 70-84 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58-100/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 30-40 ซีซี/ชั่วโมง หลังให้เลือด ผล Hct 29 % มีแผนการผ่าตัดด่วนเพื่อแก้ไขสาเหตุของช็อค

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายปวดท้องเนื่องจากการแตกของท่อนำไข่

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบ่นปวดท้องน้อยข้างขวามาก
- O: ผู้ป่วยมีอาการนอนบิดตัวไปมาบนเตียงบ่อย ๆ สีหน้าไม่สุขสบาย หน้าเขียวคล้ำ
- O: ประเมินระดับความปวด (Pain score) 10 คะแนน
- O: ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายอาการปวดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดท้องลดลง
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ไม่หน้าเขียวคล้ำ นอนหลับพักผ่อนได้
3. ระดับความปวด (Pain score) 5-6 คะแนน
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ลักษณะตำแหน่งที่เจ็บปวด และความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นระยะ ๆ
2. จัดให้นอน Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลง ลดอาการปวดท้อง
3. ให้ออกซิเจน สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ ยาว ๆ
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จำกัดผู้เยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้
5. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Pain score เพื่อประเมินสภาพอาการ และความรุนแรงของอาการปวด
6. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Pethidine 50 mg im stat และสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ ผื่นคัน หายใจไม่อึดแน่นหน้าอก
7. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย นอนหลับได้เป็นพักๆ อาการปวดท้องทุเลา Pain score 6-7 คะแนน บริเวณหน้าท้องยังกดเจ็บ แข็งตึง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 70-84 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58-100/60 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 วิตกกังวลจากขาดความรู้ ความเข้าใจก่อนการผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน**

S: ผู้ป่วยถามว่าทำไมต้องผ่าตัด

O: ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องการผ่าตัด และคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย
2. ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการทำผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล
2. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อคจากการตั้งครุณอกมดลูก เพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ เตรียมบริเวณผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด ให้สารน้ำและเลือด การงดอาหารและน้ำ
4. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังจากออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย เมื่อสอบถามผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการทำผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

ระยะหลังผ่าตัด**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน**

O: ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 1000 ซีซี

O: ระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ในห้องผ่าตัด 24% ได้รับเลือด PRC 1 unit ระหว่างผ่าตัด

O: ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/59 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน

2. ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ หน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
4. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม เลือดที่ออกทางช่องคลอดปกติ
5. ระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) $\geq 30\%$
6. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ เพื่อประเมินอาการและภาวะช็อคหลังผ่าตัด
2. ระหว่างผ่าตัดสูญเสียเลือด 1000 ซีซี ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr และ PRC 1 unit เพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด
3. เพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายโดยให้ O₂ Cannular 5 LPM
4. สังเกตอาการ เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ท้องอืด แผลหน้าท้องมีเลือดซึม มีเลือดออกทางช่องคลอด
5. เจาะเลือดตรวจ Hct ภายหลังเลือดหมด เพื่อประเมินภาวะซีดจากการเสียเลือด
6. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อค ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที
7. ดูแลให้ยา dopamine (1:1) iv drip 5 μ d/min ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด เลือดออกทางช่องคลอดปกติ Hct ภายหลังเลือดหมด 33% ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/58-120/64 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 40-50 ซีซี/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง
- O: ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย หน้านี้วี่วี่ขมวด
- O: ประเมินระดับความปวด (Pain score) = 8 คะแนน
- O: ชีพจร 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/90 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย อาการปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดแผลลดลง
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ไม่หน้าวี่วี่ขมวด นอนหลับพักผ่อนได้
3. ระดับความปวด (Pain score) 4-5 คะแนน
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่า Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น
2. สอบถามถึงความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวดเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บตึงแผล
3. เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุยเพื่อให้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง
4. แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะมีการเคลื่อนไหวร่างกายและให้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เวลาเปลี่ยนท่าหรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล
5. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Pethidine 50 mg im stat prn ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กดการหายใจ ง่วงนอน เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension)
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยมขณะผู้ป่วยหลับ

การประเมินผล

ผู้ป่วยทุเลาปวดแผล ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้ปวดมี early ambulation มากขึ้น ลูกนั่งข้างเตียงและเดินไปเข้าห้องน้ำได้ Pain score 3-4 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบ่นครั่นเนื้อ ครั่นตัว
- O: มีแผลผ่าตัดแนวกลางหน้าท้อง ความยาว 12 เซนติเมตร
- O: ระยะการผ่าตัดนาน 1 ชั่วโมง 30 นาที
- O: อุณหภูมิร่างกาย 37.3-37.7 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่บวมแดง ไม่มี discharge เป็นหนอง ไม่มีกลิ่นเหม็น
2. ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง
3. อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล ได้แก่ รอยบวมแดง แผลแยก มีลักษณะ discharge สีผิดปกติ มีหนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ
2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง

3. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ทำแผลผ่าตัดแบบ Dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS เช็ด บริเวณริมแผล suture วนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผลเช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล

4. สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล

5. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้อง บริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล

6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล

7. ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา คือ Melopenam 1 gm iv drip ทุก 8 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน

8. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บ ฟัน และผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

การประเมินผล

ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่มี discharge ชิม แผลไม่บวมแดง ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลไม่เปียกน้ำ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.2 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยและญาติถามว่าจะมีบุตรได้อีกหรือไม่

O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินทำให้การรับข้อมูลยังไม่ละเอียด

O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย

2. ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสามารถบอกการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามสาเหตุความวิตกกังวลกับผู้ป่วยและญาติ กลัวการมีบุตรไม่ได้

2. อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคคร่าว ๆ แจ้งผู้ป่วยสามารถตั้งครรภ์ได้อีก เพราะตัดท่อนำไข่ข้างขวา ยังเหลือท่อนำไข่ข้างซ้าย

3. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งให้กำลังใจ

4. อธิบายและแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องต่างๆ ดังนี้

4.1 การทำความสะอาดแผลหน้าท้อง ให้ทำแผลวันละ 1 ครั้ง ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

4.2 เมื่อมีอาการแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง ท้องอืด ให้ลุกเดินบ่อย ๆ อาการจะหายไปภายใน 2-3 วัน แต่ถ้าอาการยังอยู่เกิน 1 สัปดาห์ หรือมีอาการเพิ่มขึ้นต้องรีบมาพบแพทย์

4.3 การอาบน้ำ อาบน้ำได้ภายหลังการตัดไหมแล้ว เวลาอาบน้ำให้น้ำหรือรดกอาบ ไม่ควรแช่ในแม่น้ำ ลำคลอง หรือในอ่างอาบน้ำ

4.4 การรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดทุกครั้งด้วยน้ำสบู่และล้างน้ำ และล้างน้ำสะอาดและซับให้แห้ง หลังการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ

4.5 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดงและเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ได้แก่ ตับสัตว์ ไข่แดง นม ผักสด ผลไม้ งาดำอาหารจำพวกหมักดอง อาหารรสจัด บุหรี่ และสุรา

4.6 การพักผ่อน ให้หยุดพัก 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด ทำงานเบา ๆ ไม่ยกของหนักหรือทำงานหนักเกินไป

4.7 ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยดื่มน้ำมาก ๆ ปัสสาวะก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ ไม่กลั้นปัสสาวะ รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกบริเวณขาหนีบที่เมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลอักเสบ มีเลือดซึม ประจำเดือนมามากเกิน 1 สัปดาห์ มีไข้ ปัสสาวะลำบาก มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย

4.8 การมาตรวจตามแพทย์นัดในวันที่ 15 มกราคม 2562 เพื่อตรวจเช็คความพร้อมของร่างกายที่เหลืออยู่หรือไม่ เพื่อวางแผนคุมกำเนิดหรือตั้งครรภ์ใหม่ต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่ามีความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่บ้านมากขึ้น

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกจะต้องวินิจฉัยแยกโรคออกจากการตั้งครุภัณฑ์ปกติระยะแรกให้ได้ ซึ่งจะต้องอาศัยทั้งอาการ อาการแสดง การตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ภาวะอื่นๆที่อยู่ในการวินิจฉัยแยกโรคกับการตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกได้แก่ การแท้งที่เกิดขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครุภัณฑ์ การแตกหรือร้าวของถุงน้ำคอร์ปัสลูเตียม การบิดของปีกมดลูก ก้อนนิ่วในโพรงที่บริเวณปีกมดลูก ใส่ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ มีประวัติการแท้งและขูดมดลูกมาก่อนทำให้นึกถึงอาการแท้งไม่ครบ แต่จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องน้อยข้างขวามาก และได้รับการตรวจร่างกายและการทำ Ultrasound ทำให้แพทย์แน่ใจว่าเป็นการตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก ผู้ป่วยจึงได้รับการช่วยเหลือแก้ไขโดยเร็ว ด้วยการผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันทำให้เสียชีวิต

การดูแลผู้ป่วยในระยะซ็อก ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องทันที ส่งผลให้ไตวายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ การพยาบาลที่สำคัญแก้ไขโดยการเพิ่มปริมาตร และสารน้ำ เม็ดเลือดแดง ให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอด้วยการให้ออกซิเจน ติดตามสัญญาณชีพการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซ็อกและส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ภายหลังผ่าตัดยังคงเสี่ยงต่อภาวะซ็อกซ้ำ ให้ยา กระตุ้น Dopamine ซึ่งถือเป็นยา High alert drug พยาบาลต้องมีความรู้ในบริหารยา ประเมินความผิดปกติจากการได้รับยา เช่น การควบคุมยาโดยให้ได้ตามแผนรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำ ปรับระดับยาจนผู้ป่วยปลอดภัยพ้นจากภาวะซ็อก

การดูแลด้านจิตใจภายหลังการผ่าตัดปีกมดลูกข้างขวาออก ต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ รับฟังและเปิดโอกาสให้พูดถึงการมีครรภ์ครั้งต่อไป เพื่อจะได้ทราบและประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลที่ทารกไม่

สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เนื่องจากไม่ได้ตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก เมื่อทารกเจริญเติบโตขึ้นก็จะมีผลทำให้ส่วนที่ทารกฝังตัวอยู่แตก และทารกเสียชีวิตได้ ยังเหลือปีกมดลูกอีกหนึ่งข้างสามารถตั้งครรภ์ได้อีก แต่ต้องมีการตรวจปีกมดลูกข้างที่เหลือก่อน อายุยังน้อยมีโอกาสตั้งครรภ์ใหม่ได้ โดยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ในระหว่างตั้งครรภ์ครั้งใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

บทสรุป

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างรีบด่วน เนื่องจากมีผลคุกคามต่อชีวิต การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและถูกต้อง จะป้องกันภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุการตายของหญิงมีครรภ์ และยังป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต ดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และกลับไปอยู่กับครอบครัวของตนเองได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. กัญจน์ พลอินทร์. วิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล สูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ : ความหลากหลายที่ผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2552.
2. สมศรี พิทักษ์กิจธกร และคนอื่นๆ. ตำรานรีเวชวิทยา. นนทบุรี : ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรส์, 2551.
3. อีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ, อรวี ฉันทกานันท์. ครรภ์นอกมดลูก. ในอีระ ทองสง, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา ฉบับบอร์ด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ลักขมีรุ้งจำกัด, 2559.
4. สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยือน ตันนินันดร. การตั้งครรภ์ที่หลอดมดลูก. ใน : สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยือน ตันนินันดร, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลปากช่องนานา หน่วยงานสูตินรีเวชวิทยา. รายงานประจำปี 2562. นครราชสีมา : โรงพยาบาลปากช่องนานา, 2562.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และเปลี่ยนวิธีการล้างไตเป็นทางเส้นเลือด

ศรียรัตน์ กวินปนิธาน
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 59 ปี ประวัติ End stage renal disease with Hypertension with DM On CAPD 1 ปี มาตรวจที่คลินิกไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2562 ด้วยปัญหาน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น 2 วัน ผลเพาะเชื้อจากน้ำยาล้างไตช่องท้อง (PDF) พบ Gram negative bacilli ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ศัลยแพทย์ทำการ Off สาย TK ดูแลบาดแผลที่หน้าท้อง ให้ยาปฏิชีวนะ และรับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 วัน มีแผนการรักษาเปลี่ยนวิธีการล้างไตเป็นทางเส้นเลือด (Hemodialysis) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันอังคาร และศุกร์ ระหว่างดูแลในหน่วยงานไตเทียม ให้การพยาบาลในการทำ Hemodialysis พยาบาลได้ให้คำปรึกษาผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการฟอกเลือด ช่วยแพทย์ในการแทงสาย Double lumen และให้การพยาบาลขณะฟอกเลือด หลังฟอกเลือด พบผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินได้รับการแก้ไขจนปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 19 มิถุนายน 2562 ผลลัพธ์ปัจจุบันผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด 2 ครั้ง/สัปดาห์สม่ำเสมอ ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาบาลไตเทียมต้องอาศัยทักษะความรู้ความชำนาญอย่างสูงในการปฏิบัติการ มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือด การวางแผนการพยาบาลและเตรียมอุปกรณ์ในการฟอกเลือด มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและแก้ไขอย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฟอกเลือด โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพทั้งในระยะก่อนฟอกเลือด ขณะฟอกเลือด และหลังฟอกเลือด

คำสำคัญ การพยาบาล, โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, ล้างไตทางช่องท้อง, การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง,

Abstract : Nursing care for patient with end stage renal disease (ESRD) having peritonitis from continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and changed to hemodialysis

A Thai female, 59 year old, having the history of end stage renal disease with hypertension with DM on CAPD for 1 year was checked at Chronic Kidney Disease Clinic on 27 May 2019. From the patient information, the dialysate fluid showed cloudy appearance for 2 day. Therefore, this dialysate fluid was sent to microbial testing. From the microbial testing result, gram negative bacillus was found in dialysate fluid. Furthermore, a patient with Intra-abdominal infections was observed. Thus, surgeon taken off the tenckhoff (TK). A patient was treated by caring for the abdominal wounds and medication with antibiotics and then she was admitted to the medical ward for 3 day. The dialysis of patient was changed from CAPD to hemodialysis, 2 times a week, every Tuesdays and Friday. During the patient in Hemodialysis unit, nurse advised a patient for preparation of hemodialysis, helped the doctor to pierce the double lumen catheter and nursed during and after hemodialysis. During hemodialysis, excess water condition of patients was observed but this condition was corrected until out of danger. A patient was discharged on 19 June 2018. In the present, a patient was regularly treated the dialysis by hemodialysis for 2 time a weeks without complications. A patient can help herself and has a good quality of life.

Hemodialysis nurses are required for highly knowledge and skills in their operations. The evaluation of patient's readiness, planning of nursing and preparation of instrument for hemodialysis should be ready before hemodialysis. The prevention of complications with occurring and correcting immediately for good patient safety are using nursing process and corporation with health team before and after hemodialysis.

Keywords: Nursing, End stage renal disease, Peritoneal dialysis, Peritonitis

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยจะต้องทุกข์ทรมาน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก¹ จากสถิติโรคไต ปี 2558 กระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน ครึ่งหนึ่งในจำนวนนี้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่ใกล้จะต้องล้างไตหรือระยะที่ 5 ปัจจุบันมีคนต้องล้างไต 200,000 คน แต่ละปีมีคนต้องล้างไตรายใหม่ประมาณ 7,000-8,000 คน ต้องใช้งบประมาณในการล้างไต ปีละ 250,000 บาท ต่อคน เป็นงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5,247 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงการสูญเสียรายได้ที่เกิดตามมาและค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นที่เป็นภาระของผู้ป่วยและครอบครัว ในปี 2559 พบว่า ค่าใช้จ่ายจากงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเป็น 6,318 ล้านบาท หากรวมกับงบประมาณในสิทธิประกันสังคม และข้าราชการแล้วคิดเป็นค่าใช้จ่ายถึง 10,000 ล้านบาทเลยทีเดียว²

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Renal transplantation)³ ในประเทศไทยการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดนโยบายบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นอันดับแรก (PD first policy) ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁴ โดยจากสถิติหน่วยงานไตเทียมโรงพยาบาลปากช่องนา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) มีจำนวน 32 ราย ในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มเป็น 47 ราย ในปี พ.ศ. 2561 และปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 52 ราย⁵

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องสามารถพบภาวะแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับการทำหัตถการอื่นๆ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อ ในปี 2559-2561 มีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 6 ราย, 8 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ⁶ สาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่ถูกต้อง และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเดิมเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทำให้ความเสี่ยงการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการคาท่อล้างไตทางหน้าท้องและการปนเปื้อนเชื้อในขณะทำการล้างไตสิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ คือ การปฏิบัติเพื่อการปลอดเชื้อ เช่น การทำความสะอาดมือ การป้องกันการปนเปื้อนขณะการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อบางคนไม่สามารถใช้วิธีบำบัดทดแทนไตทางช่องท้องได้ ต้องเปลี่ยนไปเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดทำให้ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยหลายคนจึงเลือกที่ไม่รักษาต่อและบางคนอาจารุนแรงจนเสียชีวิตจากภาวะน้ำเกิน⁷

ในฐานะพยาบาลไตเทียมเป็นบุคคลที่ดูแลและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จะต้องมีความรู้ ความชำนาญด้านการพยาบาล และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในช่องท้อง และได้รับการฟอกเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ร่วมกับการปฏิบัติบนพื้นฐานของทฤษฎีได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปราศจากภาวะแทรกซ้อนรวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีศึกษา

หญิงไทยคู่ อายุ 59 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำไร่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 27 พฤษภาคม 2562

การวินิจฉัยเมื่อแรกเริ่ม Infected CAPD

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย End stage renal disease with Infected CAPD with Refractory peritonitis

อาการสำคัญ

ปวด บวม แดงบริเวณแผลหน้าท้องรอบสายล้างไต 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล บริเวณแผลหน้าท้องรอบสายล้างไต มีอาการปวด บวมแดง และพบว่ามีน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคไต ได้รับยาปฏิชีวนะ Fortum 1 gm iv OD 2 วัน และวันนี้นัดมาเก็บน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องส่งตรวจ Peritoneal fluid dialysis, C/S, Gram stain ผล WBC 1,992 cells/ml. Neutrophil 83%. PDF C/S gramstain -ve bacilli แพทย์จึงรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด 8 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยเป็นสมาชิกครอบครัว อาศัยอยู่กับสามีและบุตร 4 คน ทุกคนมีสุขภาพแข็งแรงดี

อุปนิสัย

เป็นคนแจ่มใส ร่าเริง มีน้ำใจ ช่วยเหลือผู้อื่น

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

เป็นบ้านสองชั้น ชั้นล่างเป็นปูน ชั้นบนเป็นไม้ บริเวณรอบบ้านปลูกต้นไม้ และผักสวนครัว

เศรษฐกิจและสังคม

ในบ้านมีรายได้จากการทำไร่ รับจ้างทั่วไป ประมาณเดือนละ 14,000 บาท

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. รูปร่างทั่วไป: รูปร่างท้วม น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร
2. สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/83 มิลลิเมตรปรอท
3. ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้
4. ผิวหนัง: ผิวสีขาวยellowish ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ไม่ซีด
5. ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำแซมขาว ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้าง ลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา

2.5 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ ปากมีรูปร่างสมมาตรกันดี ลิ้นสีชมพู ไม่มีฝ้า ฟันขาว มีฟันผุ 1 ซี่ ลิ้นไม่มีแผล ไม่เป็นฝ้า ทอนซิลปกติ ไม่โต คอไม่แดง gag reflex ปกติ กล้ามเนื้อคอสมมาตรกันดี ต่อมไทรอยด์ไม่โต

6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจปกติ สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที เสียงการหายใจปกติ ไม่มีเสียง Crepitating หรือเสียง Wheezing

7. หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 60-64 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

8. ช่องท้องและทางเดินอาหาร: ใส่สาย TK (Tenckhoff catheter) ไว้สำหรับฟอกไตรอบสายแดงเล็กน้อย ไม่บ่นปวดท้อง

9. กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดปกติ Motor power grade 5

การประเมินสภาพด้านสังคม

1. สภาพจิตใจ: เป็นคนอารมณ์ดี ใจเย็น
2. อัตมโนทัศน์: มีความพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง
3. ความทรงจำ: มีความจำในอดีตดี สามารถเล่าเรื่องราวต่างๆได้ โดยไม่เสียเวลาทบทวน
4. การรับรู้: สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามจริง
5. กระบวนการคิด: มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล
6. การดูแลตนเอง: มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้

7. แบบแผนการเผชิญปัญหา: ใช้การแก้ไขอย่างมีเหตุผล เมื่อทราบว่าตนเองเกิดการเจ็บป่วย ยอมรับสภาพความเป็นจริงและยอมรับการรักษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนฟอกไต

ผลการตรวจ Complete Blood Count พบ White blood count 5,350 cells/cu.mm., Neutrophil 76%, Lymphocyte 13%, Monocyte 10%, Eosinophil 0%, Basophil 1%, Hematocrit 27.7%, Platelet count 307,000 cells/cu.mm. , PT 12.4 sec, PTT 30.1 sec

Electrolyte พบ Na 129.4 mmol /L, K 2.9 mmol /L, Cl 88.1 mmol /L, CO₂ 31.9 mmol /L

BUN 22.8 mg/dl, Creatinine 8.86 mg/dl

สรุปอาการขณะอยู่โรงพยาบาล

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 59 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพเกษตรกรกรรม มีประวัติ End stage renal disease with Hypertension with DM On CAPD 1 ปี มาตรวจที่คลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลปากช่องนานา วันที่ 27 พฤษภาคม 2562 ด้วยบริเวณแผลหน้าท้องรอบสายล้างไต มีอาการปวด บวมแดง และพบว่าน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แรกผู้ป่วยรู้สึกตัว บริเวณท้องที่แทงสาย TK (Tenckhoff catheter) แดงเล็กน้อย ไม่บ่นปวดท้อง ตรวจวัดสัญญาณชีพ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที

อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/54 มิลลิเมตรปรอท สงสัยผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ประเมินการไหลเข้าออกของน้ำยาไม่ขาดทุน ดูแลเก็บ Peritoneal fluid dialysis C/S, Gram stain มีแผนการให้ยาปฏิชีวนะ และรับนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ในระหว่างการดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ให้ยาปฏิชีวนะ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีไข้ (37.6-37.8 องศาเซลเซียส) ปวดท้อง มีถ่ายเหลวประมาณ 4-5 ครั้ง ผลเพาะเชื้อจากน้ำยาล้างไตช่องท้อง (PDF) พบ Gram negative bacilli แพทย์จึงหยุดล้างไตทาง CAPD เปลี่ยนการรักษามาเป็นการ Off สาย TK และให้ยาปฏิชีวนะต่ออีก 14 วัน ภายหลัง Off สาย TK 3 วัน มีแผนการรักษาให้ Hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันอังคาร และศุกร์ ก่อนฟอกไต 1 วัน ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจากการเยี่ยมผู้ป่วย มีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการใส่สายหลอดเลือดที่คอ อธิบายให้ผู้ป่วยถึงเหตุผลความจำเป็น และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการฟอกไต จนผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบมีภาวะโพแทสเซียมต่ำ ($K = 2.9 \text{ mEq/L}$) ได้รับการแก้ไขจนปกติ ($K = 3.7 \text{ mEq/L}$) ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด Off TK ซึมเล็กน้อย ไม่บวมแดง ทำแผลให้วันละ 1 ครั้ง

วันฟอกไตวันแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผล Off TK ซึมเล็กน้อย บวมที่ขา 2 ข้าง 1 + ตรวจวัดวัดสัญญาณชีพปกติ ชั่งน้ำหนัก 53.8 กิโลกรัม ฟังเสียงปอดไม่มีเสียง Creptitation และ Wheezing sound เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์แทงสาย Double lumen ที่คอ เริ่มการทำ Hemodialysis สังเกตอาการผู้ป่วยและสัญญาณชีพปกติ ไม่พบภาวะน้ำเกิน DTX 98 mg/dl หลัง Hemodialysis 4 ชั่วโมง ESA = hypercrit 4000 units SC, Net UF = 2.0 Lit ชั่งน้ำหนัก 50 กิโลกรัม ความดันโลหิต 110/58 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที นัดส่งมาล้างไตครั้งที่ 2 วันที่ 18 มิถุนายน 2562 การล้างไตครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน และเสี่ยงต่อภาวะออกซิเจนในขณะล้างไต ระหว่างล้างไตให้ออกซิเจน Canular 4 LPM Hemodialysis ผ่านไป 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ หายใจเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ หลัง Hemodialysis 4 ชั่วโมง ESA = hypercrit 4000 units SC, Net UF = 2.8 Lit ชั่งน้ำหนัก 53.8 กิโลกรัม ความดันโลหิต 125/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ต่อมาอาการดีขึ้นตามลำดับ แผลผ่าตัดหลัง Off TK ไม่ติดเชื้อ แผล Double lumen แห้งดี ตำแหน่งสายปกติ Intake Output สมดุลดี แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 19 มิถุนายน 2562 ตรวจเยี่ยมก่อนจำหน่าย อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง การปฏิบัติตัวในการดูแลสายที่คอ อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ ผู้ป่วยรับฟัง เข้าใจ นัดมาล้างไต วันที่ 21 มิถุนายน 2562 และทุกวันอังคาร และวันศุกร์ จากการติดตามผลผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่พบการติดเชื้อ แผลตัดใหม่แห้งดี หากไม่พบภาวะแทรกซ้อนแล้ว แพทย์วางแผนล้างไตแบบ CAPD อีกครั้ง

การวางแผนการพยาบาล

การพยาบาลก่อนฟอกไต

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากเยื่อช่องท้องอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. บริเวณแผลหน้าท้องรอบสายล้างไต ปวด บวมแดง
2. ผู้ป่วยปวดท้อง มีถ่ายเหลวประมาณ 4-5 ครั้ง
3. น้ำยาล้างไตขุ่น

4. White blood count 5,350 cells/cu.mm., Neutrophil 76%

5. อุณหภูมิร่างกาย 37.6-37.8 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว
2. แผลหน้าท้องรอบสายล้างไต ไม่ปวด บวมแดง
3. น้ำยาล้างไตใส ไม่ขุ่น
4. อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส
5. White blood count 4,000-10,000 cells/ cell/mm³, Neutrophil 34-75%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อบริเวณที่แทงสาย TK ได้แก่ อาการบวมแดง ปวดท้อง มีถ่ายผิดปกติท้องเสีย
2. อธิบายให้ผู้ดูแลคนไข้สังเกตน้ำยาล้างช่องท้องทุกครั้งที่ทำกรล้างไต
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินไข้หากมีไข้สูงรายงานแพทย์ทันที
4. เก็บน้ำยาล้างช่องท้องส่งตรวจ Cell count and differential, C/S, Gram stain พร้อมทั้ง

ติดตามผลเพื่อรายงานแพทย์

5. ให้อาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ คือ Fortum 1 gm iv OD สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ มีผื่น

แดง ลมพิษ

6. ทำแผลบริเวณสาย TK วันละ 1 ครั้ง ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ

การประเมินผล

อุณหภูมิร่างกาย 36.7-36.9 องศาเซลเซียส ผลการตรวจน้ำยาล้างไตช่องท้อง WBC 1,992 cells/ml, Neutrophil 83%, PDF C/S gramstain -ve bacilli แพทย์จึงหยุดล้างไตทาง CAPD Off สาย TK และให้อาปฏิชีวนะต่ออีก 14 วัน

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเคยล้างไตทางหน้าท้อง ไม่เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาก่อน
2. ผู้ป่วยและญาติมีสื่อน้ำวิตกกังวล และสอบถามแนวทางการรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และมีความรู้ ความเข้าใจในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสื่อน้ำคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องทุกระยะของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กิจกรรมการพยาบาล

การเตรียมด้านจิตใจ

1. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสอบถามประวัติโรคประจำตัว การได้ยาละลายลิ่มเลือด ประวัติการใส่สายที่หลอดเลือดมาก่อน
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางการรักษา ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมวางแผนการรักษาและเลือกวิธีการรักษาตามความเหมาะสม
3. ให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติสายตรงในครอบครัวที่เป็นผู้ร่วมตัดสินใจวางแผนการรักษาและรับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จากการล้างไตทางหน้าท้องเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. อธิบายขั้นตอน การเตรียมตัวเพื่อการฟอกเลือด ตั้งแต่การเตรียมเส้นเลือด สถานที่ฟอกเลือด ค่าใช้จ่าย และสิทธิในการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยทุกวิธี เพื่อให้รับทราบสิทธิการรักษาโรคไตเรื้อรัง และเพื่อพิทักษ์สิทธิการรักษาของผู้ป่วย
5. อธิบายขั้นตอนการฟอกเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นและการปฏิบัติตัวขณะฟอกเลือด ความถี่ในการฟอกเลือด ผลสำเร็จในการรักษาโดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลที่ผ่านการอบรมไตเทียม
6. สังเกตการแสดง ท่าทาง คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนอาการผิดปกติทางด้านร่างกายเพื่อประเมินความวิตกกังวล
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยและได้ระบายความรู้สึก โดยตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยท่าที นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อยู่ในขอบเขตที่สามารถตอบได้ และตั้งใจฟังการระบายความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเต็มใจและเห็นใจ

การเตรียมทางด้านร่างกาย

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามเวลาปกติ ไม่ต้องงดอาหารและน้ำ
2. ใส่เสื้อที่สามารถแกะกระดุมหรือเชือกบริเวณอกได้
3. ถอดเครื่องประดับบริเวณคอ ทุกชนิดออก
4. เซ็นยินยอมให้การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
5. แนะนำท่านอน ท่าที่สบายขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
6. การงดยาฉีดเบาหวานเช้าของวันฟอกเลือด

การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เข้าใจเรื่องโรค และให้ความร่วมมือในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องทุกระยะของการฟอกเลือด

การพยาบาลขณะฟอกไต

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อระบบไหลเวียนล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยเป็นบางครั้ง

2. บวมที่ขา 2 ข้าง 1 +
3. ช่วงรอการฟอกไตปัสสาวะออกน้อย วันละ 400-500 ซีซี
4. ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/83 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะน้ำเกิน และระบบไหลเวียนล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้
2. ไม่มีอาการบวมบริเวณเท้า หน้าแข้ง
3. น้ำหนักเพิ่มจากเกณฑ์ที่ตั้งไว้ไม่เกิน 4 กิโลกรัม (เดิม 53.8 กิโลกรัม)
4. ฟังเสียงปอดไม่มีเสียง Crepitation หรือ Wheezing sound
5. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90

มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชั่งน้ำหนักก่อนและหลังการฟอกเลือด เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวแห้ง
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพก่อนทำการฟอกเลือด
3. ตรวจสอบอาการบวมบริเวณเท้า หน้าแข้ง
4. ฟังเสียงปอดทั้งสองข้าง สังเกตเสียงผิดปกติ อาการหายใจลำบาก หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง

ก่อนได้รับการฟอกเลือด

5. ตรวจสอบบันทึกปริมาณน้ำดื่ม และปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

การประเมินผล

ก่อนฟอกเลือดครั้งแรกสัญญาณชีพ ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/83 มิลลิเมตรปรอท ชั่งน้ำหนัก 53.8 กิโลกรัม ฟังเสียงปอดไม่มีเสียง Crepitation และ Wheezing sound ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ หลังฟอกเลือดสัญญาณชีพปกติ ไม่พบภาวะน้ำเกิน น้ำหนักหลังฟอกเลือด 50 กิโลกรัม

ก่อนฟอกเลือดครั้งที่ 2 ชีพจร 58 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/90 มิลลิเมตรปรอท ชั่งน้ำหนัก 54.7 กิโลกรัม บวมที่ขา 2 ข้าง 2+ ฟังเสียงปอดมี Crepitation ข้างขวา ระหว่างฟอกเลือดให้ออกซิเจน หลังฟอกเลือดชั่งน้ำหนัก 53.8 กิโลกรัม ความดันโลหิต 125/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อาการเหนื่อยหอบลดลง

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการเสียน้ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

ขณะฟอกเลือดมีการดึงน้ำออกจากร่างกาย 700-1000 ซีซี/ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนขาดน้ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ ได้แก่ เสียงแหบแห้ง ความดันโลหิตต่ำ หน้ามืด ใจสั่น

2. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ตรวจนับอัตราการหายใจ สังเกตจังหวะ ลักษณะการหายใจ ความลึกการขยายของทรวงอก และอาการแสดงต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุก 30 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและสามารถช่วยเหลือได้ทัน
2. อธิบายและแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของตนเองขณะฟอกเลือด ที่จะต้องรีบแจ้งพยาบาลทันที ได้แก่ อาการหน้ามืด ใจสั่น เป็นตะคริว
3. ปรับอุณหภูมิของน้ำยาฟอกเลือดให้อยู่ที่ 36 องศาเซลเซียส
4. ประเมินปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและที่ออกจากร่างกายในแต่ละวัน และประเมินปริมาณการดื่มน้ำออกจากร่างกายให้เหมาะสม ไม่มากกว่าปริมาณน้ำที่ได้รับ
5. บันทึกปริมาณน้ำที่ดื่มออกทุก 30 นาที และเฝ้าระวังอาการผิดปกติของการสูญเสียปริมาณมากระหว่างการฟอกเลือด ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ ตะคริว
6. ปิด/ปรับลดอัตราการดื่มน้ำ (Ultrafiltration rate) ในขณะฟอกเลือด
7. พิจารณาปรับเพิ่มน้ำหนักแห้ง 0.5-1 กิโลกรัม

การประเมินผล

ฟอกเลือดครั้งแรกขณะฟอกเลือดชั่วโมงที่ 2 เริ่มมีความดันโลหิตลดลง 90/56 มิลลิเมตรปรอท ปิดและปรับลดอัตราการดื่มน้ำ ความดันโลหิตดีขึ้นอยู่ในระดับปกติ 110/82 – 127/83 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 64-68 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ ไม่มีเสียงแหบแห้ง

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสดีกภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน 8 ปี รักษาด้วยยา Mixtard 4 units (sc) เข้า
2. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะรักษา 112-128 mg/dl

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น
2. ระดับน้ำตาลในเลือด 80-120 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบการงดฉีดยาเบาหวาน Mixtrad วันที่ฟอกเลือด
2. อธิบายและแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของตนเองขณะฟอกเลือด ที่จะต้องรีบแจ้งพยาบาลทันที ได้แก่ เหงื่อออก ใจสั่น
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพระหว่างการฟอกเลือด ทุก 30 นาที เพื่อให้ทราบอาการเปลี่ยนแปลง
4. เจาะตรวจค่า DTX ขณะฟอกเลือดชั่วโมงที่ 1 และ 4

5. เตรียม 50% glucose 50 ml ให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะ Hypoglycemia

6. ฝ้าระวัง สังเกตอาการ Hypoglycemia ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น ใจคอไม่ดีตลอด

ระยะเวลาการฟอกเลือด

การประเมินผล

ขณะฟอกเลือดไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น เจาะ DTX 98-124 mg/dl

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. กระบวนการฟอกเลือดมีรอยต่อหลายจุด เลือดของผู้ป่วยต้องสัมผัสกับน้ำยาฟอกเลือด
2. ผู้ป่วยได้รับการใส่ Double lumen catheter ที่คอ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขณะฟอกเลือดไม่มีอาการไข้ หนาวสั่น
2. แผล Exit site ของ Double lumen catheter แห้งดี
3. อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุณหภูมิร่างกายก่อนการฟอกเลือด
2. ประเมินและดูแลแผล Exit site ของ Double lumen catheter ว่าแห้ง ไม่มีแดง ร้อน ไม่มี

หนอง ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

3. ปฏิบัติการเตรียมอุปกรณ์ฟอกเลือดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และดูแลให้วงจรฟอกเลือดให้เป็น

ระบบปิดตลอดเวลา

4. ดูแลแผล Exit site ของ Double lumen catheter ให้ปิดมิดชิดตลอดเวลาขณะฟอกเลือด
5. สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการไข้ หนาวสั่น ขณะฟอกเลือด
6. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลสาย Double lumen catheter ให้แห้ง ปิดแผลมิดชิดหลังฟอกเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

ไม่มีอาการไข้ หนาวสั่นขณะฟอกเลือด อุณหภูมิร่างกาย 36.5-36.9 องศาเซลเซียส แผล Exit site ของ Double lumen catheter แห้งดี ไม่แดง

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายในทุกระบบของร่างกาย เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดระหว่างการฟอกเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

ในระหว่างการฟอกเลือดใช้เฮพารินครั้งละ 4000 ยูนิต เพื่อป้องกันเลือดแข็งตัวในระบบของตัวกรองไตเทียม

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในทุกระบบของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย
2. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90

มิลลิเมตรปรอท

3. การตรวจค่าเกล็ดเลือด 140,000-450,000 cell/min³

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการมีเลือดออกผิดปกติของผู้ป่วยและบันทึกอาการสำคัญ ได้แก่ การอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สังเกตรอยช้ำจ้ำเลือดต่างๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยรับบริการฟอกเลือด เพื่อพิจารณาปรับขนาดการใช้เฮพารินก่อนการฟอกเลือด
2. หยุดการให้เฮพาริน ก่อนหยุดการฟอกเลือด 1 ชั่วโมง
3. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือผิวหนังโดยไม่จำเป็น
4. สังเกตลักษณะของตัวกรองไตเทียมหลังใช้งาน เพื่อพิจารณาการปรับลดขนาดเฮพารินลง ตามลักษณะของตัวกรองไตเทียมหลังใช้งาน
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct ค่าเกล็ดเลือด
6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ การอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สังเกตรอยช้ำจ้ำเลือดต่างๆ เมื่อกลับไปที่บ้าน

การประเมินผล

ไม่มีเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย ผลการตรวจค่าเกล็ดเลือด 307,000 cell/min³

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยวิตกกังวลและท้อแท้เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยบ่นนอนไม่หลับ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถวางแผนปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตได้ เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ มารับการฟอกไตทุกวันอังคาร และวันศุกร์ ไม่ขาดนัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมา
2. ประเมินระดับความกลัวและวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต กิจกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยน การรับรู้ของผู้ป่วย และครอบครัวในเรื่องการเปลี่ยนแปลง และความต้องการการช่วยเหลือ

3. พุดให้กำลังใจ รับฟังและดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยที่รักษามาก่อนและยังมีสุขภาพแข็งแรง
4. สร้างความสัมพันธ์ ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ให้เบอร์ โทรศัพท์ติดต่อพยาบาลเมื่อมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ
5. วางแผนการพยาบาล เพื่อประคับประคองผู้ป่วย อธิบาย และตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล
6. ตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัวต่อสิ่งต่างๆ และความกลัวต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีเหตุผล
7. อธิบายถึงความก้าวหน้าในการตรวจสัญญาณชีพ จำนวนปัสสาวะที่ออกมาให้ผู้ป่วยทราบทุกระยะ
8. ให้ผู้ป่วยได้กำหนดควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล วางแผนปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตได้ เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ มารับการฟอกไตทุกวันอังคาร และวันศุกร์ ไม่ขาดนัด

บทสรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ซึ่งการติดเชื้อมีผลกระทบต่อปริมาณน้ำออกจากช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน และติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีโดยการประเมินภาวะการติดเชื้อ การช่วยในการทำงานของไต ซึ่งในกรณีศึกษานี้ต้องยุติการล้างไตทางหน้าท้อง เปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้น เป็นการบำบัดทดแทนไตที่มีความเสี่ยงสูงต่อทุกระบบของร่างกาย มีผลต่อแบบแผนชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในฐานะบทบาทของพยาบาลไตเทียมต้องใช้ทักษะความรู้ ความชำนาญอย่างสูงในการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินสภาพความพร้อมก่อนการรักษา การเตรียมอุปกรณ์ของใช้ การดูแลคุณภาพของน้ำบริสุทธิ์ การพยาบาลก่อน ขณะ และหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว ยังต้องให้การดูแลด้านจิตวิทยาการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ปัญหาของกรณีศึกษา พบว่าผู้ป่วยดูแลตนเองและยังปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องไม่ถูกต้อง ขาดผู้ดูแลและให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง ญาติหรือผู้ดูแลควรได้เข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลเยี่ยมบ้านในการวางแผนจำหน่าย เพื่อจะได้สามารถประเมินและจัดการปัญหาได้ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ ควรมีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน นอกจากนี้

พยาบาลไตเทียมต้องสามารถให้ความรู้ แนะนำ และโน้มน้าว ให้ผู้ป่วยเล็งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัว เมื่อต้องเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสามารถให้คำแนะนำและ ปลอบโยนให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้ และสิ่งสำคัญผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแล ตนเอง และเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และควบคุมการดื่มน้ำให้เหมาะสมเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ธีรพรเลิศจิตต์. ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: เฮลท์เวิร์ค จำกัด, 2556.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด, 2558.
3. ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. Chronic Kidney disease. ใน บัญชา สติระพจน์, อำนวยการประเสริฐ, เภวณิตย์ นาทา, ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, อุปลัมภ์ ศุภสินธ์, พรรณนบุปผา ชูวิเชียร. Essential Nephrology. (2nd). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์, 2557.
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. Dialysis Review for Nurse 2017. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร, 2560.
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลปากช่องนานา หน่วยงานไตเทียม. รายงานประจำปี 2562. นครราชสีมา :โรงพยาบาลปากช่องนานา, 2562.
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลปากช่องนานา หน่วยงานไตเทียม. รายงานประจำปี 2561. นครราชสีมา :โรงพยาบาลปากช่องนานา, 2561.
7. อรวรรณ ศรียุคตศุทธ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน ปราณี ทัพไพเราะและคณะ บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ: อันพีเพรส, 2554.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เฉียบพลัน : กรณีศึกษา

ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน หากมีความล่าช้าอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมีผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ตั้งแต่ ปี 2560 – 2562 จำนวน 66, 70 และ 68 ราย ตามลำดับ ปี 2562 พบว่า ร้อยละ 1.47 (1ราย) ที่หลังผ่าตัดเกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันที่ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะที่ป้องกันได้

ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 62 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2562 โดยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลบ้านหมี่ ด้วยคลำพบก้อนที่คอ มา 2 ปี ไม่มีอาการเจ็บปวด ได้รับยาฮอร์โมนไทรอยด์ ก้อนไม่ยุบ 2 เดือนก่อน ก้อนที่คอโตขึ้น มีเสียงแหบ เวลานอนหายใจมีอาการหายใจไม่สะดวก เหนื่อย ทำ Fine Needle Aspiration (FNA) ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา ผลชิ้นเนื้อพบว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ ส่งกล้องตรวจระบบกล้องเสียงพบมีอัมพาตของสายเสียงด้านซ้าย แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ผู้ป่วยมีปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแผลเย็บในเลือดต่ำ ภาวะช็อคที่เกิดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1500 มิลลิลิตรได้วางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และวันที่ 2 หลังผ่าตัดมีภาวะวิกฤติหลังจากเอาท่อหลอดลมคอออก เกิดหลอดลมยุบตัวทำให้เกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันต้องใส่ท่อหลอดลมคออีกครั้งและใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ เมื่อพ้นระยะวิกฤติของชีวิตผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ แต่ยังไม่สามารถนำท่อเจาะคอออกได้เนื่องจากผลการส่งกล้องตรวจระบบกล้องเสียงและหลอดลม พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด Follicular พยาบาลได้มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ โดยแพทย์ให้ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษาที่จะส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อโดยการกลืนแร่ที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีพยาบาลสอนการจัดการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ดูแลโดยเน้นการดูแลท่อเจาะคอเพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ได้แก่ ภาวะแผลเย็บในเลือดต่ำ ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 16 วัน

รายงานการศึกษากรณีศึกษานี้ สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ต่อไป

คำสำคัญ : มะเร็งต่อมไทรอยด์ ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract : Nursing Care of Thyroid Carcinoma with Acute Respiratory Failure : Case Study TharnkamolAnusitsupagarn

Nursing division of King Narai Hospital, Lopburi Province.

Acute respiratory failure is a life threatening condition that is required immediate life saving management. At King Narai Hospital, the number of thyroid carcinoma patients who had total thyroidectomy was 66,70,and68 from 2017 to 2019 respectively.

In 2019, even though it could be preventable, 1 patient (1.47 percent of those patients) was unexpectedly diagnosed with upper airway obstruction and acute respiratory failure during hospitalization.

A 62 years old female with painless palpable neck mass for 2 years was referred from BanmiHospital to King Narai Hospital on January 8th, 2019. 2 months prior, she experienced enlargement of neck mass, hoarseness and difficulty in breathing when in supine position.

The biopsy from Fine Needle Aspiration (FNA) was shown that she had thyroid carcinoma. Fiber Optic Laryngoscope (FOL) was also done and paralysis of left true vocal cord was found. Total thyroidectomy was scheduled and the patient was hospitalized.

During hospitalization prior to the procedure, she suffered from anxiety disorder due to lack of medical knowledge about the operation and disease. After successful total thyroidectomy procedure, she was diagnosed with hypokalemia and anemia from massive blood loss intra-operation (approximate blood loss was 1500 ml.). Close monitoring for any complication was done.

2 day after the patient was extubated, she was unexpectedly diagnosed with upper airway obstruction and acute respiratory failure. She was re-intubated and put on ventilator and then, subsequently, tracheostomy was done on day 7th after re-intubation.

Weaning protocol was successfully done but tracheostomy tube was still needed due to true vocal cord paralysis. The tissue pathology showed she had follicular carcinoma.

Discharge planning was performed during rehabilitation and care giver Empowerment was also done under multidisciplinary care teams. The patient was then planned to refer to Lopburi Cancer Hospital with planned radio-iodine treatment. Length of stay was 16 days. This case study can be used as a guide line for future care of thyroid carcinoma patients with unexpected acute respiratory failure.

Key words :Thyroid Carcinoma, Total Thyroidectomy, Acute Respiratory Failure

บทนำ

ต่อมไทรอยด์เป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนเพื่อควบคุมการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย อุณหภูมิของร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระดับไขมันในเลือดรวมทั้งอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ด้วย ดังนั้นถ้าเกิดความผิดปกติกับต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะมะเร็งของต่อมไทรอยด์ย่อมส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติได้¹ มะเร็งต่อมไทรอยด์จัดเป็นโรคมะเร็งที่มีอันตรายค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น อย่างไรก็ตามมะเร็งต่อมไทรอยด์มีผลถึงชีวิตได้เช่นกัน ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 พบว่า ประมาณร้อยละ 6 ของประชากรโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์และพบประมาณร้อยละ 1-2 ของมะเร็งทั้งหมด แต่เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดของต่อมไทรอยด์และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์จะมีความชุกของมะเร็งต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 4-4.6² พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า หากพบเร็ว รักษาเร็ว มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดได้³ การรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ต้องทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ และถ้าผู้ป่วยเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดPapillary และ Follicular จะสามารถจับกับไอโอดีน 131 ได้ดี ก็มักใช้ไอโอดีน 131 ในการรักษาร่วมด้วย เพื่อให้เนื้อร้ายที่อาจหลงเหลืออยู่ถูกทำลายจนหมด² ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีขนาดก้อนของเนื้องอกใหญ่มากร่วมกับมีภาวะอัมพาตของสายเสียงตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดมักต้องใส่ท่อหลอดลมคอไว้ก่อนระยะหนึ่ง หรืออาจเจาะคอพร้อมกับการผ่าตัดไปเลย^{4,5} เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนได้มากและถ้าเกิดรุนแรงมากจะนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้⁶

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62ปี อาชีพรับจ้างสถานภาพสมรส หม้าย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ ก้อนที่คอโตขึ้น เสียงแหบ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ปีก่อนคลำพบก้อนที่คอด้านหน้า ก้อนขยายได้เวลากินน้ำลาย ไม่เจ็บปวด ไม่มีเหนื่อยง่ายใจสั่นไปรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ แพทย์บอกเป็นต่อมไทรอยด์โตให้ยามาทานวันละ1เม็ด ก้อนไม่ยุบ

1 เดือนก่อนก้อนโตขึ้น มีเสียงแหบ เวลานอนหงายมีอาการหายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย ผู้ป่วยกังวลใจว่าจะเป็นมะเร็งจึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลท่าหลวงเพื่อขอให้ส่งตัวมาพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แพทย์ตรวจพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านซ้าย ขนาด 8 ซม. และก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้านขวา ขนาด 7 ซม. ได้เจาะก้อนไปตรวจ และส่องกล้องดูระบบกล่องเสียง (Indirect Laryngoscope : IDL) พบ Lt. True Vocal Cord Paralysis

2 สัปดาห์ก่อนมาตรวจตามนัด แพทย์แจ้งผลตรวจก้อนว่าเป็นเนื้อร้ายแนะนำให้ผ่าตัด

วันนี้แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด ก้อนที่คอโตขึ้น เสียงแหบ ไม่หอบเหนื่อย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลท่าหลวง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 8 มกราคม 2562

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Thyroid Carcinoma

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Thyroid Carcinoma (Follicular Carcinoma) with Upper Airway Obstruction and Acute Respiratory Failure Post Total Thyroidectomy

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

รับใหม่ผู้ป่วยจากห้องตรวจหูด คอ จมูก รับไว้ที่หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2562 ด้วยอาการ คลำได้ก้อนที่คอ มา 2 ปี ไม่มีอาการเจ็บปวด ไปรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ได้รับยาฮอร์โมนไทรอยด์ก่อนไม่ยุบ 2 เดือนก่อน ก้อนที่คอโตขึ้น เสียงแหบ เวลานอนหายใจไม่สะดวก เหนื่อย จึงส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทำ Fine Needle Aspiration (FNA) ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา ผลชิ้นเนื้อพบว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ ส่งกล้องตรวจระบบกล้องเสียงพบมีอัมพาตของสายเสียงด้านซ้ายจึงนัดมาทำผ่าตัด วันที่ 9 มกราคม 2562 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (Total Thyroidectomy) และส่งชิ้นเนื้อต่อมไทรอยด์ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลชิ้นเนื้อยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด Follicular ผู้ป่วยมีปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการรักษาด้วย Calcium Gluconate 50 c.c.+ 0.9% NSS 1000 c.c. v drip 60 c.c./hr. และ CaCO_3 (600mg) 3 tab tid pc&hs มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ได้ PRC 2 u หลังผ่าตัดผู้ป่วย on Endotracheal tube ต่อกับ O_2 T-piece 10 lit/min อยู่ 2 วัน หลังจากนั้นแพทย์นำท่อหลอดลมคอออกผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติหลังจากเอาท่อหลอดลมคอออกเกิดหลอดลมยุบตัวทำให้เกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันและภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันต้องใส่ท่อหลอดลมคออีกครั้งและใช้เครื่องช่วยหายใจ วันที่ 20 มกราคม 2562 ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ เมื่อพ้นระยะวิกฤติของชีวิตผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ในวันที่ 21 มกราคม 2562 แต่ไม่สามารถนำท่อเจาะคอออกได้เนื่องจากผลการส่งกล้องตรวจระบบกล้องเสียงและหลอดลม พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสายเสียงเป็นอัมพาต พยาบาลได้มีการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลท่อเจาะคอที่บ้าน มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 24 มกราคม 2562 รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 16 วัน

ปัญหาที่ 1 วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคการรักษาและวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลบอกว่า “ป่าไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ต้องทำอะไรบ้าง ผ่าตัดแล้วจะหายมั้ย”

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามย้อนกลับเรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้ ร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามถึงความกังวลใจของผู้ป่วย
2. ให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยว่าทีมรักษาพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย
3. อธิบายเกี่ยวกับโรคและขั้นตอนการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่ผู้ป่วยเป็น การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด
4. อธิบายวิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดว่าผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมด้านร่างกาย ดังนี้
 - 4.1 การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
 - 4.2 อธิบายเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งร่างกายโดยการดมยาสลบซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตัวไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
 - 4.3 การพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดการคั่งค้างของเสมหะ ช่วยให้การระบายของสิ่งคัดหลั่งหลังจากท่อระบายเป็นไปโดยสะดวก
 - 4.4 การควบคุมและลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความเจ็บปวดเช่น การได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ
 - 4.5 การปฏิบัติตนอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และการล้างมือให้สะอาดลดความวิตกกังวลก่อนนอน ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำคื่นก่อนผ่าตัดเช้าของวันผ่าตัดผู้ป่วยต้องอาบน้ำ แปรงฟันบ้วนปากเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ให้เรียบร้อยถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม เป็นต้น
5. ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงสิ่งที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นบอกว่าสบายใจขึ้นที่ได้รับรู้แนวทางการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ตอบคำถามย้อนกลับได้ถูกต้อง ร้อยละ 90

ปัญหาที่ 2 มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดมีอาการชาที่มือ
2. ผล Ca หลังผ่าตัด วันที่ 1 = 7.5 mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 2 = 6.9mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 3 = 7.6 mEq/L

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของแคลเซียมในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ โดย อุณหภูมิกาย 36.5-37.4 °C ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. Electrolyte ปกติ Na= 135-145 mEq/L, K= 3.5-6.0 mEq/L, Cl=98-106 mEq/L, CO₂ = 22-29 mEq/L, Ca= 8.6-10.0

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเช่น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง มือชากล้ามเนื้อกระตุก หรืออาการชัก
2. ดูแลเรื่องความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุจากอาการชักเกร็ง
3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง
4. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Calcium Gluconate 50 c.c.+ 0.9% NSS 1000 c.c. v drip 60 c.c./hr. และ CaCO_3 (600mg) 3 tab $\text{otidpc\&hs}$
5. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันและเฝ้าระวังอาการสมองบวมเพื่อประเมินอาการคั่งของน้ำในร่างกาย
6. ติดตามผล Ca รายงานแพทย์ทราบกรณีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ

ประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ โดยอัตราชีพจร 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-140/90 มิลลิเมตรปรอทอุณหภูมิร่างกาย 36-37.3 องศาเซลเซียส
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Ca หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง = 9.7 mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 1 = 7.5 mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 2 = 6.9mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 3 = 7.6 mEq/L หลังผ่าตัด วันที่ 4-7 อยู่ในเกณฑ์ปกติ =8.7-9.0 mEq/L
3. มีอาการชาที่มือหลังผ่าตัดวันที่ 2 และไม่มีอาการชักเกร็ง

ปัญหาที่3เสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากมีภาวะชืดเนื่องจากสูญเสียโลหิตระหว่างผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดมีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด จำนวน 1500 c.c.
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC หลังผ่าตัด วันที่ 11 ก.ค.59 Hb. 7.8 gm%, Hct. 23.2 %

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. มีการแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอ
2. ระดับฮีโมโกลบินในเลือดเพิ่มขึ้นจนเข้าสู่ระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. Hb.อยู่ในระดับปกติ คือ 12-18 gm%
2. สัญญาณชีพปกติ โดยอัตราชีพจร 60-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียงเพื่อลดการทำงานของหัวใจ
2. บันทึกชีพจร ความดันโลหิตและการหายใจเพื่อประเมินหน้าที่ของหัวใจและการหายใจ
3. ช่วยเหลือกิจกรรมและให้ออกกำลังกายที่จะทำได้เพื่อให้หัวใจและปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ให้ความใส่ใจเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหายใจลำบากและใจสั่นเพื่อพิจารณาการบันทึกสัญญาณชีพ
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาผลการรักษา

6. ให้ PRC 2 u v drip ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด เช่น หนาวสั่น หายใจลำบาก ผื่นคัน เจ็บหน้าอกถ้าพบหยุดให้เลือดทันที บันทึกสัญญาณชีพ และรายงานแพทย์เพื่อการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

หลังให้ PRC 2 u Hbอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ คือ 11 gm%สัญญาณชีพปกติ โดยความดันโลหิต 110/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการเหนื่อย

ปัญหาที่ 4ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนหลังนำท่อหลอดลมคอออก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ ทำ FOL ผล มี Rt.TVC Atrophy, Lt. TVC no move แพทย์วินิจฉัย Lt. TVC Paralysis
2. หลังผ่าตัด Total Thyroidectomy วันที่ 2 แพทย์ off Endotracheal Tube หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หายใจลำบาก หายใจมีเสียง Stridor หน้าเขียว ชีพจร 120 ครั้ง/นาที เบาเร็ว ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 80 %

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ได้รับการแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการริมฝีปากเขียว หรือปลายมือปลายเท้าเขียว
2. ไม่มีลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ
3. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต >90/60 มิลลิเมตรปรอท และ < 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรมีจังหวะการเต้นปกติ ประมาณ 60-100 ครั้ง/นาที
4. O₂saturation > 94 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย หายใจเร็ว ตื้น มากกว่า 35 ครั้งต่อนาที ชีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำลง < 90/60 มิลลิเมตรปรอท มี cyanosis, O₂ saturation < 90 %
2. ช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใส่ Endotracheal tube เบอร์ 8 ความลึกมุมปาก 23 เซนติเมตร
3. ดูแลให้ผู้ป่วย On Bird's Ventilator TV. 550 ml.FiO₂ 40% การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจจากเสียงที่ผิดปกติ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ O₂ Saturation ตลอดเวลา
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพและติดตามอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

6. ดูดเสมหะเมื่อได้ยินเสียงเสมหะโดยประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการดูดเสมหะทุกครั้ง และสังเกตอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบท่อหลอดลมคอและสายยางต่าง ๆ ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมไม่หัก พับ งอ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วย On Bird's Ventilator อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-110 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเขียวบริเวณมือ เท้า ริมฝีปาก O₂ Saturation 100 %

ปัญหาที่ 5 เสียงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากกล้ามเนื้อในการหายใจอ่อนแรงและมีภาวะฟุ้งทางด้านจิตใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย Wean Bird's Ventilator
2. Tidal volume ผู้ป่วย 350-400 ml. หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70

มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 100 %

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจ
2. Tidal volume ไม่น้อยกว่า 5 มิลลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต >90/60 มม.ปรอท และ < 140/90 มม.ปรอทชีพจรเต้นปกติ ประมาณ 60-100 ครั้งต่อนาที O₂ saturation > 94 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและค้นหาอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ เช่น เคลื่อนไหวไม่สัมพันธ์กัน ชีพจรเต้นเร็ว อ่อนเพลียหายใจเองไม่ได้
2. ดูแลให้ได้รับสารอาหารและแคลอรีอย่างเพียงพอ โดยผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง 200 ม.ล. จำนวน 6 มื้อ
3. ร่วมมือกับแพทย์ในการใช้ weaning protocol โดยประเมินความพร้อมที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้คือ สาเหตุของการใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการแก้ไขแล้ว ความรู้สึกดีไม่มีภาวะทุโภชนาการ มีสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ท้องไม่อืด ไม่มีภาวะช็อคอัตราการเต้นของหัวใจปกติ เสมหะไม่มาก หายใจได้เองหรือกระตุ้นเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานตามการหายใจได้ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพปกติ ให้ FiO₂ น้อยกว่า 0.5 และ tidal Volume มากกว่า 5 มิลลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จึงเตรียมการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ
4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องเอาเครื่องช่วยหายใจออก
5. จัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอในช่วงเวลากลางคืนโดยจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบหลีกเลี่ยงการให้ยานอนหลับ
6. เตรียมอุปกรณ์เพื่อให้ O₂ T-piece ให้พร้อม
7. เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยปฏิบัติดังนี้

- 7.1 วัดสัญญาณชีพ วัด Tidal volume ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน
- 7.2 ดูดมะในปาก ลำคอ และในหลอดลมให้โล่ง
- 7.3 จัดท่าในท่านั่งหรือกึ่งนั่ง แล้วให้ On O₂ T-piece 10 lit/min
- 7.4 แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกช้า ๆ
8. ขณะทำการฝึกหัดหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจและขณะที่ผู้ป่วยหายใจเอง พยาบาลเฝ้าผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
9. ประเมินระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต ทุก 5 นาทีแรก และต่อไปทุก 15 นาที เมื่อชีพจรเร็วขึ้นกว่าเดิม 20 ครั้ง/นาทีหรือเกิน 120 ครั้ง/นาที จึงต่อเครื่องช่วยหายใจใหม่ และหาสาเหตุของการเลิกใช้เครื่องไม่ได้
10. วัด Tidal volume หลังเอาเครื่องช่วยหายใจออกทุก 15 นาที จนคงที่
11. วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการขาดออกซิเจนทุก 15 นาทีจนคงที่ และต่อไปทุก 1 ชั่วโมง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถหัดหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ
2. สัญญาณชีพ หลังจากเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที O₂ saturation 97 % Tidal volume ผู้ป่วย 400 มิลลิลิตร

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อความไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการโรคตามแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถตอบคำถามได้เกี่ยวกับการบริหารจัดการโรคตามแผนการรักษา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในประเด็นสำคัญ ได้แก่ โรคที่เป็นการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยและข้อกำหนดในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
2. สอนให้ประเมินตนเอง เพื่อที่จะจัดการกับโรคประจำตัวได้แก่ การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การพักผ่อนควรนอนหลับให้เพียงพอในเวลากลางคืน 6-8 ชั่วโมง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. สอนให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะของเสมหะที่ผิดปกติ อาการมีไข้ อาการไอมากขึ้น เหนื่อยหอบ อาการมือเท้าชา ชักเกร็ง เป็นต้น
4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดผู้ป่วยจะมีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่ในระยะนี้แพทย์จะยังไม่ได้สั่งยาให้ผู้ป่วยรับประทานเนื่องจากผู้ป่วย

จะต้องถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมะเร็งเพื่อกลืนน้ำแร่รังสีไอโอดีนเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะนัดมาตรวจติดตามอาการแล้วจึงจะสั่งยาไทรอยด์ฮอร์โมนเพื่อให้รับประทานทดแทนตลอดชีวิต

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถาม การปฏิบัติตนในประเด็นสำคัญได้ร้อยละ 90 ได้แก่โรคและการจัดการกับโรคที่เป็น สามารถบอกได้ว่าเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มือเท้าชา ชักเกร็ง ต้องรีบมาโรงพยาบาลรวมทั้งการจัดการดูแลท่อเจาะคอ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 62 ปี รับใหม่จากห้องตรวจหูก คอ จมูก ด้วยอาการ คล้ำได้ก้อนที่คอ มา 2 ปี ไม่มีอาการเจ็บปวด ไปรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ได้รับยาฮอร์โมนไทรอยด์ก้อนไม่ยุบ 2 เดือนก่อน ก้อนที่คอโตขึ้น เสียงแหบ เวลานอนหายใจไม่สะดวก เหนื่อย จึงส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทำ Fine Needle Aspiration (FNA) ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา ผลชิ้นเนื้อพบว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ ส่งกล้องตรวจระบบกล้องเสียงพบมีอัมพาตของสายเสียงด้านซ้ายจึงนัดมาทำผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยตาหูกคอจมูก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (Total Thyroidectomy) มีปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการรักษาด้วย Calcium Gluconate 50 c.c.+ 0.9% NSS 1000 c.c. v drip 60 c.c./hr. และ CaCO₃ (600mg) 3 tab $\circ$ tidpc&hs มีภาวะชืดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ได้ PRC 2 u หลังผ่าตัดผู้ป่วย on Endotracheal tube ต่อกับ O₂ T-piece 10 lit/min อยู่ 2 วัน หลังจากนั้นแพทย์นำท่อหลอดลมคอออกผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติหลังจากเอาท่อหลอดลมคอออกเกิดหลอดลมยุบตัวทำให้เกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันและภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันต้องใส่ท่อหลอดลมคออีกครั้งและใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ เมื่อพ้นระยะวิกฤติของชีวิตผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ผลการส่งกล้องตรวจระบบกล้องเสียงและหลอดลม พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะสายเสียงเป็นอัมพาต พยาบาลได้มีการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลท่อเจาะคอต่อที่บ้าน มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 16 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีประเด็นสำคัญในการดูแล ดังนี้

1. การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ทีมรักษาพยาบาลต้องมีความพร้อมทั้งบุคลากรและเครื่องมือในการช่วยชีวิต ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ มีก้อนเนื้องอกทั้งสองข้างขนาดใหญ่ก้อนเบียดสายเสียงเป็นเวลานานทำให้สายเสียงเป็นอัมพาต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนร่วมกับหลังถอดท่อหลอดลมคอออกผู้ป่วยมีภาวะ Tracheal Framework Collapsed นำไปสู่ภาวะอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในที่สุด การใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำมีความยากลำบากเพราะสายเสียงจะบวม⁷ การช่วยเหลือผู้ป่วยจึงต้องอาศัยทีมช่วยชีวิตที่มีประสิทธิภาพสูงพยาบาลต้องมีทักษะการช่วยชีวิตเป็นอย่างดี

2. การประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังถอดท่อหลอดลมคอในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่นกรณีศึกษารายนี้ ควรมีการป้องกันความเสี่ยงล่วงหน้า คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มากที่สุด ดังนั้นควรพิจารณาทำในห้องผ่าตัดทุกราย

3. การดูแลต่อเนื่องหลังจากพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลว พยาบาลต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ

4. ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการเจาะคอ ได้แก่ ภาวะสายเสียงเป็นอัมพาตและผู้ป่วยมีการใส่ท่อหลอดลมคอมานานกว่า 1 สัปดาห์⁸ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะที่เหมาะสมและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล การวางแผนจำหน่ายมีความจำเป็นและเป็นขั้นตอนสำคัญที่ควรต้องจัดให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมเรื่องความรู้และทักษะของผู้ดูแลและผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย นอกจากนี้การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพโรค และแผนการรักษาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด Follicular ซึ่งตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยไอโอดีน 131 แพทย์วางแผนส่งต่อไปกลืนแร่ที่โรงพยาบาลมะเร็งร่วมกับการผ่าตัดที่ได้ทำแล้ว

5. การดูแลด้านจิตใจ การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุดเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง กังวลว่าคนเป็นภาระแก่บุตร พยาบาลควรแสดงบทบาทเป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ให้มีการพูดคุยปรึกษาแบบ Family meeting สิ่งสำคัญในบทบาทของพยาบาลคือ เป็นผู้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวโดยฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ มีการสะท้อนความรู้สึก ให้กำลังใจและชื่นชมผู้ป่วยและผู้ดูแล

บทสรุป

ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนจนนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ยุ่งยาก ซับซ้อน เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยคือ ความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยความหวังว่าจะหายจากโรค ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการวินิจฉัยเร็ว รักษาเร็ว จะมีผลการรักษาที่ดีสามารถหายจากโรคได้ ทักษะที่สำคัญของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้อย่างเหมาะสม ทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ ทั้งระยะก่อน-หลัง ผ่าตัด ระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งระยะก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. ชลศณีย์ คล้ายทอง. มะเร็งต่อมไทรอยด์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
2. สมจินต์ จินตาวิจักษณ์ และคนอื่น ๆ (บรรณาธิการ). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์. กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์; 2558.
3. Brunicaudi FC, Lal G, Clark OH, et al. Schwartz's Principles of surgery 9th ed. New York: McGraw-Hill 2010: 1345-74.
4. คณาจารย์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 1.(พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร: ไพลินบุ๊คเน็ต จำกัด(มหาชน); 2558.
5. อีรพร รัตนอเนกชัย. ตำราหู คอจมูก.(พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2554.
6. วิรัช ตั้งสุจริตวิจิตร. ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ใน วสันต์ สุเมธกุล, สมนึก สังขานภาพ และศศิโสภิณ เกียรติบุรณกุล (บรรณาธิการ). ปัญหาทางอายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทครีเอชั่น; 2553.
7. อัญชลี เตชะนิเวศน์และวรรณ สมบูรณ์วิบูลย์. หลักการบำบัดด้วยออกซิเจน ใน วิสัญญ์วิทยาขั้นต้น. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
8. ปารยะ อาศนะเสน. การเจาะคอ(Tracheostomy). วารสารคลินิก 2557; 30(6): 379-87.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย
ในการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย

กนิษฐา ปฐมอาทิตย์วงศ์

กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

การทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกสะโพก เพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพบริเวณข้อสะโพก เพื่อดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวและความมั่นคงของข้อสะโพก ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจุบันอายุเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น ทำให้พบผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความเสี่ยงตามวัยทั้งทางด้านสรีรวิทยา และด้านกายภาพ รวมถึงการมีโรคประจำตัว ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่นภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ, การฟั่นจากยาสลบช้า, ภาวะสับสน, การเสียเลือดมาก, การให้สารน้ำที่ส่งผลให้เกิดภาวะ Heart failure และ Pulmonary edema เป็นต้น ดังนั้นจึงทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดข้อสะโพกเทียมเป็นการเปรียบเทียบ 2 ราย เพื่อแสดงให้เห็นแนวทางในการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษาที่ 1 - หญิงไทยอายุ 70 ปี ให้ประวัติว่า 10 วันก่อนมาลื่นตกบันได แพทย์วินิจฉัยว่า Close fracture left neck of femur เข้ารับการรักษา วันที่ 25 มีนาคม 2562 รักษาโดยการผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty left hip วันที่ 27 มีนาคม 2562 ความเสี่ยงทางวิสัญญี ASA class 3 (Hypertension, EKG-abnormal, old age) Mallampati class 1 ได้ยา amlodipine (5) 2tab ก่อนมาห้องผ่าตัด ใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ขณะทำผ่าตัดพบภาวะความดันโลหิตต่ำ 80/60 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน และหายใจได้ไม่เพียงพอหลังผ่าตัด จากสูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูงและมี inferior wall infraction, left atrial enlargement มีอาการหนาวสั่นที่ห้องฟักฟื้น หลังจากแก้ไขปัญหาให้การพยาบาลช่วยเหลือจนปลอดภัยส่งกลับหอผู้ป่วยและได้กลับบ้าน วันที่ 29 มีนาคม 2562 รวมรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี 5 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 - ชายไทยอายุ 66 ปี ให้ประวัติ 2 สัปดาห์ก่อนล้มข้อเท้าพลิก 1 วันก่อนมาเดินลงน้ำหนักไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยว่ามี Close fracture right neck of femur เข้ารับการรักษา วันที่ 19 เมษายน 2562 รักษาโดยการผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty right hip วันที่ 25 เมษายน 2562 ความเสี่ยงทางวิสัญญี ASA class 2 (old age) Mallampati class 3 มีความเสี่ยงในเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจจากขณะนำสลบช่วยหายใจได้โดยต้องใช้อุปกรณ์ช่วย และสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้โดยใช้ video laryngoscope ขณะผ่าตัดเสียเลือดมากต้องให้ PRC 1 unit มีอาการปวดมากและง่วงว้ายที่ห้องฟักฟื้นหลังจากแก้ไขปัญหาให้การพยาบาลช่วยเหลือจนปลอดภัยจึงส่งกลับหอผู้ป่วย และได้กลับบ้าน วันที่ 30 เมษายน 2562 รวมรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี 11 วัน

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้ในการพยาบาลให้การระงับความรู้สึกตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย การวางแผน การเฝ้าระวังเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วย การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

Abstract: Nursing Care for General Anesthesia in Hip Hemiarthroplasty

Kanittha Phatomartiwong, B.N.S.

Nurse Anesthetist, Department of Anesthesiology Nurse, Nursing Organization,
Chonburi Hospital

Hemiarthroplasty is the best treatment option for patients with hip fracture. To relieve pain causes by pathological hip area. To maintain the stability and movement of the hip. Resulting in a better quality of life. Currently, the average age of the population increases. Causing more elderly patients, which have deteriorated in both physiological and psychological age, including having chronic illnesses. Making the elderly patient at risk of serious complication such as respiratory complication, delay emergence, confusion, heavy blood loss, proving fluid that results in heart failure and pulmonary edema.

Therefore, studied 2 patients who received general anesthesia in hip hemiarthroplasty

Result of study

Case study 1 – Thai female 70 years old, given that 10 days ago, came to slip off the stairs. Doctor diagnosed close fracture left neck of femur. Admitted March 25th, 2019 treatment by Bipolar hemiarthroplasty left hip March 27th, 2019. Anesthesia risk ASA class 3 (hypertension, abnormal EKG, old age). Mallampati class 1. Received amlodipine (5) 2tab before receiving the operation room. Use anesthesia methods general anesthesia, intra operation found hypotension 80/60 mmHg. Patient risk of hypoxia and insufficient breathing after surgery due to old age, hypertension, inferior wall infraction, left atrial enlargement. Shivering in recovery room. After solving the problems using nursing procedures to be safe, sent back to ward. Discharge March 30, 2019. Total 5 days in Chonburi hospital.

Case study 2 – Thai male 66 years old, given that 2 weeks ago, fell on an ankle turned over. One day before, unable to weigh down. Doctor diagnosed close fracture right neck of femur. Admit April 19th, 2019 treatment by Bipolar hemiarthroplasty right hip April 25th, 2019. Anesthesia risk ASA class 2 (ode age). Mallampati class 3 risk for difficult intubation. While induction, maintained airway by oral airway with triple maneuver open mouth, intubate success by video laryngoscope. Intraoperation heavy blood loss must give PRC 1 unit. A lot of pain and confused in recovery room. After solving the problems using nursing procedures to be safe, sent back to ward. Discharge April 30, 2019. Total 11 days in Chonburi hospital.

Both studies show that nurse anesthetists have a role in providing nursing and anesthesia by using nursing procedures. There for pre-anesthesia assessment, planning, and monitoring are very importance for the patient' safety. So, the patients are safe from the effective treatment and prevent complication from surgery and anesthesia.

Key word: Nursing care, General anesthesia, Hemiarthroplasty

บทนำ

ภาวะกระดูกสะโพกหัก หมายถึง ภาวะที่เนื้อกระดูกขาดการต่อเนื่องกัน อาจเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด โดยมีการหักบริเวณส่วนต้นของกระดูกต้นขา อันประกอบไปด้วยส่วนของหัวกระดูก และเข่าของข้อสะโพก¹ บุคคลที่มีความเสี่ยงของโรคมักเป็นผู้สูงอายุ คนอ้วน การใช้งานมาก ได้รับยา steroid การบาดเจ็บที่ส่งผลต่อผิวสะโพกหรือเกิดจากอุบัติเหตุ ในประเทศไทยมีการศึกษาในปี 2533 พบว่าอุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็น 7.45 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยพบในเพศชาย 6.68 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปีและในเพศหญิง 14.93 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี² จากข้อมูลนี้ได้มีการประมาณการเกิดกระดูกสะโพกหักทั้งประเทศ ในปี 2541 ประมาณ 10,600 คน และจะเพิ่มเป็น 14,132 คน ในปี 2563 ตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น³ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีเป้าหมายที่สำคัญ 2 ประการคือเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพ และความต้องการที่จะดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหว ความมั่นคงของข้อสะโพกนั้นๆ ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเพิ่มมากขึ้น จากสถิติการผ่าตัดในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในปี 2558 จำนวน 87 รายในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 113 รายและในปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 118 ราย และมากกว่าร้อยละ 70 เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีตามอายุเฉลี่ยประชากรที่สูงขึ้น การให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีความยุ่งยากซับซ้อนและจะเพิ่มความยุ่งยากมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นการวางแผนการให้การพยาบาลของวิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีการวางแผนให้การพยาบาลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีการเยี่ยมประเมินความพร้อมของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนให้การระงับความรู้สึก การดูแลระหว่างให้การระงับความรู้สึก การจัดทำเพื่อทำผ่าตัด การดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างและหลังการให้การระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในห้องพักฟื้นจนปลอดภัยพร้อมส่งต่อหออผู้ป่วย รวมถึงการแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้ถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

วัตถุประสงค์

- เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการทำผ่าตัด ข้อสะโพกเทียม
- เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านวิสัญญีในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยทำผ่าตัดข้อสะโพกเทียมมีความยุ่งยากซับซ้อนในเรื่องทำในการผ่าตัดรวมถึงวิธีที่ใช้ในการผ่าตัดของศัลยแพทย์ และจะมีความเสี่ยงในการให้ยาระงับความรู้สึกเพิ่มมากขึ้นเมื่อเป็นผู้ป่วยสูงอายุ เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกที่ดีนั้นต้องมีความปลอดภัยและคำนึงถึงความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยรวมถึงศัลยแพทย์ด้วย การใช้เทคนิคการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) เป็นเทคนิคที่เหมาะสมอันดับแรก ที่ได้รับการแนะนำโดย British Orthopedic Association มีข้อดีคือลดการเกิด Deep vein thrombosis และการเกิด Pulmonary embolus ลดการเสียเลือด ผู้ป่วยมีความสับสนหลังการผ่าตัดน้อยกว่า⁴ แต่ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำเป็นต้องให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายดังเช่นกรณีศึกษานั้น วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องผลของยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบต่างๆ เพื่อจะได้มีความรู้ป้องกันและให้การรักษาผลที่เกิดจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกได้ทันทั่วทั้งที่

ผลของยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย⁵

1. ไม่มี reflex of cornea หรือการทำงานลดลง
2. การหายใจถูกกดให้ทำงานน้อยลงหรือทำงานไม่ได้
3. reflex การป้องกันทางเดินหายใจลดลงหรือสูญเสียไป ทำให้เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นได้
4. ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต
5. ความตึงของกล้ามเนื้อหูรูดหลอดอาหารและการทำงานของกระเพาะอาหารลดลง
6. ไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะได้
7. ความสามารถในการควบคุมอุณหภูมิกายลดลง
8. ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเจ็บปวดลดลง
9. ไม่สามารถยับยั้งตัวเพื่อเปลี่ยนท่าได้

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก^{5,6}

1. ระบบไหลเวียน ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนลดลง ความยืดหยุ่นหลอดเลือดลดลงทำให้หลอดเลือดแข็ง มีความดันโลหิตสูง หัวใจมีพังผืดและลิ้นหัวใจมีหินปูนเกาะ การเต้นของหัวใจผิดปกติได้บ่อย การตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติเปลี่ยนไป การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาตรสารน้ำไม่ดี ทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้ง่าย

2. ระบบหายใจ ผนังทรวงอกแข็งยืดหยุ่นได้น้อย มีถุงลมโป่งพองทำให้ Dead space เพิ่มขึ้น FRC เพิ่มขึ้น Airway reflexes ลดลงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้มากกว่าวัยหนุ่มสาว

3. ระบบประสาท กล้ามเนื้อและผิวหนัง เนื้อสมองและปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง การทำงานของประสาทหู ตาลอด ค่า MAC ของยาดมสลลดลง ผิวหนัง atrophy เส้นเลือดดำเปราะแตกง่าย ข้อต่างๆมีความแข็งแรงยืดหยุ่นน้อย

4. การทำงานของไต ลดลง การตอบสนองต่อ antidiuretic hormone ร่วมกับการทำงานของ renin angiotensin ลดลง มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลัน ยาที่ขับออกทางไตมีฤทธิ์นานขึ้น

5. การทำงานของตับ ลดลงผลจากเนื้อตับร่วมกับเลือดที่ไปเลี้ยงลดลง มีผลให้ยาที่ต้องย่อยสลายหรือขับถ่ายทางตับมีฤทธิ์นานขึ้น

6. ทางเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ มีภาวะ insulin resistance ทำให้การควบคุมน้ำตาลไม่ดี มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย

7. การทำงานของกระเพาะ ลำไส้ การบีบตัวลดลง อาหารผ่านได้ช้าทำให้เพิ่มความเสี่ยงเรื่องการสำลัก การดูดซึมอาหารไม่ดีทำให้มีภาวะการขาดอาหาร เพิ่มโอกาสการติดเชื้อในการผ่าตัดมากขึ้น

8. การตอบสนองของยา การเปลี่ยนแปลงร่างกายส่งผลให้ Pharmacokinetic เปลี่ยนแปลงทั้งในด้าน distribution และ elimination

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก^{5,7}

1. ลักษณะทั่วไปมีผิวหนังเหี่ยวย่น subcutaneous tissue ลดลง ทำให้เกิดอันตรายต่อผิวหนังได้ง่าย ทั้งการใช้พลาสติก แผ่นจี้ไฟฟ้า การติดแผ่นคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2. ไขมันบริเวณใบหน้าลดลง มีแก้มตอบ ทำให้มีปัญหาในการใช้ mask ช่วยหายใจ ฟันอาจโยกหัก หรือไม่มีเป็นเหตุทำให้การเปิดทางเดินหายใจและการใส่ท่อช่วยหายใจยากขึ้น

3. หลอดเลือดมีผนังเปราะและบางขึ้น ทำให้การเปิดเส้นยาขึ้น แตกง่าย การไหลเวียนไม่ดีควรเลี่ยงการเปิดเส้นที่ขาเพราะถ้าเกิดการอักเสบจะส่งผลเรื่องการติดเชื้อได้

4. กระดูกและข้อจะบางและพรุน มีแคลเซียมเกาะที่คอและกระดูกสันหลัง ทำให้มีผลต่อการจัดทำเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ และการจัดทำในการทำผ่าตัด

5. มี basal metabolism rate ลดลง ต่อมเหงื่อลดลง กล้ามเนื้อลดลง การปรับตัวในการรักษาอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี เกิดภาวะ hypothermia ได้ง่าย

6. มีความเสื่อมของสมอง เส้นประสาท ทั้งการรับรู้ การเคลื่อนไหว ความจำ ตามัว หูตึงทำให้มีผลต่อการสื่อสาร รับรู้ส่งผลการปฏิบัติตนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ⁸

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ - พบได้ 5.5 - 17% จากระบบหายใจที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการหายใจผิดปกติ การหายใจไม่เพียงพอและการต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่

ภาวะสับสน(delirium) – พบมากกว่า 50 % หลังผ่าตัดโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม มีภาวะผิดปกติเช่นระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ ซีด การติดเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิก

ภาวะฟื้นจากยาสลบช้า (delay emergence) – เกิดจากการเหลือค้างของยาสลบ การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ภาวะชักหลังผ่าตัดจากการมีอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติ

ภาวะการรับรู้ที่ผิดปกติหลังผ่าตัด(POCD-post operative cognitive dysfunction) - พบได้ 25% อาจเกิดทันทีหรือแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่หายได้ใน 3 เดือน

ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือpulmonary edema – จากการเสียเลือดง่ายกว่าผู้ป่วยอายุน้อยทำให้มีการให้เลือดหรือสารน้ำที่มากและรวดเร็ว ทำให้ความดันหลอดเลือดแดงและดำ pulmonary สูงขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือpulmonary edema ได้

ผลการศึกษารณที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี 8 เดือน ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลแหลมฉบัง ให้ประวัติว่า 10 วันก่อนมาลื่นตกบันได 1 ชั้น ปวดสะโพกซ้ายมาก ลงน้ำหนักไม่ได้ ผล x-ray พบ Close fracture neck of femur รักษาโดยทำผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty Lt. Femur ก่อนผ่าตัดพบว่ามีประวัติความดันโลหิตสูง EKG - Lt. atrial enlargement inferior wall infraction ปรีกษาแผนกอายุรกรรม ให้ความเห็นว่าเป็น intermediate risk จากการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยทางวิสัญญีก่อนรับการให้ยาระงับความรู้สึก อยู่ใน ASA class 3 (hypertension, EKG abnormal, Old age) มีอาการปวดหลังและบางครั้งมีอาการชาที่ขา จึงได้รับการระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย General Anesthesia แบบ balance anesthesia ทำผ่าตัดท่าตะแคงขวา ลงได้รับยานำก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกคือ Amlodipine (5) 2 tab ก่อนมาห้องผ่าตัด แกร็บ ความดันโลหิต 122/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 99% มี cefazolin 1 gm PRC 2 unit พร้อมจ่ายที่คลังเลือด ระยะเวลาการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกรวม 1 ชั่วโมง 50 นาที ในระหว่างการผ่าตัดพบความดันโลหิตต่ำ 80/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 56 ครั้ง/นาที เสียเลือด 150 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ NSS รวม 600 มิลลิลิตร เมื่อเสร็จการผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ส่งต่อมาห้องพักรฟื้นมีอาการหนาวสั่น ไม่ปวดแผล หลังได้รับการดูแลในห้องพักรฟื้น 1 ชั่วโมง ประเมินคะแนนตามเกณฑ์ห้องพักรฟื้น (Modified Aldrete's Recovery score) = 10 ความดันโลหิต 106/65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที จึงส่งกลับหอผู้ป่วยโดยเปลตัก การตรวจเยี่ยมประเมินหลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกส่งปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดสามารถใช้ Walker ได้ดี หลังผ่าตัด 2 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมเวลารักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี 5 วัน

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1. – มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน – ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกกลัว นอนไม่หลับ ไม่เคยทำผ่าตัดมาก่อน อายุมากแล้วกลัวว่าจะไม่ฟื้นจากยาสลบ ไม่อยากต้องเป็นภาระของลูกหลานต้องมาดูแล

วัตถุประสงค์ – เพื่อคลายความกังวล และมีความพร้อม ยอมรับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตนเองว่าเป็นวิสัญญีพยาบาลทำหน้าที่ให้ยาระงับความรู้สึกโดยจะหลับขณะทำผ่าตัด และจะดูแลใกล้ชิดตลอดการผ่าตัด แม้ว่าจะสูงอายุและมีโรคประจำตัวจะมีความเสี่ยงมากขึ้น แต่การได้มาเยี่ยมผู้ป่วยทำให้ทราบปัญหาจะได้มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและจะทำให้ดีที่สุด
2. อธิบายถึงความพร้อมของทีมแพทย์ผ่าตัด ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญี และยังได้รับคำปรึกษามาจากอายุรแพทย์เรื่องภาวะโรคประจำตัวของผู้ป่วยมาแล้ว
3. อธิบายให้ทราบขั้นตอนเมื่อถึงห้องผ่าตัดและเตรียมให้ยาระงับความรู้สึก
4. อธิบายถึงความจำเป็น ผลดีของการได้รับการผ่าตัดและตำแหน่งแผล
5. อธิบายถึงการปฏิบัติตนก่อนและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก
6. ให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายพร้อมให้กำลังใจ และให้เซ็นใบยินยอมการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก

การประเมินผล – ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น สิ้นหน้ตื้น มีญาติมาเยี่ยมให้กำลังใจในการผ่าตัดทำให้มีความพร้อมในการผ่าตัดมากขึ้น เช่นยินยอมการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก สามารถนอนหลับได้ก่อนวันผ่าตัด

การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 2. มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดได้

ข้อมูลสนับสนุน – ภาวะเครียดทำให้เกิด delay gastric empty time ได้รับยานาสลบและยาหย่อนกล้ามเนื้อทำให้ไม่มี protective reflex ผู้ป่วยมี left atrial enlargement และความดันโลหิตสูงทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนในร่างกายน้อยลง และได้รับยาลดความดันก่อนมาห้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์ - เพื่อได้รับออกซิเจนได้เพียงพอ ป้องกันการสำลักน้ำหรืออาหารเข้าปอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำ อาหารก่อนทำผ่าตัด เตรียม suction และสายให้พร้อมใช้
2. ให้ออกซิเจน 100% นาน 5 นาทีทาง Mask , oral airway ที่เหมาะสม
3. ติดเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด, เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา
4. ปรับการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษาความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 100/60 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท ติดตามแผนการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
5. สังเกตเลือดที่ออกจากบาดแผล สีเล็บ ริมฝีปากไม่มีสีคล้ำ

การประเมินผล – การพยาบาลระยะนาสลบและใส่ท่อช่วยหายใจผ่านไปโดยราบรื่นไม่มีการสำลักเข้าปอด ฟังปอดโล่ง เท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีภาวะ Cyanosis ค่าออกซิเจนในเลือด 100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 31 - 32 mmHg ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 – 130/80 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมของผู้ป่วย

ปัญหาที่ 3. มีภาวะความดันโลหิตต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยได้รับยา Amlodipine (ยาลดความดัน) ก่อนมาห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท และมี Sinus Rhythm Left Atrial Enlargement

วัตถุประสงค์ – ป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตต่ำกว่าร้อยละ 20 ค่าตั้งต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ปรับความเข้มข้นของยาตามสลบให้เพียงพอโดยไม่ให้มีขนาดสูงเกินไป
2. ดูแลให้สารน้ำชดเชยให้เพียงพอเวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 50 นาที Blood loss 150 ml ได้รับ NSS 600 ml
3. ให้ยา Ephedrine ซึ่งเป็น vasopressor drug
4. วัดสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 5 นาทีหรือมีการเปลี่ยนแปลง วัดความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา

การประเมินผล – ขณะให้ยาระงับความรู้สึกครึ่งชั่วโมงความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท ลดความเข้มข้นของ Desflurane ให้สารน้ำเร็วขึ้น ให้ยา Ephedrine 3 mg จากนั้นความดันโลหิต 110/84-120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 – 85 / นาที ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 100%

การพยาบาลระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 4. มีภาวะเสี่ยงจากการหายใจไม่เพียงพอ ที่ห้องพักฟื้น

ข้อมูลสนับสนุน – ผู้ป่วยอายุ 71 ปีการตอบสนองยาจะคงฤทธิ์นานขึ้น ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย การผ่าตัดนาน 1 ชั่วโมง 50 นาที ระดับความรู้สึกตัวหลับ เรียกเขย่าตัวตื่น ตัวเย็น

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนเตี้ย ตะแคงหน้าเล็กน้อยในท่าที่ทางเดินหายใจโล่ง
2. ให้ออกซิเจน mask with bag 6 Lit/min สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ
3. วัดความอืดตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา วัดสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 5 นาที
4. กระตุ้นการไอเพื่อขับเสมหะหรือใช้เครื่องดูดเสมหะช่วย สังเกตสีผิว ปลายมือปลายเท้า
5. ห่มผ้าห่มลมร้อนตั้งอุณหภูมิ 36 – 38 องศาเซลเซียส

การประเมินผล - ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอ ไม่พบการอุดกั้นทางเดินหายใจ ความอืดตัวของออกซิเจนในเลือด 100% หายใจ 18-20ครั้ง/นาที ชีพจร 70-90ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70-110-60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความรู้สึกตัวจากรู้สึกตัวเมื่อเรียกเป็นตื่นเต็มตัว โดยไม่ต้องปลุก

ปัญหาที่ 5. มีอาการหนาวสั่น

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดอุณหภูมิ ต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส นาน 1 ชั่วโมง 50 นาที ผู้ป่วยอายุ 70 ปี 8 เดือน มีการปรับตัวของหลอดเลือดได้ผิวหนังไม่ดี ได้รับยาที่มีฤทธิ์ขยายเส้นเลือดทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อนได้ง่าย

วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการหนาวสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบเสื้อผ้าไม่เปียกชื้น ใช้ผ้าห่มลมร้อนตั้งอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส
2. ให้ออกซิเจนทาง mask with bag 6L/min
3. ให้ยา Pethidine 20 mg เข้าหลอดเลือดดำ

การประเมินผล - ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นนอนพักได้ ร่างกายอบอุ่นมากขึ้นขณะส่งกลับหอผู้ป่วยไม่มีอาการสั่น

ปัญหาที่ 6. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน - เป็นการผ่าตัดครั้งแรก ผู้ป่วยกลัวการเดิน กลัวข้อสะโพกเทียมหลุด ไม่กล้าลุกขึ้นและไม่กล้านอนตะแคง กลัวไปทำบุญที่วัดไม่ได้

วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติ - ข้อห้ามในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม โดยเฉพาะการลุกลงจากเตียงให้ผู้ดูแลลองปฏิบัติ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถไปทำบุญได้โดยการนั่งเก้าอี้วางเท้าทั้งสองบนพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง

2. แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อข้อสะโพก ขา ให้ควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป

3. ควรมาพบแพทย์ตามนัดแม้ไม่มีอาการผิดปกติ แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อน

นัด

การประเมินผล – ผู้ป่วยสีหน้าสดใสเมื่อทราบว่าสามารถไปทำบุญได้ สามารถบอกข้อห้ามและควรปฏิบัติได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยพลิกตะแคงและช่วยผู้ป่วยนั่งได้ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น ผลการศึกษากรณีนี้ที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี 3 เดือน ให้ประวัติว่า 2 สัปดาห์ก่อนมาล้มข้อเท้าพลิก 1 วันก่อนมาเดินลงน้ำหนักไม่ได้ มาพบแพทย์วินิจฉัยว่า Close fracture right neck femur รักษาโดยทำผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty Right Femur ผลการตรวจประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีพบว่า ASA class 2 (old age) แต่พบ Mallampati class 3 ไม่มีฟันบน ล่าง สูบบุหรี่นาน 40 ปี เลิกได้ 2 ปี เคยนอนโรงพยาบาลเรื่องปอดอักเสบเมื่อปีที่แล้ว เนื่องจากเคยมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดหลัง มีขาที่ขาแพทย์บอกมีภาวะกระดูกเสื่อมตามวัยให้ยาไปรับประทาน จึงได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย General Anesthesia แบบ balance anesthesia ทำผ่าตัดท่านอนตะแคงซ้ายลง แรกรับความดันโลหิต 138/83 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 67 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 96% ในระยะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจต้องเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจยาก สามารถใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ Video Laryngoscope with stylet ระยะเวลาการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกรวม 2 ชั่วโมง 35 นาที ระหว่างผ่าตัดเสียเลือด 800 มิลลิลิตร Hct ลดลงจาก 38% เหลือ 29% จึงได้รับ PRC 1 unit สารน้ำได้ Ringer lactate solution 1000 ml NSS 200 ml รวม 1200 มิลลิลิตร เมื่อเสร็จการผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงส่งมาห้องพักฟื้น มีอาการปวดแผลมาก โยวรายร้องตะโกน ให้ morphine 3 mg คะแนนความปวด 10 ดูแลต่อเนื่องนาน 1 ชั่วโมง หลังจากประเมินคะแนนตามเกณฑ์ห้องพักฟื้น (Modified Aldrete's Recovery score) = 10 ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% แผลไม่มีเลือดซึม มีเลือดในขวระบายเลือดรวมเป็น 400 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ NSS 100 ml PRC 100 ml คะแนนความปวดลดลงเหลือ 2 ไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่มีอาการบ่งชี้ว่ามีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม จึงส่งห่อผู้ป่วยโดยเปลตัก หลังผ่าตัดมีไข้ แพทย์ให้ยาฆ่าเชื้อ (ครบหลังผ่าตัดวันที่ 4) ไม่พบ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก หลังผ่าตัด 4 วัน ได้ปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดสามารถใช้ Walker ได้ดี แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมเวลารักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี 11 วัน

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1. – มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน – ผู้ป่วยบอกกังวล อยากหลับขณะผ่าตัดไม่อยากรับรู้กลัวได้ยินเสียงผ่าตัดการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ – เพื่อคลายความกังวลและมีความพร้อม ยอมรับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตนเองว่าเป็นวิสัญญีพยาบาลทำหน้าที่ให้ยาระงับความรู้สึกโดยจะหลับขณะทำผ่าตัด และจะ ดูแลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือตลอดการผ่าตัดให้มีความปลอดภัย
2. อธิบายถึงความพร้อมของทีมประกอบด้วยทีมแพทย์ผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญี ที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อมาทำผ่าตัด
3. อธิบายให้ทราบขั้นตอนเมื่อถึงห้องผ่าตัดและเตรียมให้ยาระงับความรู้สึก
4. อธิบายถึงความจำเป็น ผลดีของการได้รับการผ่าตัดและตำแหน่งแผล

5. อธิบายถึงการปฏิบัติตนก่อนและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก

6. ให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายพร้อมให้กำลังใจ

7. ให้เซ็นใบยินยอมการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

การประเมินผล – ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรับฟัง ซักถาม มีความพร้อมในการผ่าตัดและรับการระงับความรู้สึกมากขึ้น ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมการการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดได้

ข้อมูลสนับสนุน – ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในเรื่องใส่ท่อช่วยหายใจยาก จากการตรวจมี Mallampati class 3 และช่วยหายใจยากกว่าปกติจากไม่มีฟัน ลิ้นโต แก้มตอ ภาวะเครียดทำให้เกิด delay gastric empty time ได้รับยานาสลบและยาหย่อนกล้ามเนื้อทำให้ไม่มี protective reflex ผู้ป่วยมีประวัติปอดอักเสบ ต้องนอนโรงพยาบาล ประวัติสูบบุหรี่นาน 40 ปี

วัตถุประสงค์ - เพื่อได้รับออกซิเจนได้เพียงพอ ป้องกันการสำลักน้ำหรืออาหารเข้าปอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำ อาหารก่อนทำผ่าตัด

2. ให้ออกซิเจน 100% นาน 5 นาทีทาง Mask ก่อนเริ่มให้นาaslบ

3. เตรียมอุปกรณ์เพิ่มในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจยาก – laryngoscope ชนิดMacintosh blade no.4, McCoy blade no.4, Video laryngoscope , Laryngeal mask no.3,4, stylet, เตรียมสาย suction no.14,16 พร้อมใช้

4. เตรียมความพร้อมของทีมวิสัญญี - วิสัญญีแพทย์, วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญ

5. ติดเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด,เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา

6. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 5 นาทีเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ

การประเมินผล – ในระยะนำสลบสามารถช่วยหายใจได้โดยใช้ Mask no.4 with oral air way no.4 ร่วมกับการทำ triple maneuver with open mouth และวิสัญญีพยาบาลอีกคนเป็นผู้ ventilate สามารถใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ Video Laryngoscope with stylet ไม่มีการสำลัก ฟังปอดโล่งทั้งสองข้าง ไม่มีภาวะ Cyanosis ค่าออกซิเจนในเลือด 98 - 100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30 - 32 mmHg ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 155/90 – 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 – 110 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน - ขณะผ่าตัดเสียเลือด 800 มิลลิลิตร Hct 38% —>29% ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic shock

- เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที และประเมินระดับความรู้สึกตัวตลอดเวลาการผ่าตัด
2. ประเมินการเสียเลือดขณะผ่าตัด จัดเตรียมเลือดพร้อมใช้ที่ธนาคารเลือด 2 units
3. ประเมินความรุนแรงของการเสียเลือด
4. ดูแลการให้สารน้ำและเลือดทดแทนพร้อมระวังการเกิด pulmonary edema, heart failure
5. รักษาความอบอุ่นของร่างกายโดยใช้ผ้าห่มลมร้อน และให้สารน้ำ เลือดที่อุ่น
6. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
7. เตรียมยา ephedrine ซึ่งเป็นยาเพิ่มความดันเลือดไว้พร้อมใช้

การประเมินผล - ไม่เกิดภาวะHypovolemic shock ขณะผ่าตัดเสียเลือด 800 ml ได้รับPRC 1unit NSS 1000 ml LRS 200 ml สามารถรักษาความดันเลือดโลหิตได้ 155/90 – 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 – 110 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 - 100% ฟังปอดโล่งดีไม่มีเสียง crepitation ดูดเสมหะไม่มี frothy sputum EKG ไม่พบ arrhythmia

ปัญหาที่ 4. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด

ข้อมูลสนับสนุน - เสียเลือด 800 มิลลิลิตร Hct 29% ได้รับเลือดขณะผ่าตัด

วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดผิด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความถูกต้องชื่อ สกุล หมู่เลือด เลขที่ Rh ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และใช้ set ให้เลือด
2. สังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจว่ามี PVC, T-waveสูง หรือมีความผิดปกติอื่นหรือไม่
3. ฟังเสียง Breathing sound มี crepitation หรือไม่ สังเกตเลือดที่ออกขณะผ่าตัดผิดปกติหรือไม่

การประเมินผล - ผู้ป่วยได้รับเลือดถูกต้อง PRC group O ผ่านการตรวจมาแล้ว ไม่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไม่พบภาวะน้ำเกิน เลือดบริเวณผ่าตัดสามารถห้ามเลือดได้ตามปกติหลังได้รับเลือด

การพยาบาลระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 5. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน - มีแผลผ่าตัดที่ต้นขาขวา แสดงสีหน้าเจ็บปวด โวยวายร้องตะโกน

วัตถุประสงค์ - เพื่อให้อาการปวดลดลง สงบขึ้นสุขสบายมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่านอนสุขสบายไม่ขัดต่อแผนการรักษา อธิบายให้เข้าใจ
2. เรียกให้รู้สึกตัว แจ้งให้ทราบว่าผ่าตัดเสร็จแล้วอยู่ห้องพักฟื้น พุดให้กำลังใจ ถามความต้องการของผู้ป่วย
3. ให้ยาแก้ปวด morphine 3 mg ตามแผนการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้น

การประเมินผล - เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้น ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลในการจัดท่านอน หลังได้ยา morphine 3 mg สงบขึ้น นอนพักได้ให้ Pain score 10-> 4 -> 2 ตามลำดับ

ปัญหาที่ 6. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน - เป็นการผ่าตัดครั้งแรก ผู้ป่วยคิดว่าต้องเดินโดยใช้ walker ไปตลอด คิดว่านอนตะแคงไม่ได้ ถามเรื่องการใช้ห้องน้ำ

วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติตน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติ - ข้อห้ามในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม โดยเฉพาะการนอนตะแคง การลุกจากเตียง การใช้ห้องน้ำห้ามนั่งส้วมซึม ให้ใช้แบบชักโครก
2. แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อสะโพก ขา ให้ควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป
3. ควรมาพบแพทย์ตามนัดแม้ไม่มีอาการผิดปกติ แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด

การประเมินผล - ผู้ป่วยพูดคุยเป็นเอง สามารถบอกข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติได้ ลูกสาวเตรียมเก้าอี้เจาะเป็นช่องวางครอบโถส้วมซึมไว้แล้ว ผู้ป่วยและญาติบอกมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
1. การวินิจฉัย	Close fracture left neck of femur	Close fracture right neck of femur	ทั้ง 2 ได้รับการวินิจฉัยเดียวกันแต่คนละข้าง
2. สาเหตุ-สาเหตุหลักการเกิดข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุคือการหักล้มโดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างเช่นอายุ	หญิงอายุ 70 ปี BMI=19.4 มีโรคความดันโลหิตสูง, inferior wall infraction, left atrial enlargement สาเหตุ 10 วันก่อนมาลิ้นตกบันได	ชายอายุ 66 ปี BMI=22.5 สูบบุหรี่นาน 40 ปี เลิกได้ 2 ปี กระดูกหลังเสื่อม มีพื้นด้านหน้าทั้งล่างและบน สาเหตุ 14 วันก่อนมาล้มข้อเท้าพลิก	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดกระดูกสะโพกหักกรณีที่ 1 เป็นผู้หญิงอายุมากกว่า 65 ปี รูปร่างผอมบาง รับประทานอาหารได้น้อย มียารับประทานที่มีผลต่อประสาทอัตโนมัติ มีผลต่อ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
มากกว่า 65 ปี เพศหญิงมากกว่าชาย 3 เท่า ผู้มีโครงสร้างเล็ก ผอมบาง ขาดแคลเซียมสับพรี ข้อเสื่อม การได้รับยาบางประเภทเช่นยาลดความดัน เป็นต้น 3. การผ่าตัดรักษา	Bipolar hemiarthroplasty left hip	Bipolar hemiarthroplasty right hip	การเคลื่อนไหว สาเหตุลื่นตก บ้นไดก่อนมา 10 วัน กรณีที่ 2 อายุมากกว่า 65 ปี มีประวัติสับพรีนาน 40 ปี มีภาวะกระดูกหลังเสื่อม ไม่มีฟันทำให้ความสามารถในการรับรส,ดูดซึมน้อยลง สาเหตุ 14 วันก่อนมาล้มข้อเท้าพลิก
4. การประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญี แบ่งเป็นกลุ่มได้ 6 กลุ่มตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่แข็งแรงจนถึงมีภาวะสมองตาย	ASA class 3 (old age, hypertension, EKG abnormal)	ASA class 2 (old age)	กรณีที่ 1 ทำผ่าตัด หลังเกิดเหตุ 12 วัน กรณีที่ 2 ทำผ่าตัด หลังเกิดเหตุ 20 วัน ส่งผลให้การทำผ่าตัดยากกว่ากรณีที่ 1 ทั้ง 2 กรณีเป็นผู้สูงอายุ แต่กรณีที่ 1 มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาระงับความรู้สึกมากกว่าจากการมีโรคความดันโลหิตสูงและมี inferior wall infraction, left atrial enlargement
5. Mallampati classification – เป็นการตรวจความสามารถในการเห็นโครงสร้างในช่องปากและคอ ช่วยการประเมิน difficult airway	Mallampati class 1	Mallampati class 3	กรณีที่ 2 มีความเสี่ยงทาง airway มากกว่า ต้องใช้ oral airway no.4 ช่วย พร้อมทำ triple maneuver และทำ open mouth โดยมีวิสัญญีพยาบาลอีกคนเป็นผู้ ventilateสามารถใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ Video Laryngoscope with stylet กรณีที่ 1 ใช้อุปกรณ์พื้นฐาน ทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ไม่
6. วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก	ใช้การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย	ใช้การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย	กรณีที่ 1 ใช้อุปกรณ์พื้นฐาน ทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ไม่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
สามารถใช้ได้ทั้งการระงับความรู้สึกชนิดเฉพาะส่วน (regional) หรือการระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย (general) ก็ได้	แบบbalance เนื่องจากมีประวัติปวดหลังและเคยมีอาการชาที่ขาทั้ง 2 ข้าง	แบบbalance เนื่องจากมีปวดหลัง ชาขาจากกระดูกหลังเสื่อม	สามารถใช้วิธี regional anesthesia ได้
7. การใช้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การเลือกใช้ยานำสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาสลบ ยาแก้ปวด จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยทั้งสิ้น	ใช้ยา Propofol นำสลบ ใช้ยา Cisatracurium เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อ สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ และขณะผ่าตัด ใช้ยาดมสลบ Desflurane ร่วมกับยาแก้ปวด Fentanyl	ใช้ยา Propofol นำสลบ ใช้ยา Rocuronium เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อ สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ และขณะผ่าตัด ใช้ยาดมสลบ เป็น Sevoflurane ร่วมกับยาแก้ปวด Morphine	Propofol เป็นยาที่ใช้ได้ในผู้สูงอายุ นำสลบได้เร็ว กรณีที่ 1 เนื่องจากอายุ 70 ปี มีโรคความดันโลหิตสูงจึงใช้ยาดมสลบเป็น Desflurane เนื่องจากหมดฤทธิ์เร็ว ทำให้ฟื้นจากยาดมสลบได้อย่างรวดเร็ว ยาแก้ปวด Fentanyl ใช้ได้ดีในผู้สูงอายุและมีการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนน้อยกว่าตัวอื่น กรณีที่ 2 เนื่องจากมีความเสี่ยงด้าน airway สูงจึงเลือกใช้ Rocuronium เนื่องจากออกฤทธิ์ได้เร็ว ทำให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ในระยะเวลาสั้น ใช้ Sevoflurane เพราะไม่ทำให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น
8. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก	วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก กลัวไม่ฟื้น เพราะอายุมาก ไม่เคยทำผ่าตัดมาก่อน ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน	วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก อยากหลับกลัวได้ยินเสียงการทำผ่าตัด กลัวเจ็บ	ทั้ง 2 กรณีมีความวิตกกังวลในการทำผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งเหตุผลแตกต่างกันไปตามสภาพผู้ป่วยภายหลังการเย็บผู้ป่วยทั้ง 2 มีความเข้าใจและยอมรับการผ่าตัดมากขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
ระยะให้ยาระงับความรู้สึก	เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสาส์กเข้าปอดจากภาวะเครียด การได้รับยา มีโรคความดันโลหิตสูง ได้รับยาก่อนมาผ่าตัดและมี inferior wall infraction, left atrial enlargement ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนไม่ดี ความดันโลหิตต่ำ - อาจเนื่องจากได้รับยาลดความดันก่อนมาผ่าตัด มี inferior wall infraction left atrial enlarge ทำให้ประสิทธิภาพของหัวใจ และระบบไหลเวียนลดลง Hct 39.5% เสียเลือด 150 ml ไม่มีภาวะเสี่ยง hypovolemic shock	เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสาส์กเข้าปอดจากภาวะเครียด การมี ปัญหา difficult airway, สูบหรืนาน 40ปี, เคยมีปอดอักเสบ	ทั้ง 2 กรณีมีความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสาส์กเข้าปอด แต่ในระยะนำสลบกรณีที่2 จะมีความเสี่ยงมากกว่าจาก difficult airway
ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก	อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนหลังฟื้นจากยาระงับความรู้สึก มีอาการหนาวสั่นที่ห้องพักฟื้น ไม่มีขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่บ้าน	อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนหลังฟื้นจากยาระงับความรู้สึก ไม่พบ ปวดแผลมาก สับสน โวยวายที่ห้องพักฟื้น ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด คิดว่าต้อง	กรณีที่ 1 เกิดความดันโลหิตต่ำจากสภาวะของร่างกาย และการได้รับยาลดความดันร่วมกับการได้รับยาระงับความรู้สึก กรณีที่ 2 มีความยากในการทำผ่าตัดมากกว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเสียเลือดมากกว่า ได้รับเลือด 1 unit สารน้ำรวม 1200 มิลลิลิตร ไม่พบภาวะน้ำเกินหลังได้รับการทดแทน เป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจที่พบได้ในผู้สูงอายุ แต่ไม่พบทั้ง 2 กรณี กรณีที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 70 ปี ความสามารถในการรักษาอุณหภูมิของร่างกายลดลง อาการสับสนในผู้สูงอายุ มักสัมพันธ์กับการปวดแผล ทั้ง2กรณีขาดความรู้ ต่างกันตามสภาวะของผู้ป่วย แต่เมื่อ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
	กลัวการการลุกนั่ง กลัวไปทำบุญไม่ได้	ใช้walkerไปตลอด ไม่กล้านอน ตะแคง สงสัยเรื่องการใช้ห้องน้ำ	ได้รับคำแนะนำแล้วสามารถปฏิบัติ ได้ และมีญาติพร้อมดูแลให้กำลังใจ

สรุป

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการรักษาภาวะหัวกระดูกต้นขาหักที่ทำให้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้เร็ว สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วยสูงอายุนอนติดเตียงนาน ความจำเป็นในการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายแทนการให้ยาชาทางไขสันหลังในผู้สูงอายุทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น วิทยาลัยพยาบาลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จ จึงต้องมีการวางแผนการให้การพยาบาล โดยมีการเยี่ยมประเมินตั้งแต่ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะให้ยาระงับความรู้สึก ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก เผื่อระวังปัญหา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีการส่งต่อการดูแลไปหผู้ป่วยและการเยี่ยมประเมินให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด โดยวิทยาลัยพยาบาลต้องตระหนักว่าผู้ป่วยสูงอายุแม้ว่าจะแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว แต่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและทางกายภาพจะส่งผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก ดังนั้นการผ่าตัดที่ประสบความสำเร็จ ย่อมรวมถึงการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. อธิชัย อภิธรรมกุล. Orthopedic Trauma. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: แสงศิลป์; 2552.
2. Suriyawongpaisal P, Pimjai S. A multicenter study on hip fracture in Thailand. J Med Assoc Thai 1994; 77:488-95.
3. Chariyalertsak S, Thakkinstain A. Mortality after hip fracture in Thailand. International Orthopedic 2001; 25:294-7.
4. เจษฎา ธรรมสกุลศิริ. การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2555.
5. มานี รักษาเกียรติศักดิ์. การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้สูงอายุ. ใน: อักษร พูลนิตกร, พรอรุณ เจริญราช, นรุตม์ เรือนอนุกุล. บรรณาธิการ. พันพริชาการวิสัย. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558.106-16.
6. ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์. การให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้สูงอายุ. ใน: วิมลรัตน์ ศรีราช, อักษร พูลนิตกร, เบญจรัตน์ หยกอุบล, สุริยชนา เลิศศิริโสภา. บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัย. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2562. 131-46.
7. เสาวภา อินผา. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. กรุงเทพฯ: ภาควิชา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
8. พชรียา นวัฒน์ภูมิทร์. การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุ. ใน: อรลักษณ์ รอดอนันต์, วรณี เล็กประเสริฐ, ฐิติกาญญา ดวงรัตน์. บรรณาธิการ. ตำราพันพริชาการวิสัย. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2555.317-32.

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งขาซ้ายหักร่วมกับมีการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง: กรณีศึกษา

ธัญญารักษ์ ธนพานิช
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยวัย 43 ปี เกิดอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า ขยับขาซ้ายไม่ได้ ขาซ้ายบวมผิดปกติ ปรกปรัก การแพทย์ฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ถ่ายภาพรังสีขาซ้ายพบกระดูกหน้าแข้งขาซ้ายหักละเอียด (Comminuted fracture of left Tibia plateau extend to proximal tibia) แพทย์วินิจฉัยโรค Closed fracture of left Tibia plateau with proximal tibia with mild Head injury ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยแพทย์ใส่ไม้ตามขาซ้ายและใส่ Philadelphia collar ที่คอไว้ และให้นอนรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันแรกใส่ Calcanus traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม สามารถคลำชีพจรหลังเท้าซ้าย (Dorsalis Pedis pulse) และชีพจรบริเวณเข่าซ้าย (Popliteal pulse) ได้ชัดเจน Capillary refill = 2 วินาที ขาซ้ายบวม ปวด Pain score = 8-10 ได้ยาแก้ปวด มีอาการปัสสาวะไม่ออกแพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ผู้ป่วยพักรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติจึงย้ายมาพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยประกันสังคมแพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปิดใส่เหล็กเพื่อตามกระดูกหน้าแข้งขาซ้าย หลังจากผ่าตัดเสร็จจึงกลับมาที่หอผู้ป่วยประกันสังคม ประมาณ 1 ชั่วโมงหลังจากกลับจากห้องผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยปวดน่องซ้ายมาก Pain score = 10 ให้ยาแก้ปวดไม่ทุเลา ขาซ้ายบวมตึงปลายเท้าซีดเย็นคลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ Capillary refill = 10 วินาที ความดันโลหิต 110/70 mmHg ทำการวัด Compartment pressure ผล Anterior Compartment pressure = 40 mmHg และ Posterior compartment pressure = 60 mmHg แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Compartment syndrome จึงทำการผ่าตัด Fasciotomy และใส่ Internal fixation with plate ไว้ หลังผ่าตัด 3 วันแผลมีเนื้อตายทำผ่าตัด Debridement มีภาวะซีดให้ Pack red cell 2 Unit มีไข้หลังผ่าตัด ให้ยา Antibiotic มีความวิตกกังวลในการดูแลตนเองเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 17 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนกลับบ้านสามารถเดินได้โดยไม่ต้องง้อน้ำหนักเท้าซ้ายพองตัวด้วยไม้ค้ำยัน งอเข้าได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาล /กระดูกหน้าแข้งหัก/ ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง

Abstract : Nursing care of Close Fracture left Tibia with Compartment syndrome : Case study

A case study of thai female patient 43 years old. Accidents occurred while driving motorcycle crashing the dog 10 minute before coming to the hospital. She was unconscious can't remember event. She had laceration wound on the face, left leg was swollen, deformed and pain. Patient was conscious at emergency room x- ray left leg was done. X-ray resulted comminuted fracture of left tibia plateau extended to proximal tibia. Doctor diagnosed closed fracture left tibia plateau with proximal tibia with mild head injury. Left leg was on splint and put a philadellphia collar on her neck. Admit at Accident surgery ward. Form the frist day of receiving doctor wearing calcaneus traction in the left ankle weighted 5 kg can feel dorsalis pedis pulse and poplital pulse clearly. Capillary refill = 2 second. Left leg was swelling and pain (pain score = 8-10) doctor give periodic pain medication. Patient had no urination symtom doctor put a urinary catheter. Pateint admitted to observe sign and symtom at the Accident surgery ward for 24 hours without any abnormal move to stay in the Pakansungkom ward. Doctor performed surgery for open reduction internal fixation with plate inserted at tibia plateau. After operation returned to Pakansungkom ward, about 1 hour after return form operation room found that pateint with pain, pain score = 10 pain relief medication. Left leg swollen, can't feel the instep of pulse. Capillary refill = 10 second. Blood pressure = 110 / 70mmHg compartment pressure was measured for anterior compartment pressure = 40 mmHg and posterior = 60 mmHg. Doctor diagnosed compartment syndrome treated by surgery fasciotomy and internal fixation with plate insert. Later wound is slightly necrosis surgical debridement and loose suture closure of the fascia. After 3 days doctor sawed wound. Pateint pale get pack red cell 2 Unit for treatment of anemia. Patient was gived antibiotic to combat infection. The problem and important nursing was that there was high pressure in the left ventricle in left shin bone, risk of infection, risk of complication various before and after. Anxiety in self care at home. The patient was hospitalized for 17 days. The doctor allowed to go home. Before going home patient can walk with crutches and knees can be improved.

บทนำ

การเกิดอุบัติเหตุจราจร เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วไม่เพียงแต่ร่างกายที่ได้รับความเจ็บแต่อาจเกิดภาวะกระดูกหัก เนื้อเยื่อข้างเคียงได้รับบาดเจ็บ ซึ่งการเกิดกระดูกหักเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพราะปลายแหลมของกระดูกที่หักที่เคลื่อนที่จะทำให้อันตรายต่อเส้นเลือดทำให้เสียเลือดมาก

ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากของการเกิดกระดูกหัก คือภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง⁽⁸⁾ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีผลให้ผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้การเชื่อมต่อกันของกระดูกหักต้องใช้
โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร **ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562**

เวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกปลายขาหรือกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) เป็นกระดูกที่ติดยากที่หนึ่งในร่างกาย เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีกล้ามเนื้อและมีเลือดมาเลี้ยงน้อย จะเชื่อมกันประมาณ 16-19 สัปดาห์⁽²⁾

ภาวะกระดูกปลายขาหรือกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) หักเป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุพลัด ตก หกล้ม⁽⁵⁾ กระดูกหน้าแข้ง (Tibia) เป็นกระดูกชิ้นที่มีการหักมากที่สุดชิ้นหนึ่งในร่างกาย เนื่องจากอวัยวะส่วนนี้ถูกปกคลุมด้วย ผิวหนังและชั้นไขมันเป็นส่วนใหญ่ และตรงกลางด้านหน้าจะไม่มีกล้ามเนื้อมาปกคลุม ดังนั้นการเกิดอันตรายต่อกระดูกชิ้นนี้ จะทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่าย⁽⁸⁾ พบผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกในตำแหน่ง Proximal Tibia หัก ได้บ่อยถึงร้อยละ 57.1⁽⁶⁾ ซึ่งภาวะกระดูกหน้าแข้งหักนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ เส้นประสาทและหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บ การเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) เกิดการติดเชื้อรวมถึงการเกิดภาวะลิ่มไขมันอุดตันหลอดเลือด เป็นต้น⁽³⁾ ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาอย่างทันด่วนเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

การหักของกระดูกหน้าแข้ง และมีลักษณะการหักแบบ Comminuted fracture ทำให้ช่องกล้ามเนื้อเล็กลงจึงเกิดความดันเพิ่มในช่องกล้ามเนื้อ⁽⁷⁾ ผลจากการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องกล้ามเนื้อจะกดการไหลเวียนหลอดเลือดฝอยและการทำงานของเส้นประสาท ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงและเน่าตายได้อย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ เส้นประสาทสูญเสียหน้าที่เกิดความพิการ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์เพราะส่งผลทำให้เกิดการทำลายหลอดเลือดมากถึงร้อยละ 55.50 เกิดการติดเชื้อและนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะถึงร้อยละ 44.40⁽⁶⁾ หากได้รับการรักษาล่าช้าเกิน 12 ชั่วโมงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากถึงร้อยละ 54 เมื่อเทียบกับการได้รับการรักษาที่รวดเร็วด้วยการผ่าตัดเพื่อลดแรงดันในช่องกล้ามเนื้อ (Fasciotomy) ซึ่งจะพบภาวะแทรกซ้อนเพียงแค่ร้อยละ 4.50⁽⁹⁾

ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) เป็นภาวะฉุกเฉิน ที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อ⁽¹⁾ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีและรีบด่วน หากไม่ได้รับการแก้ไขที่ทันด่วนที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะเกิดความพิการได้ เมื่อเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) ภายในพื้นที่ของช่องกล้ามเนื้อที่มีอยู่อย่างจำกัด เช่น แขนหรือขา จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับผลกระทบเกิดการลดลงของการนำออกซิเจนไปสู่เซลล์ จนต่ำกว่าระดับความจำเป็นที่เซลล์ต่างๆจะทนได้เป็นเหตุให้เกิดการกดหลอดเลือด เกิดการตายของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อทำให้ต้องสูญเสียอวัยวะส่วนนั้น ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและนำไปสู่การเสียชีวิตได้⁽³⁾

จังหวัดสระบุรีเป็นจังหวัดที่เป็นทางผ่านของการสัญจรไปยังภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ การเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรพบได้ค่อนข้างบ่อย โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำเขตสุขภาพที่ 4 การรับผู้ป่วยอุบัติเหตุทางการจราจรจึงมีค่อนข้างมาก จากสถิติการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรของ

โรงพยาบาลสระบุรีในปี 2560 - 2561 มีจำนวน 3748 คน หอผู้ป่วยประกันสังคม เป็นหอผู้ป่วยสามัญที่รับผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงวัยทำงานการเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์มีค่อนข้างมาก ปี

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. - ธ.ค. 2562

2560 - 2561 พบผู้ป่วย Fracture Tibia Plateau จำนวน 964 คน และผู้ป่วย Compartment syndrome จำนวน 8 คน

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหน้าแข้ง (Fracture Tibia Plateau) หัก มักจะทำได้โดยการตามกระดูกและ/หรือการผ่าตัดตามโลหะยึดตรึงกระดูก⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยให้กระดูกประสานกันให้คงรูปดั้งเดิม ผู้ป่วยมีความเสี่ยงเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการประเมินภาวะนี้ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขในเวลาอันรวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย หายจากภาวะเจ็บป่วยและความพิการได้ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ทันทั่วถึง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้โดยเร็วที่สุด ดังกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส โสด ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ พนักงานบริษัท อายุ 43 ปี

รับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัยผู้ใหญ่ รูปร่างผอม ผิวขาว ผมสีดำ พูดรู้เรื่อง ขาซ้าย on calcaneus traction ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม ไว้

อาการสำคัญ อุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 10 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า ขาซ้ายบวมผิดปกติ ปวดมาก ไม่สามารถเหยียดขาซ้าย เดินลงน้ำหนักไม่ได้ ไม่สามารถงอหรือเหยียดเข้าซ้ายได้ รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาลสระบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีประวัติแพ้ยา เคยผ่าตัด Chocolate cyst ที่รังไข่ เมื่อปี 2558 ปฏิเสธโรคประจำตัว เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือคลินิกแพทย์ใกล้บ้าน

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต บิดาอายุ 68 ปี มารดาอายุ 65 ปี ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 มีพี่น้อง 3 คน พี่สาวอายุ 45 ปี น้องสาวอายุ 39 ปี ผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 05.00 น. อาชีพพนักงานบริษัท ไม่เคยใช้ยานอนหลับ การขับถ่ายปกติ ไม่ใช้สารเสพติด ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

อุปนิสัย เป็นคนร่าเริงแจ่มใส ชอบพูดคุยกับพี่น้อง เพื่อนๆ และเพื่อนบ้าน

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นบ้านปูนชั้นเดียว ใกล้บ้านพี่สาว ห้องน้ำเป็นห้องน้ำชักโครก มีบริเวณบ้านกว้างขวาง อากาศถ่ายเทสะดวกดี

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

เศรษฐกิจและสังคม ทำงานบริษัท มีรายได้ของตัวเอง ประมาณเดือนละ 20,000 บาท ใช้สิทธิ์ประกันสังคม แต่การเจ็บป่วยครั้งนี้ใช้สิทธิ์พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัย และสิทธิ์ประกันสังคม

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

แรกแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุผู้ป่วยรูปร่างผอม ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE พูดคุยได้ไม่สับสน ขาซ้ายบวมผิดปกติ ใส่ไม้ตามขาซ้าย และPhiladelphia collarไว้ มีแผลถลอกบริเวณใบหน้าและขาซ้าย ปวดขาซ้ายมาก ขาซ้ายไม่สามารถขยับได้ งอเข้าซ้ายไม่ได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที

รับย้ายมาที่หอผู้ป่วยประกันสังคมหลังจากสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติ แรกแรกที่หอผู้ป่วยประกันสังคม ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE พูดคุยได้ไม่สับสน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ขาซ้าย on calcaneus traction มีแผลถลอกบริเวณใบหน้าและขาซ้าย

ประเมินสภาพจิตและสังคม ผู้ป่วยนอนหลับตา สิ้นหวังวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ถ้าถามจะตอบมีปฏิสัมพันธ์ดี

การตรวจด้วยรังสี พบว่า Comminuted fracture of left Tibia plateau extended to proximal Tibia

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Complete Blood count พบ WBC 14,500 cells/cumm, Neutrophils 87 %, Lymphocytes 7 %, Monocyte 6%, Hemoglobin 11 gm% Hematocrit 32.8%, Platelet count 208,000 cells/cumm, ตรวจการทำงานของไต พบ BUN 13 mg/dL, Cr 0.50 mg/dL, ตรวจElectrolyte พบ Sodium 138 mmol/L, Potassium 3.9 mmol/L, Chloride 105 mmol/L, Carbondioxide 25 mmol/L ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปกติทุกตัว

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2559

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Closed fracture of left Tibia plateau with proximal tibia with mild Head injury

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Closed fracture of left Tibia plateau with proximal tibia with mild Head injury with compartment syndrome

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวินาที 6 กันยายน 2559 โดย Admit ที่ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุด้วยประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า มีอาการขาซ้ายบวมผิดปกติ ปวดมาก รู้สึกตัวดี พูดคุยได้ไม่สับสน ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE ใส่ไม้ตามขา

ซ้ายและ On Philadelphia collarไว้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ระหว่างอยู่ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันแรกแพทย์ทำ Calcaneus Traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม สังเกตภาวะ Compartment syndrome สามารถคลำชีพจรหลังเท้าซ้าย (Dorsalis Pedis pulse) และชีพจรบริเวณเข่าซ้าย (Popliteal pulse) ได้ชัดเจน สามารถกระดิกนิ้วเท้าซ้ายได้ ปลายเท้าซ้ายไม่เย็น สีของผิวหนัง ปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ Capillary refill = 2 วินาที ขาซ้ายบวมปวด Pain score = 8 -10 ได้ยาแก้ปวดเป็นระยะ มีอาการปัสสาวะไม่ออกแพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผลปกติ ผู้ป่วยพักรักษาสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ครบ 24 ชั่วโมงไม่มีอาการผิดปกติ ร้ายผู้ป่วยจากตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ วันที่ 7 กันยายน 2559 หลังสังเกตอาการครบ 24 ชั่วโมงไม่มีอาการผิดปกติ รู้สึกตัวดี ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที On Calcaneus Traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม, Retained Foley's catheter ไว้ วันที่ 13 กันยายน 2559 แพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปิดใส่เหล็กเพื่อตามแผนเหล็กภายในที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย (ORIF & dual plate & proximal medial lateral locking plate) หลังจากผ่าตัดเสร็จกลับมาที่หอผู้ป่วยประกันสังคม เวลา 17.00 น.ประมาณ 1 ชั่วโมงหลังกลับจากห้องผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยปวดน่องซ้ายมาก Pain score = 10 ให้ยาแก้ปวดอาการปวดไม่ทุเลา ขาซ้ายบวมตึง ปลายเท้าซีดเย็น คลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ Capillary refill = 10 วินาที ความดันโลหิต 110/70 mmHg ทำการวัด Compartment pressure ผล anterior compartment = 40 mmHg และ posterior compartment = 60 mmHg แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Compartment syndrome ได้รับการรักษาโดยทำผ่าตัด Fasciotomy และใส่ Internal fixation with plate ไว้ และภายหลังแผลมีเนื้อตายเล็กน้อย วันที่ 15 กันยายน 2559 แพทย์ผ่าตัด Debridement และเย็บแผล Fasciotomy ไว้หลังจากนั้นวันที่ 22 กันยายน 2559 แพทย์จึงเย็บปิดแผล Fasciotomy วันที่ 14 กันยายน 2559 ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct = 28% แพทย์ให้ Pack red cell 1 Unit และวันที่ 15 กันยายน 2559 repeat Hct ได้ = 29% จึงให้ Pack red cell อีก 1 Unit วันที่ 16 กันยายน 2559 repeat Hct ได้ = 32.9% รวมได้ Pack red cell 2 Unit หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ = 38.5 – 37.8 องศาเซลเซียส ได้ยา Antibiotic คือ Cefazolin 1 gm ทาง iv fluid ทุก 6 ชั่วโมง ตั้งแต่วันที่ 13 – 22 กันยายน 2559 รวมได้ยา Antibiotic 10 วัน แพทย์ให้ off สายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยปัสสาวะได้ปกติ มีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score = 8-10 คะแนน ได้ยา Morphine 3 mg ทาง vein เป็นระยะ จนอาการปวดทุเลา วันที่ 19 กันยายน 2559 แพทย์ให้ Off Radivac drain จึงให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยฝึกเดินด้วยไม้ค้ำยัน ให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมถึงการเตรียมสภาพบ้านที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักรักษาตัวต่อ วันที่ 23 กันยายน 2559 แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถเดินได้แพทย์ยังไม่ให้ลงน้ำหนักที่เท้าเวลาเดิน ให้ใช้ไม้ค้ำยันช่วยพยุงเวลาเดิน ให้ยา Ibelex (500mg), Tramol (50mg), Calcium carbonate, Vitamin D และ Paracetamol ไปรับประทาน และให้ผู้ป่วยไปทำแผลเย็บบริเวณขาซ้ายที่แพทย์เย็บไว้หลังจากทำ

Fasciotomy ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง ที่ 3 ทุกวัน พร้อมนัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการติดยาของกระดูกหน้าแข้งซ้าย รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน มีนัดพบแพทย์วันที่ 4 ตุลาคม 2559 ติดตามโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

เยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ ผู้ป่วยเดินไม้ค้ำยันได้ถูกต้องไม่มีการลงน้ำหนักที่เท้าซ้าย แต่ยังมีอาการปวดเสียวๆ

ขาซ้ายอยู่ แผลเย็บขาซ้ายแห้งดีไม่มี Discharge ซึม กินยาครบตามที่แพทย์ให้กลับไปจากโรงพยาบาล และแพทย์ให้ยากลับไปกินที่บ้าน คือ Augmentin, Alfacalidol, Calcium carbonate

ปัญหาที่ 1 เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่กระดูกหน้าแข้งซ้ายหลังผ่าตัดเปิดใส่เหล็กตามกระดูกหน้าแข้งซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยว่าปวดน้องซ้ายมาก

O: Case Closed fracture Left Tibia Plateau หลังกลับจากผ่าตัด ORIF & dual plate & proximal medial locking plate ขาซ้าย

O: Pain score = 10 คะแนน

O: ขาซ้ายบริเวณน้อง มีอาการบวมตึง มีอาการชาปลายนิ้วเท้าซ้าย, ปลายเท้าซีดเย็น คลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ Capillary refill=10วินาที

O: ความดันโลหิต 110/70 mmHg ทำการวัด Compartment pressure ผล anterior compartment = 40 mmHg และ posterior compartment = 60 mmHg คลำชีพจรตำแหน่ง Dorsalis pedis และ Posterior tibial ได้เบาว่าข้างซ้าย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงซ้ำ ได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะ Compartment syndrome ได้ทัน และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตัดขาซ้าย

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะ Compartment syndrome ได้ทัน และได้รับการผ่าตัด Fasciotomy ทัน ผู้ป่วยไม่สูญเสียขาซ้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วยโดยยึดหลักการประเมินยึดหลัก 7P ตั้งแต่ประเมินสัญญาณชีพและประเมินอาการแสดงของภาวะ Compartment syndrome ได้แก่ อาการที่เส้นประสาทรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ เช่น รู้สึกชา (Paresthesia) ปวดแสบ ปวดร้อน อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Paralysis) อวัยวะส่วนปลายเย็น ซีด (Pallor) อาการปวด (Pain) บวมตึงของขาและเท้า การคลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ (Pulselessness) อาการปวดมากขึ้นเมื่อถูกยืดกล้ามเนื้อโดยการดันนิ้วของผู้ป่วย (Passive stretch) อวัยวะส่วนปลายบวมตึงอย่างเห็นได้ชัดเจน (Palpable Tenseness หรือ Puffiness)

2. รายงานแพทย์ทันทีที่ประเมินพบภาวะ Compartment syndrome

3. วัดความดัน Compartment Pressure ทั้ง Anterior และ Posterior

4. จัดท่ายกขาซ้ายที่ได้รับการผ่าตัดให้สูงเพื่อส่งเสริม venous return

5. จัดแนวขาและสะโพกให้อยู่ในลักษณะเหยียดตรงขึ้น ไม่โก่งงอหรือบิดผิดรูป หลีกเลี่ยงการงอบริเวณข้อพับมาก เกินความจำเป็น เพื่อให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น

6. ตรวจสอบการพัน Elastic bandage ที่แผลผ่าตัดว่าแน่นหรือหลวม โดยสอบถามจากผู้ป่วยและใช้นิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าตรงรอยพันทบของ Elastic bandage ว่าพอประมาณนิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าได้ ถ้าสอดไม่ได้แสดงว่าแน่นเกินไป

7. ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ระดับ 0 ถึง 10 ทุกชั่วโมง โดยเฉพาะความปวดที่เกิดจาก Passive movement และบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจและให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และประเมินความปวดซ้ำ หากผู้ป่วยไม่หายปวดหลังได้รับยาแก้ปวดรายงานแพทย์ทันที

6. เตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัด Fasciotomy และดูแลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Fasciotomy

7. แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Ankle pump

ประเมินผลการพยาบาล: ชาชาวยมีอาการบวมตึง และปวดมาก มีภาวะ Compartment syndrome ได้รับการผ่าตัด Fasciotomy ได้ทัน ผู้ป่วยไม่ต้องสูญเสียอวัยวะ

ปัญหาที่ 2 : ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบ่นปวดศีรษะ

O: ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ สลบ ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน

O: Neuro sign E4V5M6 Pupil 3 mm RTL 2 ซ้าย Glasgow coma scale = 15 คะแนน

O: สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

O: มีแผลถลอกที่ใบหน้าและขาซ้าย

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล : Neuro sign ปกติ Glasgow coma scale = 15 คะแนน สามารถนอนพักผ่อนได้ ไม่มีอาการชักเกร็ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก 2-4 ชั่วโมง

2. สังเกตอาการความรู้สึกตัวและอาการชักเกร็งของผู้ป่วย หากผู้ป่วยซึมลงให้รายงานแพทย์ทราบ

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร

5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1000 cc drip 80 cc / hr ควบคุมให้ได้ครบตามจำนวนที่กำหนด

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผล Glasgow coma scale = 15 คะแนน E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการชักเกร็ง สามารถนอนพักผ่อนได้ ไม่มีอาการปวดศีรษะ

ปัญหาที่ 3 : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากอาจมีการบาดเจ็บที่เส้นเลือด

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบ่นปวดขาซ้ายมาก

O: Closed Fracture Left Tibia Plateau

O: สังเกตพบขาซ้ายบวมตึง

O: Pain score = 10

O: สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/70 mmHg ชีพจร = 88 ครั้ง/นาที

อัตราการหายใจ = 20 ครั้ง / นาที

O: ระดับความรู้สึกตัวปกติ ถามตอบรู้เรื่อง

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากภาวะบาดเจ็บที่เส้นเลือด

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/70 – 120/80 mmHg ชัดเจนดี ชีพจร = 80- 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = 20 -24 ครั้ง/นาที หายใจปกติไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่มีอาการเลือดออกจากแผลกระดูกหัก ระดับความรู้สึกตัวปกติ ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 200 cc / 4 hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 2- 3 ชั่วโมงแรก อาจถึง 4 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ ต่อไปวัดทุก 30 นาที 2 ชั่วโมง และวัดทุก 1 ชั่วโมง หรือปรับตามสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและการหายใจ ของผู้ป่วย

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 4 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น

4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. ให้นอนหงายยกปลายเท้าสูง 45 องศา ให้หัวเข่าตรง ศีรษะอยู่ระดับหน้าอกหรือยกสูงเล็กน้อย ทำนี้จะทำให้มีปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจ และทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น

6. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าออกร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะต้องไม่น้อยกว่า 200 cc / 4 hr

7. สังเกตภาวะเลือดออกจากบริเวณกระดูกหัก

8. ดูแลร่างกายผู้ป่วยให้อบอุ่น สังเกตอาการหายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้าเขียว

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่สับสน สัญญาณชีพปกติความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง / นาที ไม่พบอาการเหนื่อยหอบ ขยับขาซ้ายได้ สามารถคลำชีพจรหลังเท้าและที่เข่าได้ชัดเจน ปัสสาวะออก 200 - 300 cc / 4 hr ไม่พบมีเลือดออกจากบริเวณที่กระดูกหน้าแข้งซ้ายหัก

ปัญหาที่ 4: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหน้าแข้งซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบ่นปวดขา ร้องคราง

O: ขาซ้ายชา บวม ผิดรูป

O: ผล X-ray พบว่ามี Comminuted fracture of left Tibia plateau extended to

Proximal Tibia

O: Pain score = 10 คะแนน

วัตถุประสงค์: เพื่อบรรเทาอาการปวดหน้าแข้งซ้าย

เกณฑ์การประเมินผล: Pain score < 3 คะแนน สามารถนอนพักผ่อนได้ ไม่มีอาการผิดปกติหลังได้รับยา Morphine ฉีดทางหลอดเลือดดำ Sedation score = 0 ผู้ป่วยหายใจได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดขาทุก 4 ชั่วโมง โดยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และซักถามระดับความปวด โดยใช้ Numeric rating scale และปัจจัยร่วมต่างๆที่ทำให้เกิดอาการปวดขาที่มากขึ้นเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. สังเกตอาการบวมตึงบริเวณขาซ้ายและเท้าซ้าย ตรวจสอบ on Long leg slab ว่ารัดแน่นเกินไปหรือไม่

3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนยกขาซ้ายให้สูงโดยใช้หมอนรองใต้ขาซ้ายเพื่อให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกไม่คั่งที่ส่วนปลาย

4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล เบามือ หลีกเลี่ยงการกระทบกระแทกบริเวณขาซ้ายเพื่อลดความกระทบกระเทือนและป้องกันการปวดขาเพิ่มมากขึ้น

5. พุดคุยและคอยให้กำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดขาทำให้คลายความเจ็บปวดลงได้

6. แนะนำให้ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ลดอาการปวดลง

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

8. ดูแลฉีดยา Morphine 3 mg ทาง vein dilute NSS 10 cc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการปวดขาซ้าย และประเมิน Sedation score ก่อนให้ยา Morphine ทุกครั้ง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

9. ประเมินอาการปวดขาหลังให้ยา 30 นาทีและประเมิน Sedation score รวมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา ได้แก่คลื่นไส้อาเจียน กตการหายใจ ง่วงนอน และอาจเกิดแพ้โดยมีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง

ประเมินผลการพยาบาล: อาการปวดขาซ้ายลดลง Pain score 1 - 3 คะแนน ให้ Morphine 3 mg ทาง vein dilute NSS 10 cc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลาปวดมาก pain score = 8-10 ได้รับไปหลังผ่าตัด 2 ครั้ง ไม่พบอาการข้างเคียงผิดปกติหลังได้รับยา Morphine และ Sedation score 0 คะแนน สามารถนอนพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 5: เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผิวหนังบริเวณ pin site

ข้อมูลสนับสนุน S: บ่นปวดบริเวณแผล Pin site

O: ผู้ป่วย on Calcaneus traction ที่ข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม

O: แผล Pin site Discharge เล็กน้อย ผิวหนังรอบ Pin site แดงเล็กน้อย

วัตถุประสงค์: ไม่พบการติดเชื้อบริเวณแผล pin site

เกณฑ์การประเมินผล: แผล pin site ไม่มีหนอง บริเวณผิวหนังไม่บวมแดง ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ช่วยแพทย์ทำ Calcaneus traction ใช้หลัก Steri technique โดยการเตรียมและปฏิบัติ ดังนี้

1.1 อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงวิธีการทำ Calcaneus traction ความจำเป็น ความร่วมมือในการทำ Calcaneus traction

1.2 ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะใส่ Pin โดยการโกนขนผิวหนังบริเวณข้อเท้าซ้ายให้กว้างกว่าบริเวณใส่ Pin 1-1.5 นิ้ว ฟอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ คือ Betadine scrub

1.3 เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือในการทำ Calcaneus traction รวมทั้ง Pin site ให้พร้อม

1.4 วัดสัญญาณชีพก่อนทำ Calcaneus traction

1.5 ช่วยแพทย์ในการทำ เมื่อแพทย์ยิงสว่านที่ผิวหนังผู้ป่วย และแทง Pin ผ่านผิวหนังผู้ป่วย แล้ว เช็ดทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยพร้อมปิด Gauze บริเวณ Pin 2 ข้าง จากนั้นครอบปลาย Pin ทั้ง 2 ข้างด้วยขวด Sterile และร้อยเชือกผ่านรอกเพื่อดึงถ่วงน้ำหนักตามแพทย์มีคำสั่ง

1.6 จัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสมรองผ้าและฟองน้ำบริเวณขาและส้นเท้าซ้าย

1.7 ทำแผล Pin ทุกวันพร้อมสังเกตว่ามี Discharge หรือหนองหรือไม่ และสังเกตผิวหนังรอบ Pin site ว่าบวมแดงหรือไม่

2. ประเมินภาวะไข้ โดยวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

3. ดูแลให้ยา Cefazolin 1 gm ทาง Vein ทุก 6 ชั่วโมง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ประเมินผลการพยาบาล: แผล Pin site ไม่มี Discharge หรือหนอง ผิวหนังรอบ Pin site บวมแดง วัดอุณหภูมิร่างกายได้ 37 – 38.5 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 6: เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการ on Calcaneus traction ที่ข้อเท้าซ้าย เช่น แผลกดทับ บริเวณสันเท้าซ้าย และบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ, เท้าตก (Foot drop)

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่รู้วิธีการดูแลตนเองในขณะที่ on Calcaneus traction

O: ผู้ป่วย on Calcaneus traction ที่ข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม

O: ขาซ้ายผู้ป่วยงอไม่เหยียดตรง

วัตถุประสงค์: ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการ on calcaneus traction เช่น แผลกดทับบริเวณสันเท้าซ้าย และบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ, เท้าตก (Foot drop)

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ on calcaneus traction เช่น แผลกดทับบริเวณสันเท้าซ้าย และบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ, เท้าตก (Foot drop)

กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแล
2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อ on calcaneus traction
3. ประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับบริเวณสันเท้าซ้ายและบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ
4. รองที่นอนผู้ป่วยด้วยฟองน้ำ และบริเวณสันเท้าซ้ายรองฟองน้ำเพื่อไม่ให้กดทับกับที่นอน
5. ให้คำแนะนำในการออกกำลังกายขาซ้าย เช่น กระจกปลายเท้าซ้ายขึ้นลง เกร็งกล้ามเนื้อขาซ้าย

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีอาการเท้าตก (Foot drop) และไม่เกิดแผลกดทับ

ปัญหาที่ 7: ผู้ป่วยมีภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุน S : ใบหน้าและเปลือกตาผู้ป่วยซีด, บ่นเหนื่อยและอ่อนเพลีย

O : ผลเลือด Hct = 28-29 % หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ = 24 ครั้ง/นาที ค่า

O₂ Saturation = 97%

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซีด

เกณฑ์การประเมินผล: Hct ผู้ป่วย 32 – 41 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยรับคำสั่งแพทย์ด้วยความระมัดระวัง ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ให้ชัดเจน

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

2. เจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อนำไปตรวจสอบกรุปเลือดโดยการเตรียม Tube พร้อมติดชื่อผู้ป่วยก่อนเจาะเลือดผู้ป่วย เมื่อเจาะเลือดผู้ป่วยถามชื่อ สกุล ผู้ป่วยก่อนเจาะเลือดพร้อมตรวจสอบชื่อที่ Tube ให้ตรงกัน จากนั้นตรวจสอบใบของจองเลือด และใบเบิกเลือด ให้ชื่อสกุล HN ผู้ป่วยให้ถูกต้อง

3. ให้เลือดผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามมาตรฐานการให้เลือด โดยสอบถามชื่อ สกุลผู้ป่วย พร้อมกรุปเลือด ให้ถูกต้องและตรวจสอบกรุปเลือด ให้ตรงกับกรุปเลือดของผู้ป่วย

4. วัดสัญญาณชีพก่อนและหลังให้เลือดตามมาตรฐานการให้เลือด โดยการวัดสัญญาณชีพก่อนให้เลือด และเมื่อให้เลือดแล้ววัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 2 ชั่วโมง จนไม่เปลี่ยนแปลง

5. สังเกตภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังให้เลือด เช่น ผื่นแพ้, อาการเหนื่อยแน่นหน้าอก

6. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น นอนหัวสูง

7. ติดตามผล Hct หลังให้เลือดหมด 1 ชั่วโมง และเข้าวันรุ่งขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับเลือด 2 unit กรุปเลือด B ผล Hct จาก 28% เป็น 32.9% ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด หายใจปกติไม่เหนื่อย RR 20–22 ครั้ง/นาที, P 86 - 92 ครั้ง/นาที, BP 110–120 / 60–90 mmHg

ปัญหาที่ 8: มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด Fasciotomy บริเวณขาซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน S : บ่นปวดแผลผ่าตัดขาซ้าย

O : มีแผลผ่าตัด Fasciotomy บริเวณขาซ้าย แผลมี slough เล็กน้อย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: แผลผ่าตัดไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง ไม่มี Discharge หรือ Bleed ซึม, สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อาการอักเสบ บวม แดง รอบ ๆ แผล มี Discharge หรือ Bleed ซึมออกจากแผล

2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ

3. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง

4. ดูแลเช็ดตัวร่วมกับให้ยา Paracetamol 1 tab oral เพื่อลดไข้และประเมินอาการซ้ำ 30 นาทีหลังให้การพยาบาล

5. ทำความสะอาดแผลทุกวันเช้า โดยยึดหลัก Aseptic technique เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่บริเวณแผลผ่าตัด

6. แนะนำไม่ให้แคะแกะเกาแผลและระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ

7. ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยแบบ Partial bed bath วันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายสะอาดลดการสะสมของเชื้อโรค

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

8. ทำความสะอาดเตียงและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยให้สะอาด เพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรค

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัด และการหายของแผล เช่น การได้รับอาหารโปรตีน ไข่ นม เนื้อ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก เพื่อช่วยในการหายของแผล รวมทั้งน้ำดื่มอย่างน้อย 2,500–3,000 ซีซี/วัน

10. ให้ยา Cefazolin 1 gm vein ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ฝ้าระวังอาการแพ้ยา ได้แก่ มีผื่นคันตามผิวหนัง หายใจลำบาก มีอาการบวมที่บริเวณใบหน้า ลิ้น ริมฝีปากและลำคอ

ประเมินผลการพยาบาล: แผลผ่าตัด Fasciotomy มีเนื้อตายเล็กน้อย มีไข้ T 37.8 – 38.4 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 1 วัน หลังได้ยา Antibiotic และทำแผลทุกวัน แผลแดงดี เย็บปิดแผลได้

ปัญหาที่ 9 : ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยสอบถามถึงวิธีการผ่าตัดและแพทย์จะดมยาสลบ หรือฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง, ไม่สามารถบอกได้ว่าจะต้องปฏิบัติตน ก่อนและหลังผ่าตัดอย่างไร

O: ผู้ป่วยหน้าไม่ยิ้ม ดูกังวล คิ้วขมวด

O: แพทย์ Set OR for ORIF & dual plate & proximal medial locking plate ขาซ้าย under Spinal block

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วย สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง, และสามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้, ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส, สอบถามเรื่องการผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแล

2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อเตรียมตัวผ่าตัดและตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

3. ให้ข้อมูล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติก่อนและหลังการผ่าตัด ดังนี้

3.1 ดูแลดื่มน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัดเพื่อป้องกันการล้าอาหารหลังทำ Spinal Block และขณะทำการผ่าตัด

3.2 เตรียมความสะอาดทางด้านร่างกายเช็ดตัวเปลี่ยนเสื้อผ้า เพื่อลดเชื้อจากภายนอกและป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด

3.3 ดูแลถอดของมีค่าต่างๆที่ผู้ป่วยสวมใส่ก่อนผ่าตัดเช่น สร้อย ฟันปลอม นาฬิกา เครื่องประดับอื่นๆ เป็นต้น ไม่นำติดตัวผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดโดยวิธีSpinal block ป้องกันของมีค่าผู้ป่วยสูญหาย

3.4 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังได้รับการทำ Spinal Block และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการปัสสาวะไม่ออก, อาการชาขา 2 ข้าง เป็นต้น

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

3.5 สอนผู้ป่วยเรื่อง Deep breathing exercise, Effective cough, การออกกำลังกายหลังผ่าตัด Quadriceps exercise

3.4 อธิบายเกี่ยวกับการนอนราบหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง ไม่ลุกก่อนเวลาเพื่อป้องกันการปวดศีรษะ และการปัสสาวะหลังนอนราบครบ 6 ชั่วโมง

3.5 อธิบายเกี่ยวกับการบันทึกสัญญาณชีพตามเวลาหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ

3.6 อธิบายเกี่ยวกับอาการปวดแผล ซึ่งมียาบรรเทาปวดให้เป็นระยะๆ หากผู้ป่วยปวดแผลหลังจากผ่าตัด

4. สอบถามเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดหลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สามารถฝึก Deep breathing exercise และ Effective cough ได้ถูกต้อง มีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสหลังให้ข้อมูล สอบถามเรื่องการผ่าตัดลดลงและคลายความกังวลลง

ปัญหาที่ 10: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน S : “กลับบ้านไปจะต้องทำอะไรบ้าง ไม่มั่นใจเวลาเดิน จะซึมอเตอร์ไซด์ได้อีกหรือไม่”

O : ผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการดูแลตนเองที่บ้านได้, ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ยังต้องกลับไปดูแลต่อ และเดินด้วยไม้ค้ำยัน มีแผลผ่าตัด ORIF with Plate และแผล Fasciotomy ขาซ้าย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องและมีความมั่นใจในการเดินด้วยไม้ค้ำยัน และสภาพบ้านไม่มีความเสี่ยงต่อการล้ม

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเดินด้วยไม้ค้ำยัน การป้องกันการล้มกระดูกหักซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้าน การเดินด้วยไม้ค้ำยันไม่ลงน้ำหนัก ไม่ทิ้งไม้ค้ำยันก่อนแพทย์บอก

2. การป้องกันการล้มกระดูกหักซ้ำ ซึ่งแพทย์จะนัดมาเอาเหล็กที่ใส่เพื่อตามกระดูกข้างในออกอีกครั้ง

3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำมาก ๆ พักผ่อนอย่างเพียงพอ

4. ให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อขาซ้าย และกำลังข้อมือ เพื่อการเดินที่มั่นคง เช่น Quadriceps set, Straight leg raising, Ankle pumps และตระหนักถึงความปลอดภัยในการขับขี่ยานพาหนะ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดการหักซ้ำของกระดูกได้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากมีผลต่อการสร้างเนื้อเยื่อกระดูก ทำให้กระดูกติดช้ากว่าปกติ

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

5. รับประทานยาตามแพทย์สั่งคือ

5.1 Iblex (500mg) 1 cap oral tid.ac ต้องรับประทานติดต่อกันหมดและเฝ้าระวังอาการแพ้ยาได้แก่ มีผื่นคัน ใบหน้าบวมริมฝีปากบวม ลิ้นบวม หรือคอบวม หายใจลำบาก หายใจมีเสียง Wheezing หากพบว่ามีอาการควรรีบพบแพทย์ในทันที และผลข้างเคียงของยาที่พบได้ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ปวดท้อง ท้องเสีย

5.2 Tramol 1 cap oral tid. pc เป็นยาระงับปวด การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น มีผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ถ้าพบอาการผิดปกติ ให้หยุดยา แล้วมาพบแพทย์โดยเร็ว

5.3 Paracetamol (500) 1 tab oral prn ทุก 4 hr. รับประทานเฉพาะเวลามีอาการปวดหรือมีไข้

5.4 CaCO₃ 1 tab oral OD.pc. หลีกเลี่ยงการรับประทานยาพร้อมกันนม

5.5 Vitamin D 2 tab oral pc สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มี discharge ชี้นี้ ปวดตึงแผลเล็กน้อย Pain score 1 คะแนน สามารถเดินด้วยไม้ค้ำยันได้ สัญญาณชีพก่อนกลับบ้าน T 36.6 องศาเซลเซียส P 88 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP 116/78mmHg ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนขณะกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 43 ปี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวันที่ 6 กันยายน 2559 โดย Admit ที่ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุด้วยประสบอุบัติเหตุขั้กระดูกสันหลังคั่นก่อนมาโรงพยาบาล 10 นาที สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ถึงโรงพยาบาล รู้สึกตัวดี มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า มีอาการขาซ้ายบวมผิดปกติ ปวดมาก เวลาขยับจะปวดมากไม่สามารถงอเหยียดเข้าซ้ายได้ ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ถ่ายภาพรังสีขาซ้ายพบกระดูกหน้าแข้งซ้ายหักละเอียด (Comminuted fracture of left Tibia plateau extend to proximal tibia) แพทย์วินิจฉัยโรค Closed fracture of left Tibia plateau with proximal tibia with mild Head injury ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยสัญญาณชีพและสัญญาณประสาทปกติ แพทย์ใส่ไม้ตามขาซ้ายและใส่ Philadelphia collar ที่คอไว้ ให้นอนรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2559 ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22

ครั้ง/นาที่ ระหว่างอยู่ที่ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ แพทย์ทำ Calcaneus Traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม สังเกตภาวะ Compartment syndrome สามารถคลำชีพจรหลังเท้าซ้าย (Dorsalis Pedis pulse) และชีพจรบริเวณเข่าซ้าย (Popliteal pulse) ได้ชัดเจน สามารถกระดูกนิ้วเท้าซ้ายได้ ปลายเท้าซ้ายไม่เย็น สีของผิวหนังปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ Cappillary refill = 2 วินาที ขาซ้ายบวมปวด Pain score = 8-10 คะแนน ได้ยาแก้ปวดเป็นระยะ มีอาการปัสสาวะไม่ออกแพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลปกติ สังเกตภาวะ Compartment syndrome สามารถคลำชีพจรหลังเท้าซ้าย (Dorsalis Pedis pulse) และชีพจรบริเวณเข่าซ้าย (Popliteal pulse) ได้ชัดเจน สามารถกระดูกนิ้วเท้าซ้ายได้ ปลายเท้าซ้ายไม่เย็น สีของผิวหนังปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ Cappillary refill = 2 วินาที ขาซ้ายบวมปวด Pain score = 8-10 ได้ยาแก้ปวดเป็นระยะ มีอาการปัสสาวะไม่ออกแพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลปกติ ผู้ป่วยพักรักษาสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติให้ย้ายมาพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยประกันสังคมได้

ผู้ป่วยย้ายมารักษาตัวตึกประกันสังคม วันที่ 7 กันยายน 2559 หลังสังเกตอาการครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติ รู้สึกตัวดี ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที On Calcaneus Traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม, Retained Foley's catheter ไว้ วันที่ 13 กันยายน 2559 แพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปิดใส่เหล็กเพื่อตามแผ่นเหล็กภายในที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย (ORIF & dual plate & proximal medial lateral locking plate) หลังจากผ่าตัดเสร็จกลับมาที่หอผู้ป่วยประกันสังคม ประมาณ 1 ชั่วโมงหลังกลับจากห้องผ่าตัด เวลา 17.00 น. พบว่าผู้ป่วยปวดน่องซ้ายมาก Pain score = 10 ให้ยาแก้ปวดอาการปวดไม่ทุเลา ขาซ้ายบวมตึง ปลายเท้าซีดเย็น คลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ Cappillary refill = 10 วินาที ความดันโลหิต 110/70 mmHg ทำการวัด Compartment pressure ผล anterior compartment = 40 mmHg และ posterior compartment = 60 mmHg แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Compartment syndrome ได้รับการรักษาโดยทำผ่าตัด Fasciotomy และใส่ Internal fixation with plate ไว้ และภายหลังแผลมีเนื้อตายเล็กน้อย วันที่ 15 กันยายน 2559 แพทย์ผ่าตัด Debridement และเย็บแผล Fasciotomy ไว้ หลวมหลังจากนั้นวันที่ 22 กันยายน 2559 แพทย์จึงเย็บปิดแผล Fasciotomy วันที่ 14 กันยายน 2559 ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct = 28% แพทย์ให้ Pack red cell 1 Unit และวันที่ 15 กันยายน 2559 repeat Hct ได้ = 29% จึงให้ Pack red cell อีก 1 Unit วันที่ 16 กันยายน 2559 repeat Hct ได้ = 32.9% รวมได้ Pack red cell 2 Unit หลังผ่าตัด

ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ 37.8–38.5 องศาเซลเซียส ได้ยา Antibiotic คือ Cefazolin 1 gm ทาง หลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ตั้งแต่วันที่ 13 – 22 กันยายน 2559 รวมได้ยา Cefazolin ฉีดทางหลอดเลือดดำ 10 วัน แพทย์ให้ off สายสวน ปัสสาวะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยปัสสาวะได้ปกติ มีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score = 8-10 คะแนน ได้ยา Morphine 3 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ เป็นระยะ จนอาการปวดทุเลา วันที่ 19 กันยายน 2559 แพทย์ให้ Off Radivac drain จึงให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยฝึกเดินด้วยไม้ค้ำยัน ให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมถึงการเตรียมสภาพบ้านที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักรักษาตัวต่อ วันที่ 23 กันยายน 2559 แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยไม่ให้น้ำหนักที่เท้าซ้าย ใช้ไม้ค้ำยันพยุงเวลาเดิน ให้ยา Ibelex, Calcium, Vitamin D, Tramol และ Paracetamol ไปรับประทาน นัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการติดหายของกระดูกหน้าแข้งซ้าย และให้ไปทำแผลบริเวณแผลเย็บ Fasciotomy ต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองที่ 3 รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน ปัญหาและการพยาบาลสำคัญ คือ มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย, เสี่ยงต่อการติดเชื้อ, เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล, มีภาวะช็อค และผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลและทีมสหวิชาชีพได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการดูแลตนเองตั้งแต่หลังแรกเป็นระยะเพื่อพร้อมกลับไปอยู่บ้าน โดยเตรียมสภาพบ้านให้เหมาะสมไม่เสี่ยงต่อการล้มกระดูกหักซ้ำ ผู้ป่วยเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันพยุงตัวไม่ลงน้ำหนักเท้าซ้าย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดมาพบเป็นระยะ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้หญิงวัยทำงาน มาโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุทางการจราจรที่เกิดโดยไม่คาดคิด มีกระดูกหน้าแข้งหักแบบไม่มีแผลเปิด ซึ่งเป็นบริเวณที่เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) ได้มาก เนื่องจากพื้นที่กล้ามเนื้อน้อย และภาวะ ความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินและดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) ได้ทันทั้งที่และประสานงานกับแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว จึงจะช่วยรักษาผู้ป่วยไว้ได้ผู้ป่วยไม่พิการ ไม่สูญเสียอวัยวะ ในผู้ป่วยรายนี้แม้จะได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีแต่เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) หลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลพบภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ขาซ้ายได้อย่างรวดเร็วรายงานแพทย์ได้ทัน แพทย์จึงทำการผ่าตัดกรีดเนื้อเยื่อเพื่อลดความดันในช่องกล้ามเนื้อได้อย่างทันทั้งที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่เสียขาข้างซ้ายไป หลังจาก

นั้นนักกายภาพได้ฝึกผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันรวมถึงการเดิน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เดินได้โดยใช้ไม้ค้ำยัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) เป็นภาวะฉุกเฉินแม้ช่วงแรกจะยังไม่เกิดแต่สามารถเกิดได้ตลอด พยาบาลจะต้องมีความรู้ในพยาธิสภาพของอวัยวะ การประเมิน และการพยาบาลที่สำคัญ

บทสรุป

จากอุบัติเหตุทางการจราจรที่เกิดขึ้นแม้จะไม่รุนแรง แต่ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) เกิดได้ตลอดการรักษา และมีความรุนแรง ผู้ป่วยอาจต้องสูญเสียขาเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงซึ่งแม้ว่าจะเป็นภาวะที่พบได้น้อย แต่จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จำเป็นต้องได้รับการ รักษาอย่างทันท่วงที ผลจากการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องกล้ามเนื้อจะกดการไหลเวียนหลอดเลือดฝอยและการทำงานของเส้น ประสาท ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงและเน่าตายได้อย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ เส้นประสาทสูญเสียหน้าที่ เกิดความพิการ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จุดเน้นสำหรับปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงคือความสามารถในการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงให้ได้ตั้งแต่ในระยะแรกๆ สิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามดังกล่าวข้างต้น ไม่ต้องสูญเสียอวัยวะ ดังตัวอย่างกรณีศึกษา สำหรับการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ได้ ใช้หลัก 7 P สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ง่ายเพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษอื่นใด พยาบาลเพียงแต่อาศัยทักษะการสังเกตและการตรวจร่างกายเบื้องต้นก็สามารถประเมินภาวะนี้ได้ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วรณัฐ ทิพย์ธีระพงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบละเอียดไม่มีแผลเปิด และมีความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4 . 2558; ปีที่17 (กันยายน-ธันวาคม) 237-244
2. วรณัฐ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคออร์โธปิดิกส์. 6, editor. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2561.

3. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง : แนวคิดและการปฏิบัติ การพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล. 2555; ปีที่ 39 (กันยายน - ธันวาคม) : 65 - 74.

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. - ธ.ค. 2562

4. สุรกิจ ยศพล. งานวิจัยอุบัติการณ์กลุ่มอาการความดันเพิ่มในช่องกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหัก ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลมหาสารคาม: 2550
5. อนุชา ไทยวงษ์, กัญญาพัชร เป้าทอง, ทตถณ พลไชย, ฉัตรชัย แป้งหอม, จุฑามาศ นุชพล. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์: บทบาทพยาบาลในการประเมินและการป้องกัน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; ปีที่ 17(กันยายน - ธันวาคม) : 17-24.
6. Verwiebe EG, Kanlic EM, Saller J, Abdelgawad A. Thigh compartment syndrome, presentation and complications. Bosn J Basic Med Sci. 2009;9 (Suppl 1):S28.
7. Via AG, Oliva F, Spoliti M, Maffulli N. Acute compartment syndrome. Muscles Ligaments Tendons J. 2015;5(1):18-22
8. von Keudell AG, Weaver MJ, Appleton PT, Bae DS, Dyer GS, Heng M, et al. Diagnosis and treatment of acute extremity compartment syndrome. The Lancet.2015;386(10000):1299-310.
9. Walls MH. Compartment syndrome: an orthopedic emergency. Emerg Nurs J. 2017; 43(4):303-7.

ความคงตัวและความปราศจากเชื้อของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

นิลวรรณ ชนานิรมิตผล
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความคงตัวด้าน ความเป็นกรด – ด่าง และความปราศจากเชื้อของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง โดยวัดค่าความเป็นกรด – ด่าง (pH Value) ของ 3% NaCl Eye Drops จำนวน 25 ตัวอย่าง วัดค่าทุก 2 อาทิตย์/1 ครั้งๆ ละ 1 ตัวอย่าง จำนวน 25 ครั้ง (12 เดือน) โดยใช้ pH Meter พบว่า ความเป็น กรด – ด่าง ของ 3% NaCl Eye Drops มีค่าเฉลี่ย 6.73 เมื่อเปรียบเทียบกับ 3% Sodium Chloride Injection 500 cc. ที่นำมาใช้ผลิต 3% NaCl Eye Drops ที่มีค่าความเป็นกรด – ด่าง 6.75 ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p > .05$), จากการทดสอบสภาพไร้เชื้อ (Sterility test) ตามมาตรฐาน USP 39 โดยทดสอบทุก 2 อาทิตย์/1 ครั้งๆ ละ 1 ตัวอย่าง จำนวน 25 ครั้ง (12 เดือน) ผลลัพธ์ คือ ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อทั้ง 25 ตัวอย่าง

สรุปได้ว่า 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี มีความคงตัวด้านความเป็นกรด – ด่าง และมีความปราศจากเชื้อตลอดระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต

คำสำคัญ : ค่าความเป็นกรด – ด่าง , ความปราศจากเชื้อ , 3% NaCl Eye Drops

Abstract : Stability and sterility of 3% NaCl Eye Drops produced at Singburi Hospital.

Chananimithphol, N B.S. Pharmacy, M.P.H

Pharmacy Department, Singburi Hospital

The purpose of this quasi-experimental study was to study the stability of acidity- alkalinity and sterility of 3 % NaCl Eye Drops produced in Singburi Hospital for 12 months from the production date, at room temperature. By measuring the pH value of 3% NaCl Eye Drops, 25 samples, 2 weeks/time/1 sample for 25 times (12 mouths) by using pH Meter. Found that the pH value of 3 % NaCl Eye Drops averaged 6.73 compared to 3 % Sodium Chloride Injection 500 cc. used to produce 3% NaCl Eye Drops with a pH of 6.75 which is not different ($p > .05$),

from the sterility test in accordance with USP 39 standard, 2 weeks / 1 test / 1 sample for 25 times (12 months). The result is that no contaminated samples were found in all 25 samples.

Conclusion, 3% NaCl Eye Drops produced at Singburi Hospital are stability in acid-base and sterile for a period of 12 months from the production date.

Keywords: pH value, Sterility, 3% NaCl Eye Drops

บทนำ

3% NaCl Eye Drops เป็น Hypertonic Ophthalmic Solution ใช้ในผู้ป่วยที่มีกระจกตาบวม (corneal edema) การบวมของกระจกตาดำมักเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บและสายตามัวลง สาเหตุของการเกิดกระจกตาบวม (corneal edema) อาจเกิดจาก ความผิดปกติของชั้น endothelium หรือ epithelium ของกระจกตาตัวเอง, โรคต้อหิน¹, การติดเชื้อที่ตา หรือการผ่าตัดต้อกระจก² ส่วนกลไกการออกฤทธิ์ของ 3% NaCl Eye Drops ซึ่งยาที่มีความเข้มข้นมากกว่าของเหลวภายในเซลล์ จึงดึงน้ำออกจากเซลล์ได้ การนำมาใช้ใน รูปแบบยาหยอดตา จะช่วยลดของเหลวที่คั่งอยู่ในกระจกตาที่บวม จึงใช้เพื่อลดอาการบวมของกระจกตาในผู้ป่วยที่มีกระจกตาบวม (corneal edema)²

Hypertonic substances ใช้เพื่อที่จะดูดน้ำออกจากกระจกตาที่บวม ทำให้กระจกตาใสขึ้นชั่วคราวเพื่อการตรวจรักษาในขั้นต่อไป ที่นิยมใช้มากที่สุดคือ glycerin นอกจากนี้มี 2% - 8% NaCl

เนื่องจากดวงตาเป็นเนื้อเยื่อที่บอบบางมากและติดเชื้อง่าย ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงในการผลิตยาตา คือ ความเข้มข้น (tonicity), ความเป็นกรด – ด่าง (pH value), ความคงตัวและความปราศจากเชื้อ (sterility) ยาหยอดตาที่มี pH อยู่ระหว่าง 7.3-7.7 เมื่อใช้หยอดตาจะทำให้ไม่แสบตาและสบายตา เนื่องจากใกล้เคียงกับ pH ของน้ำตา แต่อย่างไรก็ตามค่า pH ที่เหมาะสมสำหรับยาตา คือ 4-8³ และยาหยอดตาต้องปราศจากเชื้อโรค เพราะ ปัญหาที่เกิดการติดเชื้อที่ตามักเกิดจากการใช้ยาหยอดตาที่มีการปนเปื้อนของเชื้อหรือยาหยอดตาที่หมดอายุ⁴

Hypertonic Ophthalmic Solution ที่ใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี มียา 1 รายการคือ 3% NaCl Eye Drops ซึ่งยาดังกล่าวผลิตขึ้นใช้เองในโรงพยาบาล เป็นประเภทยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย (Extemporaneous compounding) ซึ่งผู้ป่วยรอรับยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย ใช้เวลาประมาณ 40 นาที/ครั้ง (เวลาตั้งแต่ ผู้ป่วยยื่นใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยา รอจนกระทั่ง งานเภสัชกรรมการผลิตซึ่งเป็นผู้ผลิต เตรียมยาแล้วเสร็จและส่งยาเตรียมกลับมาห้องจ่ายยาเพื่อจ่ายให้ผู้ป่วย) เนื่องจาก การเข้าปฏิบัติงานในสถานที่สะอาดเพื่อผสมยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายชนิดยาปราศจากเชื้อ ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานวิธีการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure; SOP) หลายเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น SOP การเปลี่ยนชุดแต่งกาย, SOP การทำความสะอาดบริเวณที่ทำการผลิต (work station) และ SOP การเตรียมยาโดยวิธี Aseptic technique⁶ เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาความคงตัวและความปราศจากเชื้อของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี จึงมีความสำคัญ

หากวิเคราะห์ผลการศึกษาลแล้วได้ประโยชน์กับผู้ป่วยเมื่อนำสู่การปฏิบัติ จะสามารถช่วยแก้ปัญหาเรื่องระยะเวลาการรอคอยยาของผู้ป่วยได้ กล่าวคือช่วยลดระยะเวลาการรอคอยยาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

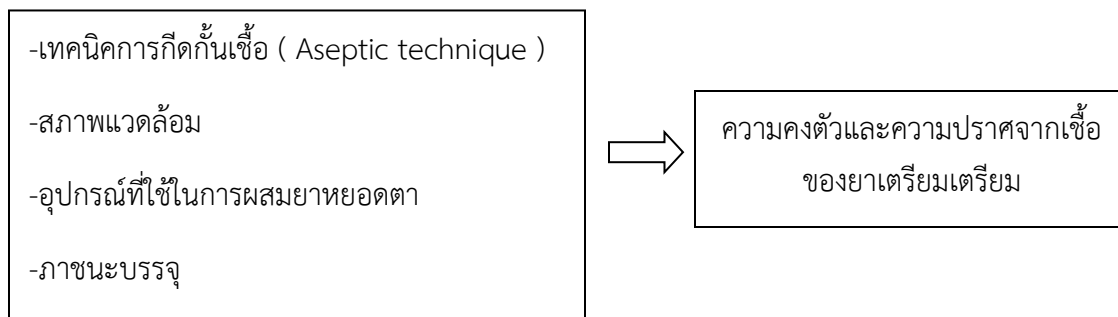
1. ศึกษาความคงตัว ด้านความเป็นกรด – ด่าง (pH) ของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง เปรียบเทียบกับ ความเป็นกรด – ด่าง (pH) ของ 3% Sodium Chloride Injection 500 cc. ที่นำมาใช้ผลิต 3% NaCl Eye Drops
2. ศึกษาการทดสอบสภาพไร้เชื้อ (sterility test) ของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ความคงตัว (Stability) ในการศึกษาหมายถึง ความคงตัวด้านความเป็นกรด – ด่าง (pH) เท่านั้น
2. การทดสอบสภาพไร้เชื้อ (Sterility test) หมายถึง การทดสอบการมีเชื้อจุลินทรีย์อยู่ในสิ่งที่นำมาทดสอบ ซึ่งยาที่ปราศจากเชื้อจะต้องมีคุณสมบัติปราศจากเชื้อจุลินทรีย์
3. Growth Promotion Test หมายถึง การทดสอบที่เป็นการแสดงให้เห็นว่า อาหารเลี้ยงเชื้อนั้นมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ ในการศึกษาเชื้อจุลินทรีย์ที่ใช้ทดสอบ เป็นเชื้อมาตรฐานที่มีใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี
4. 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี หมายถึง การผลิต 3% NaCl Eye Drops โดยงานเภสัชกรรมการผลิต ในสถานที่และสภาพแวดล้อมที่กำหนดตามบริบทของโรงพยาบาลสิงห์บุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเตรียมยาหยอดตา เป็นยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย (Extemporaneous compounding) ในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในผู้ป่วยเฉพาะราย และผลิตภัณฑ์ต้องมีความคงตัวและปราศจากเชื้อ ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยข้อง ได้แก่ -เทคนิคการกีดกันเชื้อ (Aseptic technique), สภาพแวดล้อม อุปกรณ์ที่ใช้ในการผสมยาหยอดตา และภาชนะบรรจุ



วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) โดยหาค่าความเป็นกรด – ด่าง (pH value) และการทดสอบสภาพไร้เชื้อ (Sterility test) ของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน ภายหลังการผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง

อุปกรณ์และเครื่องมือ

1. ตัวกรอง (Micro filter) pore size 0.2 micrometer (Gema Medical S.L)
2. Sterile Syringe ขนาด 30 cc.
3. Sterile Needle
4. ขวดบรรจุยาหยอดตาปราศจากเชื้อ ขนาดบรรจุ 20 cc. ผลิตจาก Low Density Polyethylene (LDPE) ทำให้ปราศจากเชื้อโดย Gamma Ray 25 KGray จาก บริษัท ที่จำหน่ายให้โรงพยาบาลสิงห์บุรี (บริษัทปัญญฤกษ์ จำกัด กทม.)
5. เครื่องวัดความเป็นกรด – ด่าง (pH Meter ยี่ห้อ SI Analytics รุ่น LAB 855 S/N 18481351)

สารที่ใช้

1. 3 % Sodium Chloride Injection 500 cc. (General Hospital Product ; GHP) Lot. 1611212 Mfg. 30/11/16 Exp. 30/11/21
2. อาหารเลี้ยงเชื้อ (Culture Media) ใช้ commercial media ได้แก่
 - 2.1 Soybean –Casein Digest Medium / Tryptic Soy Broth (TSB)
 - 2.2 Fluid Thioglycollate Medium (FTM)
3. เชื้อทดสอบที่ใช้ในการทำ Growth Promotion Test
 - 3.1 *Staphylococcus aureus*; ATCC 25923
 - 3.2 *Bacillus subtilis*; ATCC 9372
 - 3.3 *Pseudomonas aeruginosa*; ATCC 27853

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตโดย งานเภสัชกรรมการผลิต โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผลิตวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ.2560 จำนวน 50 x 15 cc. เก็บที่อุณหภูมิห้อง โดยแบ่งเป็น 2 ชุด ชุดละ 25 ขวด

ชุดที่ 1 สำหรับใช้ศึกษาค่าความเป็นกรด – ด่าง

ชุดที่ 2 สำหรับใช้ศึกษาการทดสอบสภาพไร้เชื้อ (Sterility test)

วิธีการเตรียม 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

เตรียม 3% NaCl Eye Drops โดยแบ่งบรรจุจาก 3% Sodium Chloride Injection 500 cc. ใช้ sterile Syringe ขนาด 30 cc. ดูด 3% Sodium Chloride Injection 500 cc. ผ่านตัวกรอง (Micro filter)

pore size 0.2 micrometer จำนวน 15 cc. บรรจุใส่ขวดยาหยอดตาปราศจากเชื้อ จำนวน 50 ขวด บริเวณบรรจุยาภายใต้ Laminar air Flow ซึ่งอยู่ในห้องที่มีระบบปรับอากาศแบบท้อ และการแต่งกายปฏิบัติงานปฏิบัติตามมาตรฐาน GMP

ระยะเวลาที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลา 12 เดือน 11 วัน ตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม 2560 – 6 มิถุนายน 2561

วิธีการศึกษา

1. วัดค่าความเป็นกรด - ด่าง (pH value) ของ 3% Sodium Chloride Injection 500 cc. ที่นำมาใช้ผลิต 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

2. วัดค่าความเป็นกรด - ด่าง (pH value) ของ 3% NaCl Eye Drops ชุดที่ 1 ด้วย เครื่องวัดความเป็นกรด - ด่าง (pH Meter) 2 อาทิตย์/1 ครั้ง ครั้งละ 1 ตัวอย่าง จำนวน 25 ครั้ง

3. การทดสอบสภาพไร้เชื้อ (Sterility test) โดยนำ 3% NaCl Eye Drops ชุดที่ 2 มาเพาะเชื้อในอาหารเลี้ยงเชื้อด้วยวิธี Direct inoculation ตามมาตรฐาน USP โดยนำ 3% NaCl Eye Drops จำนวน ½ ของปริมาตรที่บรรจุของขวด (7.5 cc.) แต่ละ 7.5 cc. ใส่ลงใน Culture Media ดังนี้ คือ

3.1 Soybean – Casein Digest Medium/Tryptic Soy Broth (TSB) ปริมาตร 80 cc. สำหรับเพาะเชื้อ เพาะบ่มเชื้อที่ อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส (20-25° C) เป็นเวลา 14 วัน

3.2 Fluid Thioglycollate Medium (FTM) ปริมาตร 80 cc. สำหรับเพาะเชื้อ เพาะบ่มเชื้อที่อุณหภูมิ 35 องศาเซลเซียส (30-35° C) เป็นเวลา 14 วัน

อ่านความขุ่นของอาหารเลี้ยงเชื้อทั้ง TSB และ FTM โดยทำการทดสอบ 2 อาทิตย์/1 ครั้ง ครั้งละ 1 ตัวอย่าง จำนวน 25 ครั้ง (12 เดือน)

4. การทดสอบ Growth Promotion Test โดย

4.1 ใส่เชื้อทดสอบ *Bacillus subtilis*; ATCC 9372 ลงใน TSB เพาะบ่มเชื้อที่ อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส (20-25° C) เป็นเวลาไม่เกิน 3 วัน อ่านความขุ่นของอาหารเลี้ยงเชื้อ

4.2 ใส่เชื้อทดสอบ *Staphylococcus aureus*; ATCC 25923 และ *Pseudomonas aeruginosa*; ATCC 27853 ลงใน FTM แต่ละหลอด เพาะบ่มเชื้อที่ อุณหภูมิ 35 องศาเซลเซียส (30 - 35°C) เป็นเวลาไม่เกิน 3 วัน อ่านความขุ่นของอาหารเลี้ยงเชื้อ

ผลการศึกษา

1. ความเป็นกรด - ด่าง (pH value) ของ 3% Sodium Chloride Injection 500 cc. ที่นำมาใช้ผลิต 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี มีค่าเท่ากับ 6.75

2. ความเป็นกรด - ด่าง (pH value) ของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง มีค่าสูงสุด 6.82, ต่ำสุด 6.67 โดยมีค่าเฉลี่ย 6.73 ค่า SD 0.03 ดังแสดงในตาราง 1

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเป็นกรด – ด่าง (pH value) ของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง

วันเดือนปี	ขวดที่	ระยะเวลานวันที่	ค่าความเป็นกรด – ด่าง
25-พ.ค.-60	1	0	6.75
08-มิ.ย.-60	2	14	6.73
22-มิ.ย.-60	3	28	6.76
06-ก.ค.-60	4	42	6.74
20-ก.ค.-60	5	56	6.74
03-ส.ค.-60	6	70	6.70
17-ส.ค.-60	7	84	6.76
31-ส.ค.-60	8	98	6.75
14-ก.ย.-60	9	112	6.72
28-ก.ย.-60	10	126	6.71
12-ต.ค.-60	11	140	6.70
26-ต.ค.-60	12	154	6.78
09-พ.ย.-60	13	168	6.76
23-พ.ย.-60	14	182	6.77
7-ธ.ค.-60	15	196	6.82
21-ธ.ค.-60	16	210	6.76
4-ม.ค.-61	17	224	6.73
18-ม.ค.-61	18	238	6.74
01-ก.พ.-61	19	252	6.78
15-ก.พ.-61	20	266	6.72
01-มี.ค.-61	21	280	6.71
15-มี.ค.-61	22	294	6.67
29-มี.ค.-61	23	308	6.73
26-เม.ย.-61	24	336	6.71
24-พ.ค.-61	25	363	6.72

3. การทดสอบสภาพไร้เชื้อ (Sterility test) ของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต ผลการทดสอบ อาหารเลี้ยงเชื้อใส่ทุกขวดทดสอบ ซึ่งหมายถึง ไม่พบเชื้อใน 3% NaCl Eye Drops ที่ทดสอบ ทั้ง 25 ตัวอย่าง

4. การทดสอบ Growth Promotion Test ผลการทดสอบ อาหารเลี้ยงเชื้อขุนทุกหลอดทดสอบ หมายถึง อาหารเลี้ยงเชื้อนั้นมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์

สรุปและวิจารณ์ผล

1. ค่าความเป็นกรด – ด่าง (pH value) ของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง มีค่าเฉลี่ย 6.73 เมื่อเปรียบเทียบกับ 3% Sodium Chloride Injection 500 cc. ที่นำมาใช้ผลิต 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี มีค่าเท่ากับ 6.75 ผลวิเคราะห์ one sample t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แสดงถึง 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง มีความคงตัว ด้านความเป็นกรด – ด่าง และ มีค่าเหมาะสมสามารถใช้หยอดตาได้ เนื่องจาก pH ที่เหมาะสมสำหรับยาตา คือ 4-8

2. การทดสอบสภาพไร้เชื้อ (Sterility test) ของ 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อ จึงเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ด้านความปราศจากเชื้อของยาหยอดตา

3. การที่ค่าความเป็นกรด – ด่าง ไม่ต่างกัน ($p > .05$) ระหว่าง 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระยะเวลา 12 เดือน นับแต่วันผลิต เก็บที่อุณหภูมิห้อง กับ 3% Sodium Chloride Injection 500 cc. ที่นำมาใช้ผลิต 3% NaCl Eye Drops และไม่พบการปนเปื้อนเชื้อ แสดงได้ว่า 3% NaCl Eye Drops ที่ผลิตใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี มีอายุการใช้งานได้นาน 12 เดือนนับแต่วันผลิต โดยสามารถเก็บที่อุณหภูมิห้องได้

ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมตัวอย่างเพื่อใช้ทดสอบเพียง 25 ตัวอย่าง/ชุด เท่านั้น ทำให้การทดสอบทั้ง ค่าความเป็นกรด – ด่าง และ สภาพการไร้เชื้อได้เพียง 25 ครั้ง ความถี่ 2 อาทิตย์/1 ครั้ง (12 เดือน) ซึ่งในระยะเวลาดังกล่าว ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงของตัวอย่าง ซึ่งหากมีตัวอย่างจำนวนมากพอที่จะศึกษาต่อไป เพื่อให้ทราบถึงวันเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของตัวอย่าง ดังนั้นหากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรเตรียมตัวอย่างให้มากพอที่ทำการศึกษายาวนานกว่า 12 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีต้องขอขอบคุณ นางสมบัติ พรหมคำ กลุ่มงานพยาบาลวิทย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่ช่วยเหลือทางด้านการเตรียมเชื้อทดสอบและการเพาะบ่มเชื้อ พร้อมทั้งขอขอบคุณ เกษัชกรอภิชัย วรภัทรชัย หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่แนะนำสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ประจักษ์ ประจักษ์เวช. การใช้ยาทางจักษุวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ศรีบุญอุตสาหกรรมการพิมพ์; 2529.
2. หน่วยคลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 3% Sodium Chloride ใช้หยอดตารักษาโรคอะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: www.pharmacy.mahidol.ac.th/dic/qa_full.php?id=7683

3. นวกรณ์ วิมลสารวงค์. หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาตาในโรงพยาบาล. ใน: วนิตา เตชะวาสน์, นวกรณ์ วิมลสารวงค์, พรศรี อิงเจริญสุนทร, บรรณาธิการ. Pediatric Extemporaneous Compounding ยาเตรียมพิเศษเฉพาะรายสำหรับเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ ; 2552. 17-22.
4. มหาวิทยาลัยมหิดล. บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน ข้อควรรู้เกี่ยวกับยาหยอดตาที่ไม่ควรมองข้าม [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge
5. กฤษณ์ สุขนันท์ธะ, เบญจมาภรณ์ อภิรมณ์รักษ์. แนวทางการผลิตยาเตรียมปราศจากเชื้อในโรงพยาบาล ตาม ASHP Guideline on Compounding Sterile Preparations [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=411
7. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. เกสซ์ตำรับโรงพยาบาล พ.ศ 2549 (List of Hospital Formulary A.D. 2006). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2549. 76-80.
8. โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). คู่มือการดูแลโรคตาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่3. นครปฐม: เพชรเกษมพรินต์ติ้งกรุ๊ป; 2558.
9. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. Biological Assay: Safety test [อินเทอร์เน็ต]. 2016 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/Administrator/Downloads/2_Safety%20&%20Impurities.pdf
10. มหาวิทยาลัยนเรศวร. การทดสอบสภาพไร้เชื้อ (sterility test) [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: www.dcms.lib.nu.ac.th/dcms/TDC2552/0694/chapter2.pdf
11. Drugfuture. Microbiological Tests / <71>Sterility Tests 69 [Internet]. 2554 [cited 2019 Oct 10]. Available from: www.drugfuture.com/Pharmacopoeia/usp35/PDF/00690074%20%5b71%5d%20STERILITY%20TESTS.pdf
12. Khripun KV, Nizametdinova YS, Varganova TS. Therapeutic efficacy of 3% NaCl hypertonic solution in postoperative corneal edema.Opthamol J 2018; 11: 81-6.
13. World Health Organization. Test For Sterility [Internet]. 2012 [cited 2019 Oct 10]. Available from: www.who.int/medicines/publications/pharmacopoeia/TestForSterility-RevGenMethod.QAS11-413FINALMarch2012.pdf

การพยาบาลรูปแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะ สุดท้าย : กรณีศึกษาเยี่ยมบ้าน

ณิกมล เปียอยู่

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลพยาบาลพัฒนานิคม

บทคัดย่อ

มะเร็งปอดระยะสุดท้าย เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ ตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การรักษามะเร็งปอดระยะ ลุกลาม จนถึงเข้าสู่ระยะท้ายของโรคนี้นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประคับประคอง ลดการลุกลามของโรค และ บรรเทาความทุกข์ทรมาน

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี วินิจฉัยเป็น Small RLL Carcinoma with hepatic metastasis ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมะเร็ง แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านและให้ยา Morphine บรรเทา ปวดกลับมารับประทานที่บ้าน ส่งเข้าดูแลทีมประคับประคอง (Palliative care) ผู้ป่วยได้รับติดตามเยี่ยม บ้านจำนวน 4 ครั้ง ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วย จัดการอาการรบกวน ต่าง ๆ และให้ยาได้ถูกต้องตาม คำแนะนำ ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการที่วางแผนล่วงหน้า โดยปฏิเสธการช่วยฟื้นคืน ชีพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองรวมระยะเวลา 2 เดือน

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการประเมินและวางแผนการดูแลเป็นระยะกับทีมสุขภาพ ต้องมี ความรู้และความเข้าใจ มีสัมพันธภาพที่ดี สามารถประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม จัดการ ตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมด้วยความเมตตาและเอื้ออาทร พยาบาลจึงมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วย ในการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและที่สำคัญคือ การเตรียมผู้ดูแลและครอบครัว ให้สามารถปรับตัวกับสภาพ การเจ็บป่วยที่บ้านของผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย อารมณ์ทัศนคติ และการพึ่งพาอาศัย ผู้อื่น เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การพยาบาลรูปแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย

Abstract : Palliative nursing care of lung cancer patient in the final stage: Home visit case study

Advanced lung cancer is the stage that cancer cells spread to another part of the body leading to various complications and then patients who suffer from physical and mental illness. Advanced lung cancer treatment until the final stage of this disease aim to palliate, reduce the spreading of disease and relieve the suffering.

In case study, a Thai man patient, 77 year old, was diagnosed as small RLL carcinoma with hepatic metastasis and he refused treatment at Cancer hospital. Thus the doctor prescribed the morphine drug for pain relief when the patient stay at home. The

patient was followed-up for 4 times by palliative care team. Caregiver can care the patient, manage the disturbance symptoms and correctly administered of drug to patient as suggestion from palliative care team. The patient was received palliative nursing care for 2 months. Finally, the patient died peacefully at home with refusing of the cardiopulmonary resuscitation.

Nurse should be evaluated and planed periodically for nursing care with the health team and had the knowledge, understanding, good relationship and could be evaluated the physical, mental, social, and spiritual needs of patient and patient's family. In addition, the nurse can be manage and appropriately respond the needs and conform to the society and culture with kindness and generosity. Nurse is a key role in preparation of patient to access to end-of-life. The preparation for adaptation of caregiver and family for the illness condition of the patient in side of roles, physical, self-concept, and dependence are important for appropriate nursing care of patient.

Keywords: Palliative nursing care, lung cancer patient in the final stage

บทนำ

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ.2561 พบว่าตัวเลขผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้น เป็น 9.6 ล้านคน ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่และผู้เสียชีวิตอยู่ในทวีปเอเชีย และแนวโน้มปี พ.ศ.2583 หรืออีก 22 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 29.30 ล้านคน และอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 16.30 ล้านคน ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามะเร็ง ปอดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกมากที่สุด ถึง 1.80 ล้านคน¹ และในประเทศไทย พบว่ามะเร็งปอดเป็นอันดับสามในเพศชาย และเป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งมดลูก และมะเร็งลำไส้ ในเพศหญิง² ซึ่งระยะที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดจะพบในระยะลุกลาม คือ ระยะ 3 และ ระยะ 4 เฉลี่ยร้อยละ 17.96, 61.14 ตามลำดับ ประกอบกับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดในระยะลุกลาม จะมุ่งเน้นที่การรักษาแบบประคับประคอง และการควบคุมโรคให้ลุกลามช้าที่สุด³

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น⁴ อีกทั้งช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้น การรักษาจนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยใช้หลักการดูแลแบบองค์รวม เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีมีคุณภาพต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล⁶

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา จึงมีความสำคัญมาก มุ่งหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียด ปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ลดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้าย

อย่างมีคุณภาพตามศักยภาพของตนเองและครอบครัว^{4,7} ซึ่งการดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ดังกล่าวนั้น พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการดูแลจัดการ เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อน และต้องมีทักษะและองค์ความรู้ในการวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดี

กรณีศึกษา

ผู้ศึกษาได้ทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม มาเป็นกรณีศึกษาครั้งนี้ โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยส่งเข้าดูแลทีมประคับประคอง (Palliative care) ติดตามให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องที่บ้านจนผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของญาติ

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 77 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีบุตร 4 คน ภูมิลำเนา จังหวัดลพบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่อิ่ม ไอบ่อยมีเสมหะ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพัฒนานิคม วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2562 แพทย์วินิจฉัย Plural effusion ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เจาะน้ำในช่องปอดส่งตรวจ Cytology ในระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล แก้ไขภาวะเหนื่อย และชืด จากการติดตามผลการตรวจน้ำในช่องปอด ผล Metastasis adenocarcinoma ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม เพื่อหา Primary CA จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง และช่องอก ผล Small RLL Carcinoma with hepatic metastasis วางแผนรักษาต่อที่โรงพยาบาลมะเร็ง ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมาประมาณ 14 ปี รักษาด้วยการรับประทาน Amlodipine (5) 1 tab oral OD รักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ปฏิเสธการแพ้ยา และสารเคมี หยุดดื่มสุรามา 10 ปี สูบบุหรี่ประมาณ 5-6 มวนต่อวัน เป็นประจำทุกวัน ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่มาประมาณ 2 ปี ไม่เคยผ่าตัดใด ๆ มาก่อน

ครอบครัวและสภาพที่อยู่อาศัย

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา และมีบุตร 4 คน เป็นบุตรชาย 2 คน และบุตรสาว 2 คน บุตรทุกคนมีครอบครัวแล้ว และแยกไปอยู่บ้านของตัวเองซึ่งอยู่ไม่ห่างจากบ้านของผู้ป่วยมากนัก ทุกคนในครอบครัวมีความรักใคร่กันดี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ที่อยู่อาศัย เป็นบ้านสองชั้น ชั้นบนเป็นไม้ ชั้นล่างเป็นปูน โดยบริเวณรอบๆ ปลูกไร่ข้าวโพดขาย

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: ชายไทยวัยสูงอายุ รูปร่างผอม ผิวขาว หน้าตาไม่สดชื่น ท่าทางอ่อนเพลีย น้ำหนัก 60.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.70 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/89 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: พุดคุยถามตอบรู้เรื่องดี การแสดงออกของอารมณ์ได้ปกติ ทำตามคำสั่งได้

ผิวหนัง ขนเล็บ: ผิวขาวเหลือง ค่อนข้างซีด มีรอยแห้งเหี่ยวตามวัย เล็บตัดสั้น สะอาดดี ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ค่อนข้างซีด

สีระและใบหน้า: รูปสีระกลม สมมาตรดี ผมมีสีขาวเทาสะอาดดี ไม่มีผมร่วง ไม่มีแผลที่สีระ
ตา หู จมูก: ตาซ้ายมองเห็นปกติ ตาขวาขาวขุ่นเล็กน้อย มีต้อเนื้อที่ตาขวา เปลือกตาล่าง 2 ข้างดู
ซีด ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากตา หูได้ยินชัด 2 ข้าง ใบหูสมมาตรกัน ไม่มีของเหลวใดๆ ออกจากหู จมูกไม่มี
แผล ไม่มีสารคัดหลั่งใดๆออกมา ไม่มีก้อนใดๆ ในรูจมูก

ปาก: ลิ้นสีชมพูแดง ไม่มีแผล เหงือกสีชมพูปกติ ไม่มีฟันผุ

คอ: คอไม่บวมโต ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อม้ำเหลืองที่คอบวมโต 2 ข้าง กดเจ็บ

ทรวงอก: หลอดลมอยู่ตรงกลาง การเคลื่อนไหวและการขยายตัวของทรวงอกไม่เท่ากัน ข้างซ้าย
ขยายน้อยกว่าข้างขวา และขยายได้น้อยในขณะหายใจเข้า มีเสียง Wheezing และเสียง Crepitation ทั้ง
สองข้าง หัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ปลายมือปลายเท้า
ค่อนข้างซีด

ท้อง: คลำบริเวณหน้าท้องนุ่ม เคาะโปร่งไม่มีท้องอืด ไม่มีรอยฟกช้ำใดๆ เสียงการเคลื่อนไหวของ
ลำไส้ (Bowel sound) 5-6 ครั้งต่อนาที

กล้ามเนื้อและแขนขา: แขนขา 2 ข้าง สมมาตรกันดี ไม่มีแผล รอยฟกช้ำใดๆ ขาทั้งสองข้างบวม
เล็กน้อย กดบวม เกรด 1

การประเมินด้านจิตสังคม

การรับรู้และสติปัญญา: ผู้ป่วยเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สามารถอ่านเขียนได้ ตอบคำถาม
โต้ตอบได้ สามารถอ่านฉลากยาได้ จัดยารับประทานเองได้

การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: ผู้ป่วยเป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี พูดคุยสนุกสนาน เข้ากับผู้อื่น
ง่าย มักไปมาหาสู่กับเพื่อนบ้าน การเจ็บป่วยครั้งนี้ ส่งผลให้ไม่ค่อยได้ไปเยี่ยมเพื่อนบ้านเหมือนเคย ทำให้รู้สึกเหงา ยอมรับว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ชีวิตเปลี่ยนไปทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม และกลัวการเป็น
ภาระของผู้อื่น

คุณค่าและความเชื่อ: เชื่อเรื่องบุญบาป การทำดีได้ดี ทำชั่วตกนรก ปกติมักทำบุญ ใส่บาตรพระ
ตอนเช้าเป็นประจำ แต่ยังรู้สึกกลัวการเสียชีวิต

สรุปอาการผู้ป่วย

พยาบาลผู้ดูแลได้วางแผนการดูแลล่วงหน้าตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดย
พูดคุยทำความเข้าใจกันระหว่างทีมรักษาพยาบาลและครอบครัว ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย
และครอบครัว จัดทำผังครอบครัว (Genogram) เพื่อรับทราบความสัมพันธ์ของสมาชิกและประวัติ
ครอบครัว ประเมินอาการทางกายโดยใช้แบบประเมิน ระดับอาการ Edmonton Symptom Assessment
System (ESAS) ประเมินด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q ประเมินด้านพุทธิปัญญา
(Cognitive) ผู้ป่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้าขอเสียชีวิตที่บ้าน ปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพในวาระสุดท้าย
และเริ่มการเยี่ยมดูแลครั้งแรกในวันที่ 19 มีนาคม 2562

วันที่ 19 มีนาคม 2562 ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย บ่นเจ็บหน้าอกเหนื่อยเป็นพัก ๆ มีปวดท้องได้ชาย
โครงขวา ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความ
ดันโลหิต 100/89 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งผู้ดูแลเป็นภรรยาผู้ป่วย และบุตร ส่วนใหญ่ภรรยาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่ง
สูงอายุจึงมีความเสี่ยงจากการได้รับยาแก้ปวดที่ไม่ถูกต้อง ได้นำสมุดคู่มือการใช้ยา Morphine ที่

บ้านให้ผู้ดูแลทำความเข้าใจและบันทึกระดับปวด และเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา แนะนำการแก้ไขเมื่อมีอาการเหนื่อย ด้วยการพักจัดทำศีรษะสูง พ่นยา Berodual MDI ทุก 4 ชั่วโมง สอนและสาธิตจนปฏิบัติได้ถูกต้อง แนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย ผู้ป่วยและญาติรับฟังดี แนะนำการฟิงเทปธรรม เพื่อผ่อนคลาย และนัดเยี่ยมต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์

วันที่ 2 เมษายน 2562 ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย บ่นเจ็บหน้าอกเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะขาวออกได้ มีปวดท้องใต้ชายโครงขวาเป็นพัก ๆ ได้รับยา Morphine ทุก 4 ชั่วโมง สอบถามถึงอาการหลังให้ยา มีเวียนศีรษะบ้าง แต่พักได้และทุเลาปวด แนะนำให้พักผ่อน ระวังการเกิดอุบัติเหตุแก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ภรรยาและบุตรถึงอาการผู้ป่วยที่ทรุดลง ให้กำลังใจ และแนะนำให้จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุด ได้ให้เบอร์โทรศัพท์ เพื่อสอบถามในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งภรรยาผู้ป่วยยังมีอาการเครียดเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย แนะนำให้เข้าใจเกี่ยวกับโรค และยอมรับสภาพผู้ป่วยว่าผู้ป่วยต้องการดูแลก่อนเสียชีวิตที่บ้าน อยากอยู่ใกล้ลูกใกล้หลาน ภรรยาเริ่มฟังมากขึ้น

ผู้ป่วยได้รับติดตามเยี่ยม จำนวน 4 ครั้ง ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วย จัดการอาการรบกวน ต่าง ๆ และให้ยาได้ถูกต้องตามคำแนะนำ ผู้ป่วยมีอาการปวดเป็นพัก ๆ พักผ่อนที่เตียง ลูกเดินไม่ค่อยไหว ญาติให้ฟิงเทปธรรมทุกวันช่วงเช้า ตามความเชื่อทางศาสนา ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการที่วางแผนล่วงหน้า โดยปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเวลา 2 เดือน หลังผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลติดตามดูแลสภาพจิตใจผู้ดูแลและครอบครัว พบว่าในระยะแรก ภรรยาผู้ป่วยมีอาการเครียด จึงติดตามให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยมีญาติเพื่อนบ้าน และจิตอาสาเข้าเยี่ยม ให้กำลังใจ ทำให้ภรรยาผู้ป่วยสามารถพูดคุยนับความทุกข์ ปรับสภาพ จิตใจ ยอมรับการสูญเสียและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดบริเวณหน้าอก และท้องใต้ชายโครงขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นเจ็บหน้าอกเหนื่อยเป็นพัก ๆ มีปวดท้องใต้ชายโครงขวา
2. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย
3. ประเมินระดับความปวด (Pain score) 6 คะแนน
4. ชีพจร 108 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/89 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย อาการปวดบริเวณหน้าอก และท้องใต้ชายโครงขวาลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดบริเวณหน้าอก และท้องใต้ชายโครงขวาลดลง
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ไม่หน้านิ่วคิ้วขมวด นอนหลับพักผ่อนได้
3. ระดับความปวด (Pain score) < 6 คะแนน
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วย ระดับความปวด ลักษณะความรุนแรงของโรค เพื่อนำมาวางแผนช่วยเหลือ
2. สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเจ็บปวด โดย การนอนในท่าศีรษะสูง หายใจเข้าออก ช้า ๆ ลึก ๆ หากนอนราบไม่ได้ให้นอนพุงกับหมอนในท่านั่ง
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเหตุผลการใช้ยาแก้ปวด Morphine ในการบรรเทาอาการปวด
4. สอนวิธีการประเมินระดับความปวด โดยการใช้ Pain score ลงบันทึกในสมุดคู่มือ ตั้งแต่ระดับความปวด 1-10 คะแนน
5. เมื่อจัดการกับความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล และ Pain score > 5 ขึ้นไปให้ผู้ป่วยรับประทานยาเม็ด Morphine 1 เม็ด ต่อเนื่องกันทุก 6 ชั่วโมง
6. อธิบายญาติในการสังเกตอาการข้างเคียงของยา Morphine ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดยาทันที
7. หลังผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Morphine แล้ว แนะนำให้ญาติประเมิน Pain score และลงบันทึกเปรียบเทียบกับอาการก่อนและหลังการได้รับยา

การประเมินผล

ในช่วงแรกมีปวดท้องได้ชายโครงขวา และเจ็บหน้าอกเป็นพัก ๆ Pain score 4-5 คะแนน ได้รับยา Morphine ทุก 6 ชั่วโมง เป็นบางวัน ต่อมาเริ่มมีอาการปวดมากขึ้น แพทย์จึงปรับยาเป็น Morphine ทุก 4 ชั่วโมง สอบถามถึงอาการหลังให้ยา มีเวียนศีรษะบ้าง แต่พักได้และทุเลาปวด

2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการไอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นว่าไอบ่อย ขับเสมหะไม่ค่อยออก
2. ผู้ป่วยไอ ขับเสมหะไม่ออก
3. เสมหะลักษณะเหนียว สีขาวใส มีปนเลือดบางครั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย อาการไอทุเลา

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการไอทุเลา และลดลง
2. เสมหะไม่เหนียวข้น ขับเสมหะได้ถูกวิธี
3. ผู้ป่วยและญาติจัดการกับอาการไอได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วย ลักษณะความรุนแรงของโรค อาการไอ ลักษณะเสมหะ เพื่อนำมาวางแผนช่วยเหลือ
2. สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง ก้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย หายใจเข้า-ออกลึก ๆ ช้า ๆ 3-4 ครั้ง ครึ่งสุดท้ายหายใจเข้าแล้วกลืนหายใจไว้ ไอออกมาเพื่อขับเสมหะออก
3. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณวันละ 2-3 ลิตร โดยเฉพาะน้ำอุ่นจะช่วยให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่ายขึ้น

4. ดูแลสอน และสาธิตการพ่นยา Berodual MDI พ่นเวลาเหนียว เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น ทำให้เสมหะอ่อนตัวลง และขับออกได้ง่ายขึ้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพภายหลังการใช้ยาพ่น จะทำให้เสมหะถูกขับออกมาได้ง่าย

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกว่าอาการไอลดลง เสมหะใสไม่เหนียวข้น ขับเสมหะได้ถูกวิธี ผู้ป่วยและญาติจัดการกับอาการไอ พ่นยา Berodual MDI ได้ถูกต้อง

3. ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการหายใจลดลง เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นหายใจไม่อึด เหนียวเป็นพัก ๆ
2. ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอก พบ Small RLL Carcinoma with hepatic metastasis
3. ฟังเสียงปอด มีเสียง Wheezing และเสียง Crepitation ที่ปอดทั้งสองข้าง
5. อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนวัดจากปลายนิ้ว 95-96%

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี อาการหายใจเหนื่อยทุเลา
2. อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที
3. ระดับออกซิเจนวัดจากปลายนิ้ว >95%
4. ผู้ป่วยและญาติจัดการกับอาการเหนื่อยได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินภาวะหายใจลำบาก ด้วยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้ว และสอนญาติในการสังเกตอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการเขียวที่ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า เป็นต้น เพื่อจะได้ป้องกันและหาทางช่วยเหลือได้ทัน
3. สอนญาติจัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยนอนหงายศีรษะสูงประมาณ 45 องศา ซันเข้าและงอสะโพก มือและเท้าปล่อยตามสบาย ท่านี้จะทำให้อวัยวะในช่องท้องและกระบังลมหย่อนตัวทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ซึ่งจะมีผลทำให้อากาศภายนอกเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น และการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถุงลมก็จะดีขึ้น
4. แนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่า เมื่อมีอาการเหนื่อย ให้หยุดทำกิจกรรม และพักผ่อนที่เตียง
5. สอนและแนะนำการพ่นยา Berodual MDI ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการเหนื่อย และการนับชีพจรภายหลังการพ่นยา
6. สอนวิธีการฝึกหายใจเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย โดยการหายใจยาว ๆ แล้วค่อยผ่อนการหายใจออก

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีหายใจเหนื่อยเป็นพัก ๆ พ่นยาได้ถูกวิธี ทำให้อาการเหนื่อยทุเลา ต่อมาเริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ไม่สามารถลุกเดินไปไหนได้ พักผ่อนอยู่ที่เตียง มีลูกหลานดูแลใกล้ชิด ระดับออกซิเจนในร่างกาย 94-95%

4. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีไข้จะมีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ
2. จากการติดตามผลเลือดก่อนจำหน่าย CBC WBC 3,800 cell/mm³ Neutrophil 78%
3. วัดไข้ มีไข้ 37.7 องศาเซลเซียส
4. ในระยะทาง 200 เมตร ห่างจากบ้านมีผู้ป่วยวัณโรค กำลังอยู่ในช่วงรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ ไข้ เจ็บคอ ปัสสาวะแสบขัด
2. อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนการเยี่ยม เพื่อประเมินอาการผิดปกติโดยเฉพาะอาการไข้
2. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติในการช่วยลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อ ได้แก่
 - ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วย
 - ญาติที่เป็นไข้หวัด ให้งดเยี่ยมและอยู่ห่างจากผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ

มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

- แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่สุก/ผ่านการปรุงด้วยความร้อน และหลีกเลี่ยงผักสด

ในช่วงที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เป็นต้น
4. แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีแคลอรีและโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายและเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน
5. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์เลี้ยง

6. ระหว่างการเยี่ยมให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบ Aseptic technique โดยการล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสระหว่างบุคคล (Cross infection)

7. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น อาการไข้ เวียนศีรษะ ไอ เจ็บคอ ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ให้รีบมาพบแพทย์ทันที

การประเมินผล

ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ ไข้ เจ็บคอ ปัสสาวะแสบขัด อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8-37.4 องศาเซลเซียส

5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นคลื่นไส้ ไม่อยากจะกินอะไร รับประทานได้มื้อละ 3-4 ช้อน
2. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ บางครั้งมีอาเจียนเป็นน้ำ
3. ผิวน้ำ และเปลือกตาล่างดูซีด
4. น้ำหนักลดลงเหลือ 60.1 กิโลกรัม จากเดิม 70 กิโลกรัม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง
2. ผิวน้ำยืดยุ่น ความตึงตัวดี
3. รับประทานอาหารได้มากขึ้นอย่างน้อย 3 ถ้วย ต่อวัน
4. น้ำหนักไม่ลดลงกว่าเดิม (60.1 กิโลกรัม)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ปริมาณอาหารที่รับประทานได้
2. อธิบายให้ทราบว่าอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากโรคถึงแม้จะมีอาการดังกล่าว อาหารยังจำเป็นสำหรับร่างกายและมีผลต่อการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาหาร ประกอบกับวางแผนทางการรับประทานอาหารให้กับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล
3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปากและทำความสะอาดช่องปาก ก่อนและหลังรับประทานอาหารหรือหลังอาเจียนทุกครั้ง
4. แนะนำญาติ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง ใน 1 วัน จากที่รับประทานอาหารเพียงวันละ 3 มื้อ ให้เพิ่มเป็น 6-7 มื้อต่อวัน โดยเน้นอาหารที่มีโปรตีนสูง เนื้อ นม ไข่ ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง รสจัดอาหารที่มีมันมาก
5. แนะนำญาติผู้ผู้ป่วยในการจัดบรรยากาศในการรับประทานอาหารให้ดูสดชื่น สะอาด น่ารับประทานและเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย
6. ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้หรือได้น้อยมาก แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่มีส่วนผสมของสารอาหารให้ครบถ้วน
7. แนะนำให้ดื่มน้ำซิง น้ำส้ม น้ำมะนาว เป็นต้น โดยให้จิบบ่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะน้ำซิงจะช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้เป็นอย่างดี
8. ชั่งน้ำหนัก 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อติดตามว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่
9. ให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ Plasil 1 tab oral tid pc ประเมินผลข้างเคียง ได้แก่ กระสับกระส่าย ง่วง ซึม เหนื่อย เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นอย่างน้อยมื้อละครึ่งชาม แต่น้ำหนักตัวยังลดลงในระยะ 2 เดือน เหลือ 49.5 กิโลกรัม

6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นว่าขาซ้ายมันบวม โตขึ้น รู้สึกร้อน ๆ บางครั้ง
2. วัดรอบขาบริเวณน่องซ้ายเท่ากับ 36 เซนติเมตร ข้างขวาเท่ากับ 33 เซนติเมตร

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา ได้แก่ ขาบวม ปวด
2. อาการปวดขาข้างซ้ายลดลง
3. วัดเส้นรอบขาซ้ายมีขนาดลดลง (เดิมขาซ้าย 36 เซนติเมตร)
4. คลำชีพจร บริเวณ Dorsalis pedis ได้ชัดเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกอาการบวมตึงที่ขา สีผิวของขา ประเมินเกี่ยวกับชีพจรบริเวณ ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง (Dorsalis pedis pulse) สอบถามอาการปวดบริเวณน่อง ความรู้สึก และความสามารถในการเคลื่อนไหวของขา วัดขนาดรอบขาบริเวณน่อง Marker เพื่อประเมินการขยายของหลอดเลือดดำ

2. สอนและสาธิตการพันขาด้วยผ้ายืด Elastic bandage เพื่อลดการขยายของหลอดเลือดดำโดยพันจากปลายเท้าขึ้นไป

3. แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

3.1 แนะนำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย พลิกตะแคงตัว หรือลุกนั่งบ่อย ๆ เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดี ไม่เกิดการคั่งของเลือด

3.2 แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณ 2,000-3,000 มิลลิลิตร/วัน เพื่อให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอช่วยป้องกันเลือดหนืด

3.3 แนะนำการทำ Leg elevation โดยใช้หมอนรองที่ปลายเท้าสูงประมาณหมอน 1 ใบ และหนุนใต้เข่า 1 ใบ เป็นเวลานาน 30 นาที อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มการไหลกลับของเลือดดำเข้าสู่หัวใจและสังเกตอาการที่ผิดปกติ ได้แก่ ขาและเท้ามีอาการบวมขึ้น รู้สึกขา รู้สึกเย็นและมีสีคล้ำขึ้น

3.4 อธิบายการสังเกตอาการลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด ได้แก่ กระสับกระส่าย สับสน ซึมลง ร่วมกับกระตุกเกร็งของกล้ามเนื้อ เหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก ไอเป็นเลือด มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง หากมีอาการดังกล่าวให้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที

การประเมินผล

ขาทั้งสองข้างบวมเล็กน้อย กดบวม เกรด 1 ไม่พบภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา

7. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกลัวการเสียชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ภรรยาและบุตรถามว่า พ่อจะอยู่อีกนานไหมค่ะ
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล
3. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล แอบร้องไห้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง
2. ญาติเข้าใจยอมรับอาการ และสภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. แนะนำตัวให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นใคร และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และคลายความวิตกกังวล
3. เปิดโอกาสญาติได้พูดคุย ซักถามอาการด้วยท่าทีเต็มใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีจากทีมแพทย์และพยาบาล
4. แจ้งให้ญาติรับทราบอาการปัจจุบันของผู้ป่วย ว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคระยะเรื้อรังที่ลุกลาม
5. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแล หรือช่วยทำกิจกรรมบางอย่างให้กับผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น หรืออาการแย่ลง ต้องให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และไม่เป็นการให้ความหวังกับญาติในสิ่งที่เป็นไปได้ เพื่อช่วยให้ญาติเกิดการยอมรับ และปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี
7. ให้เบอร์โทรศัพท์ และประสานกับ อสม.ในพื้นที่ ให้สามารถขอความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้
8. เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตติดตามการเฝ้าชม เพื่อเป็นการเฝ้าชมและร่วมแสดงความเสียใจกับครอบครัว ให้การดูแลครอบครัวหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเพื่อบรรเทาความเศร้าโศกของญาติ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง เข้าใจรับรู้ในอาการที่เกิดขึ้น ในระยะแรกภรรยาผู้ป่วยยังมีอาการเครียดเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยแนะนำให้เข้าใจเกี่ยวกับโรค และยอมรับสภาพผู้ป่วยว่าผู้ป่วยต้องการดูแลก่อนเสียชีวิตที่บ้าน อยากอยู่ใกล้ลูกใกล้หลาน ภรรยาเริ่มฟังมากขึ้น ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการที่วางแผนล่วงหน้า โดยปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลประคับประคอง มีอาการรบกวนที่สำคัญ คือ อาการปวด หายใจลำบาก อาการรบกวนอื่น ๆ ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการความปวด การใช้ยาแก้ปวด Morphine ทำให้ผู้ป่วย

ไม่ได้รับยาตามกำหนดเวลา ทำให้การออกฤทธิ์ของยาไม่ต่อเนื่อง ได้ทำการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม Palliative ทีมหมอครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อต้องการคำแนะนำช่วยเหลือ รวมทั้งในภาวะฉุกเฉิน หลังจากนั้น ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับอาการรบกวน และยาแก้ปวดได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องมารับการรักษาด้วยอาการปวดในภาวะฉุกเฉินอีก ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ตั้งใจไว้คือ ก่อนเสียชีวิตอยากอยู่ใกล้ลูกใกล้หลานและเสียชีวิตที่บ้าน

ซึ่งหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) มีการประเมินสภาพปัญหาทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สนับสนุนความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว ให้การพยาบาลโดยประยุกต์การจัดการแบบรายกรณี (Case management) ดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้านและชุมชน และมีการติดตามอาการต่อเนื่องจากสหวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลประจำประคองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง จัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองแบบองค์รวม (Palliative Care) โดยชุมชนเอง เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการถามสารทุกข์สุกดิบ เพื่อให้กำลังใจ และช่วยดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการดูแลทั่วไป และช่วงใกล้จะเสียชีวิต โดยอาสาสมัครในชุมชนจะได้รับการเพิ่มศักยภาพ เกิดความรู้และทักษะ เพิ่มความไว้วางใจ น่าเชื่อถือ และมีบทบาทสำคัญที่จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บทสรุป

การพยาบาลรูปแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายนั้น ต้องอาศัยทีมงานในการดูแล ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ หลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตาย อาจรวมถึงญาติมิตรผู้คุ้นเคยที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล พระหรือนักบวช ซึ่งพยาบาลมีบทบาทหลักในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินสภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล แผนการดูแลนั้นมีเป้าหมายเพื่อการบรรเทาอาการหรือหยุดยั้งความทุกข์ทรมาน และต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญ ดังนั้นพยาบาลต้องเพิ่มความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้งานการพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization. WHO definition of palliative care. Available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. March 16, 2018.
2. ศุภสิริ แสงกระจ่าง, ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, เอกภพ แสงอริยวนิช, และวทีนันท์ เพชรฤทธิ์. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: พรทรัพย์การพิมพ์, 2561.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการรักษาพยาบาลโรคมะเร็งปอดปี 2557-2558. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558.

4. เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล, 2558,30(2), 33-45.
5. สุมาลี นิมนานิตย์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2552.
6. อรพรรณ พุฒนิโชติ. เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 2560,35(4), 399-406.
7. Temel, J., Greer, J., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Lynth, C. A. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. NEJM, 2011, 363(8), 733-742.