



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

วารสาร โรงพยาบาลพุทธโสธร

Buddhasothorn Hospital Journal

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566

ISSN 2586-8624





โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร Buddhasothorn Hospital Journal

วิสัยทัศน์โรงพยาบาล

ศูนย์การแพทย์ชั้นเลิศและสร้างสุขภาพ
แห่งภาคตะวันออก

พันธกิจ

- พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
- พัฒนาสถาบันร่วมผลิต วิจัยและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ
- พัฒนาคุณภาพบริการสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืนทุกระดับ
- พัฒนาระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย
ให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)

ค่านิยมหลัก (Core Value)

BSH : Service "By hearts Smart and Harmony"

ดูแลด้วยใจ พูรับบริการปลอดภัย นวัตกรรมนำสมัย ร่วมใจสามัคคี

เข็มมุ่ง : SMART HOSPITAL

อัตลักษณ์

สามัคคี บริการดี มีน้ำใจ



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

BUDDHASOTHORN HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร

Buddhasothorn Hospital Journal

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566

ISSN 2586-8624

เจ้าของ	โรงพยาบาลพุทธโสธร
ผู้อำนวยการ	พญ.นาคยา มิลล์
ที่ปรึกษา	1. พญ.นาคยา มิลล์ 2. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก
ประธาน	พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ
บรรณาธิการ วารสาร	พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ
คณะกรรมการ	นพ.เวทิส ปทุมศรี พญ.ภิกินี ภัทรกุล นพ.ยุทธนา จันทะโร นพ.ชัยชนะ จันทะโร ภญ.สุชาดา จาปะเกษตร นางจิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ ดร.สมใจ นกดี ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา ดร.วรกร เกรียงไกรศักดิ์ นางสาวสุธาทิพย์ อนันต์ นายภาสวัฒน์ บุญจันทร์ นางศิริพร สาครน้อย
เหรียญก	นางสาวสุธาทิพย์ อนันต์
เลขานุการ	ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา
ผู้ช่วยเลขานุการ	นางศิริพร สาครน้อย
ผู้ประสานงาน สมาชิก	นางสาววรรณุช พุทธเจริญ
ฝ่ายศิลป์	นางสาวขนิษฐา ยาวะโนภาส นายจรัญ สุวรรณวิเวก นายมานพ สุจริต นางสาวพัชรี วอนศิริ นางสาวบุหงา ศรีเจริญ

วัตถุประสงค์

- รวบรวมและเผยแพร่วิชาการทั้งภาคทฤษฎีปฏิบัติ และประสบการณ์ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เป็นศูนย์สำหรับตอบปัญหาหรือเผยแพร่ความคิดเห็นหรือบทความจากประสบการณ์ของผู้ที่สนใจได้พบเห็นมาอันจะเป็นแนวทางให้เกิดความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและการดูแลผู้ป่วย
- เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดฉะเชิงเทรา และที่เกี่ยวข้อง ทั่วประเทศ

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ทุก 3 เดือน

สำนักงาน หน่วยเวชภัณฑ์ และโสตทัศนศึกษา
โรงพยาบาลพุทธโสธร
174 ถ.มรุพงษ์ ต.หน้าเมือง
อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. (038) 511033, 512545,
514722-3 ต่อ 3234-35
FAX : (038) 814235

แบบ-พิมพ์ที่ หจก.แฮม คอมพิวเตอร์
ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา
24000
โทร. 081-3143871, 089-7899922
แฟกซ์ 038-814495
E-mail : hamcompute20@gmail.com

บทบรรณาธิการ

เรียนท่านผู้อ่านวารสาร ทุกท่าน

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธรฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปีงบประมาณ 2566 เป็นช่วงที่สอดคล้องกับฤดูฝน ที่ปีนี้โรคไข้เลือดออกพบอัตราการป่วยที่มีทั้งรุนแรงน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก ในหลายพื้นที่ รวมทั้งไข้หวัดใหญ่ที่เป็นกันมาทุกปี หากท่านใดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง หรือมีโอกาสเสี่ยง แนะนำการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นประจำในทุกๆปี เพื่อลดโอกาสเป็นโรคหรือลดความรุนแรงของโรคลง

เนื้อหาในฉบับนี้ยังคงมีความครบครันเช่นเดิม ทั้งการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยผ่าตัดน้ำในไต ผู้ป่วยผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อม หรือผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะติดเชื้อ ทำให้ได้เห็นถึงแนวทางการดูแลเพื่อคุณภาพหรือผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ หรือการศึกษาคือปัจจัยเสี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด ผลกระทบของภาวะไตวายฉับพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต ล้วนผ่านการศึกษาเพื่อลดโอกาสการเกิดซ้ำ หรือมาตรการป้องกัน ดูแลประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต นอกจากนั้นยังมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มเปราะบาง และอาจไม่มีโอกาสได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ก็เป็นเรื่องน่าสนใจ รวมอยู่หลายเรื่องในฉบับนี้

หวังว่าทุกท่านคงได้รับความเพลิดเพลิน แรงบันดาลใจหรือเป็นผลงานที่สามารถนำไปต่อยอดปรับใช้กับงานประจำที่ทุกท่านได้ทำได้

แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ
บรรณาธิการ

การส่งผลงานวิชาการเพื่อลงพิมพ์ วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ยินดีรับรายงานวิจัย บทความทางวิชาการ
ข่าวความเคลื่อนไหว และภาพกิจกรรมต่างๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อม Diskette ที่บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร
174 ถ.มรุพงษ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. (038) 511033, 514722, 814375-8 โทรสาร (038) 511633
2. ต้นฉบับบทความทางวิชาการหรือรายงานวิจัยความยาวไม่ควรเกิน 8 หน้า
3. ลำดับเนื้อหาต้นฉบับรายงานวิจัย ประกอบด้วย
 - ชื่อเรื่องภาษาไทย
 - ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ
 - นามผู้แต่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
 - บทคัดย่อภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- * เนื้อหาประกอบด้วย
 - บทนำ
 - วัสดุและวิธีการศึกษาหรือวิจัย
 - ผลการศึกษาหรือวิจัย
 - วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ
 - คำขอบคุณหรือกิตติกรรมประกาศ
 - เอกสารอ้างอิง ให้เรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเรื่อง และมีเลขกำกับในวงเล็บ
บนไหล่บรรทัด
4. แผนภูมิภาพประกอบ ควรแยกจากเนื้อเรื่อง หน้าละ 1 รายการ ภาพถ่ายควรเป็นภาพ
ขาวดำ หรือภาพสี ขนาดโปสการ์ด ที่มีความชัดเจน ถ้าเป็นภาพวาดควรเป็นสีคำมีลายเส้นชัดเจน
5. บทความที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ทราบทุกเรื่อง บทความที่ไม่ได้รับ
พิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
6. กองบรรณาธิการถือสิทธิ์ในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

สารบัญ

ระบาดวิทยาและผลกระทบของภาวะไตวายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตในแผนกอายุรกรรม.....1	
โรงพยาบาลพุทธโสธร การศึกษาแบบไปข้างหน้า	
EPIDEMIOLOGY AND IMPACT OF ACUTE KIDNEY INJURY IN INTENSIVE CARE UNIT IN DEPARTMENT OF MEDICINE, BUDDHASOTHORN HOSPITAL, PROSPECTIVE STUDY .	
ศิริมล หวังคุณธรรม, พ.บ.	
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร	
Sirimon Hwangkhunnatham, M.D.	
Department of Medicine, Buddhasothorn Hospital	
การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป.....11	
ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นในโรงพยาบาลพุทธโสธร	
Risk factor for unplanned reintubation after general anesthesia in operating theatre and post-anesthetic care unit: a case-control study	
กัลยาดี พรพรหมโชติ พ.บ.	
Kanlayawadee Bhonpromchot M.D.	
Department of Anesthesiology, Buddhasothorn Hospital.	
The Comparison outcome of elderly patients with fragility hip fracture between those who.....21	
underwent surgery within 72 hours and after 72 hours at Buddhasothorn Hospital.	
Thanatthep Benjasil, M.D. Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao	
ผลลัพธ์ของการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลามหรือกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุ.....29	
โรงพยาบาลราชบุรี	
Treatment outcome of Recurrent/Advanced Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) in Elderly patients in Ratchaburi Hospital	
นิลนุช เจริญชาศรี พ.บ., วว.อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี	
ทรงภรณ์ โอพารัตนชัย พ.บ., วว.อายุรศาสตร์, วว.อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา, ปร.ค.	
(ระบาดวิทยาคลินิก) ศูนย์ศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะติดเชื้อที่บ้าน.....41	
Nursing care of head injury patients add bed ridden at home	
ศิริรัตน์ ศิริพิชญ์ตระกูล	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง.....53	
โดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป	
อริญญา ค่วนภูษา	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท.....61	
โดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป	
สมจิต ศุภกิจมงคล	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	

ผลของโปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT.....71
ทำที่ 1 และ 2 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรกต่อระดับความดันโลหิต คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร
ชัดเจน กิณะชัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD).....79
ที่มีภาวะติดเชื้อในช่องท้องร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ณัฐชัย คำแสน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลปรางค์กู่ จ.ศรีสะเกษ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke).....85
นภาพร โพธิ์ศรี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....97
ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

ยุพาพร บำรุงยา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพุทธโสธร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาในสถานเสพติ จังหวัดฉะเชิงเทรา.....105
วันดี ทับทิมทอง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะและมีโรคร่วม.....113
กรรณิกา สัมฤทธิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่บ้าน.....123
สุลีพร สาระอากรณ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร

ระบาดวิทยาและผลกระทบของภาวะไตวายฉับพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต
ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร การศึกษาแบบไปข้างหน้า
EPIDEMIOLOGY AND IMPACT OF ACUTE KIDNEY INJURY IN
INTENSIVE CARE UNIT IN DEPARTMENT OF MEDICINE,
BUDDHASOTHORN HOSPITAL, PROSPECTIVE STUDY .

ศิริมล หวังคุณธรรม, พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

Sirimon Hwangkhunnatham, M.D.

Department of Medicine, Buddhasothorn Hospital

ภาวะไตวายฉับพลันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มานอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่ออัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิต และระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การศึกษาไปข้างหน้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลระบาดวิทยาของภาวะไตวายฉับพลัน ตามเกณฑ์ของ KDIGO ปี ค.ศ 2012 รวมถึงผลกระทบของภาวะไตวายฉับพลันในผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการนอนรักษาในแผนกอายุรกรรมจำนวน 1,003 ราย มีอุบัติการณ์ของภาวะไตวายฉับพลันร้อยละ 39.6 ส่วนใหญ่วินิจฉัยจากเกณฑ์ค่าครีเอตินินในเลือด ร้อยละ 50.3 พบระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ของ KDIGO ปี ค.ศ. 2012 ระดับที่ 1 ร้อยละ 30.2 ระดับที่ 2 ร้อยละ 21.6 และ ระดับที่ 3 ร้อยละ 48.2 สาเหตุของภาวะไตวายฉับพลันส่วนใหญ่เกิดจากภาวะขาดน้ำ (ร้อยละ 34.1) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 30.9) และเกิดจากยาที่มีพิษต่อไต (ร้อยละ 15.8) มีผู้ได้รับการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 12.1 โดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นครั้งคราว อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลันพบร้อยละ 36.9 และจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะไตวายฉับพลัน อายุที่มากกว่า 60 ปี มีปริมาณปัสสาวะน้อย มีภาวะช็อกเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่ออัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลัน โดยสรุปภาวะไตวายฉับพลันพบได้บ่อยประมาณ 2 ใน 5 ของผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร ภาวะขาดน้ำ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และยาที่มีพิษต่อไต เป็นสาเหตุหลักของภาวะไตวายฉับพลัน

คำสำคัญ : ระบาดวิทยา, ภาวะไตวายฉับพลัน, หอผู้ป่วยวิกฤต
Abstract

Acute kidney injury (AKI) is a common problem in hospitalized patients in intensive care unit (ICU) and affects to increased morbidity, mortality, and length of hospitalization. This prospective study aims to examine the incidence of AKI according to the 2012 Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO) criteria including the impacts of AKI among admitted patients in intensive care unit and semi-intensive care unit in Department of Medicine, Buddhasothorn Hospital, during 1 October – 31 December 2022. The result showed that 1,003 critically ill patients in Department of Medicine, the incidence of AKI was 39.6%. The majority of AKI was diagnosed by serum creatinine criteria (50.3%). According to the 2012 KDIGO, there were AKI stage 1 in 30.2%, stage 2 in 21.6%, and stage 3 in 48.2%. The etiologies of AKI were mainly from dehydration (34.1), sepsis (30.9), and nephrotoxic drugs (15.8). Kidney replacement therapy occurred 12.1% by intermittent hemodialysis mode. In-hospital mortality rate of the patients with AKI was 36.9% and increased as the severity of AKI. Age more than 60 years, oliguria-anuria and shock were the independent risk factor of in-hospital mortality in the patient with AKI. In conclusion, AKI is commonly found about 2 in 5 of the patients in intensive care unit and semi-intensive care unit in Department of Medicine, Buddhasothorn Hospital.

Dehydration, infection, and nephrotoxic drugs were the major causes of AKI.

Keywords : Epidemiology, Acute Kidney Injury, Intensive Care Unit.

บทนำ

ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury: AKI) เป็นภาวะที่เกิดจากการสูญเสียความสามารถของไตอย่างฉับพลันในการกำจัดของเสียในร่างกาย ความสามารถในการควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย บวมตามร่างกาย ปัสสาวะออกลดลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชีพจร ชัก หรือ หมดสติได้⁽¹⁾ ภาวะไตวายเฉียบพลันจัดว่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มานอนรักษาในโรงพยาบาล และส่งผลกระทบต่ออัตราการป่วย (morbidity rate), อัตราการเสียชีวิต (mortality rate), ค่าใช้จ่ายในการรักษา (cost) และระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล (length of hospitalization) ที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) ในอนาคต⁽²⁾

ในปีคริสต์ศักราช (ค.ศ.) 2012 คณะผู้เชี่ยวชาญในนามของ Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO) ได้ให้นิยามเกณฑ์การวินิจฉัยของภาวะไตวายเฉียบพลันว่า คือ การลดลงในหน้าที่การทำงานของไตอย่างฉับพลัน ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยเมื่อเข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ มีการเพิ่มขึ้นของครีเอตินินในเลือด (serum creatinine) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) ภายใน 48 ชั่วโมง หรือ มีการเพิ่มขึ้นของครีเอตินินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 เท่าจากค่าพื้นฐานเดิมภายในช่วง 7 วันก่อนหน้า หรือ มีปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวในหน่วยกิโลกรัมต่อชั่วโมง (ml/kg/hour) เป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะไตวายเฉียบพลัน (stage of AKI) ออกเป็น 3 ระดับ ตามค่าระดับครีเอตินินในเลือด และปริมาณปัสสาวะ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันระดับที่ 3 มีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีความเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคไปสู่โรคไตเรื้อรัง (CKD) และหากมีภาวะความผิดปกติของสารน้ำ เกลือแร่ สมดุลความเป็นกรด-ด่างในเลือดที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (life-threatening changes in fluid, electrolyte, and acid-base balance) ได้แก่ มีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษา (refractory severe metabolic acidosis) และ/หรือ มีภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงมาก และไม่ตอบสนองต่อการรักษา (refractory severe hyperkalemia) และ/หรือ มีภาวะระดับน้ำในร่างกายนูนอย่างรุนแรง หรือมีน้ำคั่งในปอดอย่างรุนแรง (pulmonary edema) และไม่ตอบสนองต่อการรักษา

(refractory severe fluid overload) และ/หรือ มีภาวะของเสียยูเรียในร่างกายคั่งอย่างรุนแรง หรือ ภาวะยูเรียเมีย (uremia) ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (kidney replacement therapy: KRT) ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) หรือ การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis: PD)⁽²⁾

อุบัติการณ์ของภาวะไตวายเฉียบพลันแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา อุตการณ์ภาวะไตวายเฉียบพลันทั่วโลกประมาณร้อยละ 21 ของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล⁽³⁾ การศึกษาประเทศในแถบเอเชียพบได้ ร้อยละ 7.5 ถึง 31 ซึ่งจะพบได้มากขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤตถึงร้อยละ 28 ถึง 75^(1, 3, 4) สำหรับการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะไตวายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 42 ถึง 76⁽⁵⁻⁹⁾ โดยสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลันเกิดได้จากหลากหลายสาเหตุ ได้แก่ จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) จากภาวะขาดน้ำ (dehydration) จากการได้รับยาที่เป็นพิษต่อไต (nephrotoxic drug) จากภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (obstructive uropathy) เป็นต้น⁽²⁾

โรงพยาบาลพุทธโสธรเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตั้งอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ให้บริการการรักษาผู้ป่วยทั้งแผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยในทั่วไป และหอผู้ป่วยในวิกฤต การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลระบาดวิทยาและผลการรักษาภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อนำข้อมูลเป็นแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (primary prevention) และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันเพื่อลด ชะลอการล้างไต และการดำเนินโรคไปสู่โรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป (secondary prevention)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะไตวายเฉียบพลันจำแนกตามระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ของ KDIGO ปี ค.ศ 2012 ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อศึกษาสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลัน อัตราการเสียชีวิต ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การบำบัดทดแทนไต และผลการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่หอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบงานวิจัยและกลุ่มประชากรที่ศึกษา เป็นการศึกษาย้อนข้างหน้า (prospective study) ในผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันตามเกณฑ์ของ KDIGO ปี ค.ศ. 2012 ที่มีอายุมากกว่า

15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 และลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดแยกกลุ่มประชากรออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ (pregnancy) หรือ ให้นมบุตร (breastfeeding) หรือ ผู้ที่เคยได้รับการปลูกถ่ายไตมาก่อน (prior renal transplantation) หรือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมเก็บข้อมูลโดยการทบทวนประวัติ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา สิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะไตวายเฉียบพลัน ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัย และระดับความรุนแรงของไตวายเฉียบพลันอิงตามเกณฑ์ของ KDIGO ปี ค.ศ. 2012 โดยยึดหลักเอาความรุนแรงที่มากที่สุดเป็นหลัก ⁽²⁾ สาเหตุของโรค จุดเริ่มต้นของภาวะไตวายเฉียบพลัน (onset of AKI) โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม community-acquired AKI: CA-AKI ซึ่งนิยามคือ ภาวะไตวายเฉียบพลันที่วินิจฉัยเมื่อแรกรับรักษาในโรงพยาบาล (diagnosis of AKI on admission) หรือ เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากนอนรักษาในโรงพยาบาล (first day on admission) ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ไม่เข้านิยามของกลุ่มแรก จัดว่าเป็นกลุ่มภาวะไตวายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (hospital-acquired AKI: HA-AKI) ⁽¹⁰⁾ ข้อมูลการบำบัดทดแทนไต (ข้อบ่งชี้ ประเภทของการบำบัดทดแทนไต) ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการให้ยา สมุนไพร การได้รับสารทึบรังสี (contrast media) ปริมาณปัสสาวะ ภาวะช็อก (shock) การฟื้นตัวการทำงานของไต (renal recovery) ที่ 90 วันหลังมีภาวะไตวายเฉียบพลัน การเสียชีวิต ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ผลการตรวจเลือด ได้แก่ ผลการตรวจวัดระดับยูเรียไนโตรเจนในเลือด (blood urea nitrogen: BUN) ระดับครีเอตินินในเลือด ค่าอัตราการกรองของไต (glomerular infiltration rate: GFR) โดยใช้ค่าที่คำนวณโดยวิธี 2009 Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation (CKD-EPI) ผลการตรวจปัสสาวะ (urinary analysis) และผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงไตและกระเพาะปัสสาวะ (ultrasound kidney & urinary bladder)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย นำข้อมูลข้างต้นมาวิเคราะห์หาอุบัติการณ์ของภาวะไตวายเฉียบพลัน อัตราการเสียชีวิต อัตราการบำบัดทดแทนไต สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยการนำ

เสนอลักษณะข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยเมื่อข้อมูลเป็นแบบแจกแจง (discrete or categorical variables) ใช้สถิติ chi-square test ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (continuous variables) ใช้สถิติ independent t-test และ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบหลายตัวแปร (multivariable analysis) นำเสนอด้วยค่า Odds ratio (OR), 95% Confidence Intervals (95%CI) โดย p-value น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 018/2565

ผลการศึกษา

อุบัติการณ์ของภาวะไตวายเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา รวมจำนวน 1,003 ราย มีผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจำนวน 398 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ของภาวะไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 39.6 ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นเพศชายร้อยละ 58 โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 65 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี อายุมากที่สุดคือ 100 ปี ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันมีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 76.9) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา (ร้อยละ 89) และมีโรคประจำตัวร่วมด้วย (comorbid disease) ถึงร้อยละ 90.7 โรคร่วมที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (hypertension) ร้อยละ 58 ไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) ร้อยละ 45.5 โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ร้อยละ 38.4 มีผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง (pre-existing CKD) เดิมอยู่แล้วร้อยละ 45.2 ส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 28.6 พบผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก (shock) ร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่เป็นภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ร้อยละ 29.1 และระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาล (length of stay: LOS) เฉลี่ยประมาณ 10 วัน ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันมีแนวโน้มที่จะเกิดในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า มีโรคประจำตัวร่วมด้วย โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี (coronary artery disease) โรคไตเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิม มีภาวะช็อก และระยะเวลาอนในโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะพื้นฐานทั่วไปและทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

Characteristics	Total patients n = 1,003 (100) Number (percent)	AKI patients n = 398 (39.6) Number (percent)	Non-AKI patients n = 605 (60.4) Number (percent)	p-value
Age (years) mean $\pm$ SD	53 $\pm$ 10.2	65 $\pm$ 15.4	40 $\pm$ 8.8	<0.001*
Male	564 (56.2)	231 (58)	333 (55)	0.386
Comorbid disease	788 (78.6)	361 (90.7)	427 (70.6)	<0.001*
Diabetes mellitus	347 (34.6)	153 (38.4)	194 (32.1)	0.039*
Hypertension	398 (39.7)	231 (58)	167 (27.6)	<0.001*
Dyslipidemia	454 (45.3)	181 (45.5)	273 (45.1)	0.999
Gout	66 (6.6)	19 (4.8)	47 (7.8)	0.061
Obesity	227 (13.4)	141 (35.4)	86 (14.2)	<0.001*
Cerebrovascular disease	143 (14.3)	40 (10.1)	103 (17)	0.002
Coronary artery disease	90 (9)	54 (13.6)	36 (6)	<0.001*
Malignancy	81 (8.1)	36 (9)	45 (7.4)	0.386
Cirrhosis	122 (12.2)	35 (8.8)	87 (14.4)	0.008
Tuberculosis	54 (5.4)	18 (4.5)	36 (6)	0.386
HIV	77 (7.7)	36 (9)	41 (6.8)	0.157
Pre-existing CKD	310 (30.9)	180 (45.2)	130 (21.5)	<0.001*
CKD stage 1	36 (3.5)	9 (2.3)	27 (4.5)	
CKD stage 2	79 (7.9)	28 (7)	51 (8.4)	
CKD stage 3	148 (14.8)	114 (28.6)	34 (5.6)	
CKD stage 4	47 (4.7)	29 (7.3)	18 (3)	
Shock	248 (24.7)	197 (49.4)	51 (8.4)	<0.001*
Septic shock	137 (13.7)	116 (29.1)	21 (3.5)	
Cardiogenic shock	60 (6)	43 (10.8)	17 (2.8)	
Hypovolemic shock	51 (5)	38 (9.5)	13 (2.1)	
Length of stay (days) mean $\pm$ SD	9 $\pm$ 11	10 $\pm$ 13	7 $\pm$ 10	<0.001*

คำย่อ: AKI: acute kidney injury, CA: community-acquired, CKD: chronic kidney disease, HA: hospital-acquired, HIV: human immunodeficiency virus, ICU: intensive care unit, SD: standard deviation

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะไตวายเฉียบพลันตามเกณฑ์ของ KDIGO ปี ค.ศ. 2012 ส่วนใหญ่จากเกณฑ์ค่าครีเอตินินในเลือด ร้อยละ 50.3 วินิจฉัยจากทั้งเกณฑ์ค่าครีเอตินินในเลือดและเกณฑ์ปริมาณปัสสาวะ ร้อยละ 47.2 และจากเกณฑ์ปริมาณปัสสาวะเพียงร้อยละ 2.5 โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นกลุ่ม CA-AKI ร้อยละ 70.1 ส่วนกลุ่ม HA-AKI ร้อยละ 29.9 ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันยังมี

ปัสสาวะออกปกติอยู่ (non-oliguria) ร้อยละ 47.5 ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะน้อยกว่า 400 มิลลิลิตรต่อวัน (oliguria) ร้อยละ 38.2 และผู้ป่วยที่มีปัสสาวะน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรต่อวัน (anuria) เพียงร้อยละ 14.3 ระดับความรุนแรงของภาวะไตวายเฉียบพลันพบว่ามี KDIGO ระดับที่ 1 ร้อยละ 30.2 KDIGO ระดับที่ 2 ร้อยละ 21.6 และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรง KDIGO ระดับที่ 3 ถึงร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่

ของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลันไม่มีข้อบ่งชี้ของการบำบัดทดแทนไต (KRT) 244 ราย (ร้อยละ 61.3) สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของการบำบัดทดแทนไตมีจำนวน 154 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยใช้วิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นครั้งคราว (intermittent HD) จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 12.1) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของการบำบัดทดแทนไตแต่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตจำนวน 106 (ร้อยละ 26.6) ของผู้ป่วยไตวายฉับพลันทั้งหมด และข้อบ่งชี้ของการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่เกิดจากมีภาวะระดับน้ำในร่างกายเกินอย่างรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษา (refractory severe fluid overload) ร้อยละ 29.1 รองลงมาคือมีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษา (refractory severe metabolic acidosis) ร้อยละ

25 มีภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงมากและไม่ตอบสนองต่อการรักษา (refractory severe hyperkalemia) ร้อยละ 18.8 มีภาวะเผาผลาญอาหารและพลังงานสูง (hypercatabolic state) ร้อยละ 14.6 มีภาวะของเสียยูเรียในร่างกายค้างอย่างรุนแรง (uremia) ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ สำหรับการฟื้นตัวการทำงานของไต (renal recovery) ที่ 90 วันหลังมีภาวะไตวายฉับพลันพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 53.3 มีการทำงานของไตกลับมาปกติ (full recovery) ร้อยละ 8.5 ดำเนินโรคไตเรื้อรัง (CKD) ร้อยละ 1.3 ดำเนินโรคไตสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง (dialysis dependence) และมีจำนวนผู้เสียชีวิตร้อยละ 36.9 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลัน (n = 398) และการบำบัดทดแทนไต (n = 48)

Characteristics	Number (percent)
AKI Criteria	
Creatinine criteria	200 (50.3)
Urine output criteria	10 (2.5)
Both Creatinine and urine output criteria	188 (47.2)
Onset of AKI	
Community-acquired AKI (CA-AKI)	279 (70.1)
Hospital-acquired AKI (HA-AKI)	119 (29.9)
Type of urine output	
Non-oliguria	189 (47.5)
Oliguria	152 (38.2)
Anuria	57 (14.3)
KDIGO Stage	
KDIGO stage 1	120 (30.2)
KDIGO stage 2	86 (21.6)
KDIGO stage 3	192 (48.2)
AKI patients	
With KRT: Intermittent hemodialysis (IHD) mode	48 (12.1)
Denied KRT	106 (26.6)
Without indication of KRT	244 (61.3)
Indication of KRT	
Refractory fluid overload	14 (29.1)
Refractory metabolic acidosis	12 (25)
Refractory hyperkalemia	9 (18.8)
Hypercatabolic state	7 (14.6)
Uremia	6 (12.5)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลัน (n = 398) และการบำบัดทดแทนไต (n = 48)

Renal recovery at 90-days	
Full	212 (53.3)
Partial (progress to chronic kidney disease)	34 (8.5)
Dialysis dependence	5 (1.3)
Dead	147 (36.9)

คำย่อ: AKI: acute kidney injury, KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcome, KRT: kidney replacement therapy

สาเหตุของภาวะไตวายฉับพลัน พบว่าภาวะขาดน้ำ (dehydration/hypovolemia) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของภาวะไตวายฉับพลันในผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร (ร้อยละ 34.1) สาเหตุลำดับถัดมาคือเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ร้อยละ 30.9 เกิดจากยาที่มีพิษต่อไต (nephrotoxic drugs) ร้อยละ 15.8 ตามลำดับ เมื่อแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่มตามจุดเริ่มต้นของภาวะไตวายฉับพลัน ก็ยังพบว่าภาวะขาดน้ำ (ร้อยละ 46.2) ยังเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่ม CA-AKI รองลงมาเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 21.3 กลุ่มอาการโรคหัวใจและไต (cardiorenal syndrome) ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มผู้ป่วย HA-AKI สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึงร้อยละ 52.9 เกิดจากยาปฏิชีวนะ colistin ซึ่งเป็นยาที่มีพิษต่อไต ร้อยละ 22.3 และเกิดจากสารทึบรังสี (contrast

media) ร้อยละ 9.1 ตามลำดับ โดยพบว่าสาเหตุของภาวะไตวายฉับพลันในกลุ่ม CA-AKI พบสาเหตุจากภาวะขาดน้ำ กลุ่มอาการโรคหัวใจและไต ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (obstructive uropathy) ได้บ่อยกว่ากลุ่ม HA-AKI สำหรับกลุ่ม HA-AKI พบสาเหตุของภาวะไตวายฉับพลันจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ยาที่มีพิษต่อไต (โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ colistin, aminoglycoside, ยาฆ่าเชื้อรา amphotericin B, และสารทึบรังสี) ได้บ่อยกว่ากลุ่ม CA-AKI สำหรับยาที่มีพิษต่อไตที่พบได้บ่อยในกลุ่ม CA-AKI ได้แก่ ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) และสมุนไพร (herb) ซึ่งในการศึกษานี้คือ ถั่งเช่าและกระท่อม โรคมะเร็งที่ทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะพบว่าจะเกิดจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ (colon cancer) และมะเร็งรังไข่ (ovarian cancer) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุของภาวะไตวายฉับพลัน

Causes of AKI	Community-based AKI (n = 277) Number (percent)	Hospital-based AKI (n = 121) Number (percent)	Total AKI patients (n = 398) Number (percent)
Dehydration/hypovolemia	128 (46.2) ¹	8 (6.6)	136 (34.1) ¹
Sepsis/infection	59 (21.4) ²	64 (52.9) ¹	123 (30.9) ²
Nephrotoxic drugs	18 (6.5)	45 (37.2)	63 (15.8) ³
Colistin	0 (0)	27 (22.3) ²	27 (6.8)
Post-contrast media	3 (1.1)	11 (9.1) ³	14 (3.5)
NSAIDs	9 (3.2)	0 (0)	9 (2.2)
Herbs	6 (2.2)	0 (0)	6 (1.5)
Aminoglycoside	0 (0)	5 (4.1)	5 (1.3)
Amphotericin B	0 (0)	2 (1.7)	2 (0.5)

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุของภาวะไตวายฉับพลัน

Causes of AKI	Community-based AKI (n = 277) Number (percent)	Hospital-based AKI (n = 121) Number (percent)	Total AKI patients (n = 398) Number (percent)
Cardiorenal syndrome	48 (17.3) ³	3 (2.5)	51 (12.8)
Obstructive uropathy	13 (4.7)	0 (0)	13 (3.3)
Benign prostatic hyperplasia	6 (2.2)	0 (0)	6 (1.5)
Malignancy	4 (1.4)	0 (0)	4 (1)
Neurogenic bladder	2 (0.7)	0 (0)	2 (0.5)
Stricture urethra	1 (0.4)	0 (0)	1 (0.3)
Hepatorenal syndrome	4 (1.4)	0 (0)	4 (1)
Glomerulonephritis	3 (1.1)	0 (0)	3 (0.8)
Tumor lysis syndrome	2 (0.7)	1 (0.8)	3 (0.8)
Rhabdomyolysis	2 (0.7)	0 (0)	2 (0.5)

คำย่อ: NSAIDS: non-steroidal anti-inflammatory drugs

อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลัน พบผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลันเสียชีวิตจำนวน 147 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต (in-hospital mortality) ร้อยละ 36.9 ซึ่งอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะไตวายฉับพลันที่มากขึ้น โดยอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย KDIGO ระดับที่ 1 ร้อยละ 19.1 KDIGO ระดับที่ 2 ร้อยละ 26.5 และ KDIGO ระดับที่ 3 ร้อยละ 54.4 (ในกลุ่มผู้ป่วย KDIGO ระดับที่ 3 ที่เสียชีวิต 59 ราย จากทั้งหมด 80 ราย

(ร้อยละ 73.8) ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต) เมื่อจำแนกผู้ป่วยเสียชีวิตตามจุดเริ่มต้นของภาวะไตวายฉับพลัน พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตในกลุ่ม CA-AKI ร้อยละ 57.8 และกลุ่ม HA-AKI ร้อยละ 42.2 โดยผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 69.4 จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัสสาวะน้อย (oliguria-anuria) สำหรับสาเหตุของภาวะไตวายฉับพลันในผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบที่เกิดจากภาวะขาดน้ำ ร้อยละ 36.7 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 29.9 กลุ่มอาการโรคหัวใจและไตร้อยละ 15.6 ตามลำดับ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลผู้ป่วยไตวายฉับพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (n = 147)

Characteristics	Number (percent)
Onset of AKI	
Community-acquired AKI (CA-AKI)	85 (57.8)
Hospital-acquired AKI (HA-AKI)	62 (42.2)
Type of urine output	
Non-oliguria	45 (30.6)
Oliguria	65 (44.2)
Anuria	37 (25.2)
KDIGO Stage	
KDIGO stage 1	28 (19.1)
KDIGO stage 2	39 (26.5)
KDIGO stage 3	80 (54.4)
Denied KRT	59 (73.8)

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลผู้ป่วยไตวายฉับพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (n = 147)

Characteristics	Number (percent)
Causes of AKI	
Dehydration/hypovolemia	54 (36.7)
Sepsis/infection	44 (29.9)
Cardiorenal syndrome	23 (15.6)
Nephrotoxic drug: colistin	10 (6.8)
Nephrotoxic drug: contrast media	6 (4.2)
Others	10 (6.8)

คำย่อ: AKI: acute kidney injury, KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcome, KRT : kidney replacement therapy

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วย multivariable analysis โดยใช้ตัวแปรเพศ อายุที่มากกว่า 60 ปี ระดับความรุนแรงของภาวะไตวายฉับพลัน ปริมาณปัสสาวะ โรคประจำตัว ภาวะช็อก พบว่าปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลัน ได้แก่ อายุที่มากกว่า 60 ปี โดยมี

adjusted OR 4.05 ค่า 95%CI 2.48 ถึง 5.97 (p-value < 0.001) ปริมาณปัสสาวะน้อย (oliguria-anuria) มี adjusted OR 2.96 ค่า 95%CI 1.87 ถึง 4.56 (p-value 0.001) และภาวะช็อกมี adjusted OR 4.98 ค่า 95%CI 2.83 ถึง 7.88 (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยไตวายฉับพลันเมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี multivariable analysis (n=147)

Risk factors	Unadjusted			Adjusted		
	Odd ratio	95%CI	p-value	Odd ratio	95%CI	p-value
Age > 60 years	6.78	4.30-10.69	< 0.001	4.05	2.48-5.97	< 0.001
Oliguria-anuria	3.05	1.98-4.69	< 0.001	2.96	1.87-4.56	0.001
Shock	9.42	5.76-15.39	< 0.001	4.98	2.83-7.88	< 0.001

อภิปรายผล

อุบัติการณ์ของภาวะไตวายฉับพลันในผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม ในการศึกษาที่พบร้อยละ 39.6 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาระดับชาติทั่วโลกของภาวะไตวายฉับพลันโดย Eric A. J. Hoste ที่พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะไตวายฉับพลันในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (critically ill patients) อยู่ที่ประมาณ 1 ใน 3 ถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานี้⁽¹⁾ หรือการศึกษาของ วรพจน์ เจริญตระการผล และจิตรา คงคา ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะไตวายฉับพลันในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทย ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง กันยายน พ.ศ. 2555 พบเพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้น แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตจะพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะไตวายฉับพลันจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 42.1⁽⁹⁾ การศึกษานี้พบ

อุบัติการณ์ของภาวะไตวายฉับพลันที่น้อยกว่าการศึกษาของ ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์และคณะ ซึ่งเป็นการศึกษานานาชาติในประเทศไทย (จำนวนผู้ป่วย 4,668 ราย) และศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 52.9⁽⁸⁾ ซึ่งการศึกษานี้ศึกษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะในแผนกอายุรกรรมเท่านั้นที่โรงพยาบาลพุทธโสธรซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด และมีระยะเวลาศึกษานานเพียง 3 เดือน ต่างกับการศึกษาของ ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์ และคณะที่ศึกษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตแผนกศัลยกรรม และแผนกอื่น ๆ รวมอยู่ด้วย ศึกษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลระดับจังหวัดเพียงร้อยละ 15 โดยร้อยละ 50.1 เป็นข้อมูลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย (university hospital) และมีระยะเวลาศึกษานานถึง 30 เดือน โดยการศึกษาที่พบระดับความรุนแรงของภาวะไตวายฉับพลัน KDIGO ระดับที่ 3

สูงมากที่สุดถึงร้อยละ 48.2 สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าในหอผู้ป่วยวิกฤตพบภาวะไตวายฉับพลัน KDIGO ระดับที่ 3 สูงสุด (4, 5, 7, 8)

สาเหตุหลักของภาวะไตวายฉับพลันในการศึกษานี้เกิดจากภาวะขาดน้ำ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และจากยาที่มีพิษต่อไต ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ (2, 5, 7-11) โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วย HA-AKI พบสาเหตุของภาวะไตวายฉับพลันจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ยาที่มีพิษต่อไต (โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ colistin และสารทึบรังสี) ได้บ่อยกว่ากลุ่ม CA-AKI ส่วนกลุ่ม CA-AKI จะพบจากการใช้ ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และสมุนไพรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุภาวะไตวายฉับพลันจากยาที่เป็นพิษต่อไตเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ (modifiable risk factor) (1, 2, 11)

อัตราการบำบัดทดแทนไตในการศึกษานี้อยู่ที่ร้อยละ 12.1 ใกล้เคียงกับผลการศึกษานภร มหามิตร ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตจาก 14 โรงพยาบาลในประเทศไทยพบร้อยละ 10.3 (5) โดยอัตราการบำบัดทดแทนไตในหลายการศึกษายู่ระหว่างร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 36.2 (1, 5, 7-9) ซึ่งการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของการบำบัดทดแทนไตแต่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตสูงถึงร้อยละ 26.6

หลายการศึกษาพบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตระหว่างร้อยละ 30.3 ถึงร้อยละ 66.2 (5, 7-9) ซึ่งในการศึกษานี้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายฉับพลันพบร้อยละ 36.9 โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตจะสูงขึ้นตามระดับระดับความรุนแรงของภาวะไตวายฉับพลัน (KDIGO stage) สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ (2, 4, 5, 7-9) สำหรับสาเหตุของภาวะไตวายฉับพลันในผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ยังเกิดจากภาวะขาดน้ำและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุที่มากกว่า 60 ปี หรือ มีปริมาณปัสสาวะน้อย หรือ มีภาวะช็อกเป็นปัจจัยเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยไตวายฉับพลันสอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ (1-3)

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาข้อมูลเพียงระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้น ทำให้การหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายฉับพลันหรืออัตราการเสียชีวิตอาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน และเป็นการศึกษาเฉพาะหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลประจำจังหวัดเท่านั้น (single center) หากต้องการทราบข้อมูลอุบัติการณ์ของภาวะไตวายฉับพลันในระดับโรงพยาบาลที่แท้จริงจะต้องมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

สรุปผล

ภาวะไตวายฉับพลันพบได้บ่อยประมาณ 2 ใน 5 ของผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร ภาวะขาดน้ำ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และยาที่มีพิษต่อไตเป็นสาเหตุหลักของภาวะไตวายฉับพลัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีระดับความรุนแรงของภาวะไตวายฉับพลัน KDIGO ระดับที่ 3 และอัตราการเสียชีวิตที่สูง โดยอัตราการเสียชีวิตจะสูงขึ้นตามระดับระดับความรุนแรงของภาวะไตวายฉับพลัน และพบว่าอายุที่มากกว่า 60 ปี มีปริมาณปัสสาวะน้อย มีภาวะช็อกเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่ออัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยไตวายฉับพลัน

ข้อเสนอแนะ

การประเมินสภาวะระดับน้ำในร่างกายของผู้ป่วยร่วมกับการให้สารน้ำอย่างเหมาะสม การวินิจฉัยและรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างถูกต้องและทันท่วงที รวมไปถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่เป็นพิษต่อไต ข้อควรระวังในการใช้ยาที่เป็นพิษต่อไตแก่ประชาชนและบุคลากรทางสาธารณสุขน่าจะมีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะไตวายฉับพลันและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Hoste EAJ, Kellum JA, Selby NM, Zarbock A, Palevsky PM, Bagshaw SM, et al. Global epidemiology and outcomes of acute kidney injury. *Nature reviews Nephrology*. 2018;14(10):607-25.
2. KDIGO. AKI Work Group: KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. *Kidney international Supplement*. 2012;2(1):1-138.
3. Susantitaphong P, Cruz DN, Cerda J, Abulfaraj M, Alqahtani F, Koulouridis I, et al. World incidence of AKI: a meta-analysis. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*. 2013;8(9):1482-93.
4. Yang L. Acute Kidney Injury in Asia. *Kidney diseases (Basel, Switzerland)*. 2016;2(3):95-102.
5. N. M. Acute Kidney Injury in Intensive Care Unit Patients: epidemiology and Outcome, A Prospective Multicenter Study: Chulalongkorn University; 2014.
6. Ratanarat R, Skulratanasak P, Tangkawattanakul N, Hantaweepant C. Clinical accuracy of RIFLE and

Acute Kidney Injury Network (AKIN) criteria for predicting hospital mortality in critically ill patients with multi-organ dysfunction syndrome. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2013;96 Suppl 2:S224-31.

7. นาควรรณ พ.บ. ส. อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของภาวะไตวายเฉียบพลันในคนไข้หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2020;39(4).
8. Srisawat N, Kulvichit W, Mahamitra N, Hurst C, Praditpornsilpa K, Lumlertgul N, et al. The epidemiology and characteristics of acute kidney injury in the Southeast Asia intensive care unit: a prospective multicentre study. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the

European Dialysis and Transplant Association – European Renal Association. 2020;35(10):1729-38.

9. Treamtrakanpon W. KW. Impact and Incidence of Acute Kidney Injury (AKI) : A One-year Period of Study at a Center Hospital in Thailand. Srinagarind Medical Journal. 2016;31(2):178-84.
10. Xu X, Nie S, Liu Z, Chen C, Xu G, Zha Y, et al. Epidemiology and Clinical Correlates of AKI in Chinese Hospitalized Adults. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN. 2015;10(9):1510-8.
11. Rewa O, Bagshaw SM. Acute kidney injury-epidemiology, outcomes and economics. Nature reviews Nephrology. 2014;10(4):193-207.

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึก แบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นโรงพยาบาลพุทธโสธร

Risk factor for unplanned reintubation after general anesthesia in operating theatre and post-anesthetic care unit: a case-control study

กัลยาณี พรพรหมโชติ พ.บ.

Kanlayawadee Bhonpromchot M.D.

Department of Anesthesiology, Buddhasothorn Hospital.

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ

การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบทางเดินหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจนานขึ้น หรือแม้แต่เพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นโรงพยาบาลพุทธโสธร

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลัง matched case-control study โดยการทบทวนเวชระเบียนจากกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มที่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (unplanned reintubation, UR) 20 คน และกลุ่มที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (non-unplanned reintubation, non-UR) 80 คน โดยทำการจับคู่ matched case control เพศและอายุ

ผลการศึกษา

สาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น จำนวน 20 คน โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมาภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 และภาวะกล่องเสียง/หลอดลมอักเสบ หรือทางเดินหายใจบวม (Laryngospasm / bronchospasm/ airway edema) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทีละตัวแปรด้วยวิธี univariate logistic regression พบว่าดัชนี

มวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น 3.35 เท่า (Odd-ratio 3.35, 95%CI: 1.06–10.53, P-value 0.039) American Society of Anesthesiologists (ASA) physical status 3 เมื่อเทียบกับ ASA physical status 1 พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง 7.07 เท่า (Odd-ratio 7.07, 95%CI: 1.32–37.71, P-value 0.02) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นปัจจัยเสี่ยง 6.0 เท่า (Odd-ratio 6.0, 95%CI: 1.06–33.92, P-value 0.043) และการได้รับสารน้ำในระหว่างผ่าตัด ≥ 20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม เป็นปัจจัยเสี่ยง 3.25 เท่า (Odd-ratio 3.25, 95%CI: 1.11–9.49, P-value 0.03) เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี multiple logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือ ASA physical status 3 (Adj.Odd-ratio 21.57, 95%CI: 1.23–376.81, P-value 0.035) ผลกระทบรุนแรง คือ เสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 กลุ่มที่ไม่ได้ท่อช่วยหายใจซ้ำ เสียชีวิต 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 เมื่อวิเคราะห์แบบ logistic regression พบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 12 เท่า (OR 12.0, 95%CI: 1.24–115.36 p-value 0.03)

สรุปการศึกษา

ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, ASA physical status 3 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการได้รับสารน้ำในระหว่างผ่าตัด ≥ 20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น และการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำยังสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปด้วย
คำสำคัญ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ, หลังการระงับความรู้สึก, ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

Origin and importance

Unplanned reintubation after anesthesia is a serious complication. It can lead to the cardiovascular and respiratory system problems, and longer intubation even increases the risk of death.

Objective

To study the risk factors of unplanned reintubation after general anesthesia in operation theatre and post-anesthetic care unit.

Methods

A retrospective case-control matched study was conducted by reviewing the medical records of patients in Buddhasothorn Hospital. The patients were divided into unplanned reintubation group (UR; 20 cases) and non-unplanned reintubation group (non-UR; 80 cases) by matching sex and age.

Results

There were 20 patients with unplanned reintubation in the operation theatre and post-anesthetic care unit. The third most common causes were sepsis (6 cases; 30%), followed by pulmonary edema (3 cases; 15%), and laryngospasm/ bronchospasm/ airway edema (2 cases; 10%). The univariate logistic regression method revealed that an increase in BMI ≥ 25 kg/m² (Odd-ratio 3.35, 95%CI: 1.06–10.53, P-value 0.039) ASA physical status 3 (compared to ASA physical status 1) (Odd-ratio 7.07, 95%CI: 1.32–37.71, P-value 0.02) sepsis (Odd-ratio 6.0, 95%CI: 1.06–33.92, P-value 0.043) and intraoperative fluid load (≥ 20 ml/kg) (Odd-ratio 3.25, 95%CI: 1.11–9.49, P-value). The multiple logistic regression analysis revealed that an ASA physical status 3 (Adj.Odd-ratio 21.57, 95%CI: 1.23–376.81, P-value 0.035) relative with unplanned reintubation following general anesthesia in the study. The effects of re-intubation were significantly different ($p < 0.01$) between the two groups such that there were

three deaths (15%) within 30 days after reintubation and one death (1.5%) in the non-UR group (OR 12.0, 95%CI: 1.24–115.36 p-value 0.03).

Conclusions

BMI ≥ 25 kg/m² ASA physical status 3 sepsis and intraoperative fluid load (≥ 20 ml/kg) were risk factors associated with unplanned reintubation following general anesthesia in the operation theatre and post-anesthetic care unit.

Keywords : re-intubation, anesthesia, risk factors

บทนำ

โรงพยาบาลพุทธโสธรเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการผ่าตัดโรคทั่วไปและผ่าตัดให้กับผู้ป่วยและโรคที่มีความซับซ้อนของภาคตะวันออก ให้บริการด้านวิสัญญีประมาณ 8,640 คนต่อปี เพื่อการดูแลผู้ป่วยด้านวิสัญญีที่ต่อเนื่องและเป็นระบบทางแผนกวิสัญญีให้บริการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมและวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน ให้การดูแลระหว่างการผ่าตัดตามมาตรฐาน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก รวมไปถึงการตามเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับบริการด้านวิสัญญี

การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยวิกฤต และอุบัติการณ์รุนแรงทางวิสัญญีซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ปอดติดเชื้อ รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต หรือรุนแรงถึงแก่ชีวิต จากการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกของราชวิทยาลัยวิสัญญีวิทยา แห่งประเทศไทยปี 2549 (Thai Anesthesia Incidents Monitoring Study: Thai AIMS)¹ และปี 2559 (Perioperative and Anesthetic Adverse events in Thailand: PAAAd THAI)² พบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกลดลง เช่น อัตราเสียชีวิตจากการระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมงลดลงจาก 28.3:10,000 เป็น 13.2:10,000 เนื่องจากราชวิทยาลัยวิสัญญีวิทยาได้ออกแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้น (clinical practice guideline) และอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากลดลงจาก 22.5:10,000 เป็น 8.0:10,000 จากการพัฒนาอุปกรณ์ช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ ถึงอย่างนั้นครึ่งหนึ่งของภาวะแทรกซ้อนที่พบเกิดที่ระบบทางเดินหายใจ และหนึ่งในนั้นคือการใส่ท่อช่วย

หายใจซ้ำ (reintubation) โดยเกิดอุบัติการณ์ 11.1:10,000 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในห้องพักฟื้น โดยปัจจัยเสี่ยงแยกตามสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านศัลยกรรม และปัจจัยด้านวิสัญญี

การให้บริการการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปของโรงพยาบาลพุทธโสธรโดยประมาณ 4,633 คนต่อปี พบอุบัติการณ์การเกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 9.35 ต่อผู้ป่วย 10,000 คน ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น ดังนั้นการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาวิเคราะห์เพื่อหาวิธีลดอุบัติการณ์ดังกล่าว เพิ่มคุณภาพการบริการและลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพุทธโสธร

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพุทธโสธร

วิธีการศึกษา

เก็บข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น โรงพยาบาลพุทธโสธร ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2560 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ matched case control for a matched case-control study with binary outcome จากงานวิจัยของนายแพทย์ Chen³ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำจากสาเหตุทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน หลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่าอัตราการกรองของไต (creatinine clearance, ccr) < 70 มิลลิตรต่อนาที ในกลุ่มที่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เป็นปัจจัยเสี่ยง 5.92 เท่า (OR 5.92,

95%CI 2.48 to 14.08, p-value< 0.001) และสัดส่วนของอัตราการกรองของไต ≥ 70 มิลลิตรต่อนาที ในกลุ่มที่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ คือร้อยละ 61 และทำการเลือก case : control คือ 1:4

$$n_{case} = \frac{(M+1) \left[\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}(1+\psi) + 2Z_{1-\beta}\sqrt{\psi}}{\psi-1} \right]^2}{2Mk(\psi+1)\bar{\pi}_p(1-\bar{\pi}_p)}$$

$$k = 1/[1 + (\psi - 1)\bar{\pi}_p], M = \text{controls: case}$$

$$\psi = OR., \bar{\pi}_p = p(\text{exposure})$$

แทนค่า

$$P(\text{exposure}) = 0.610$$

$$OR = 5.92$$

$$\text{Alpha } (\alpha) = 0.05 \quad Z(0.975) = 1.959964$$

$$\text{Beta } (\beta) = 0.20 \quad Z(0.800) = 0.841621$$

$$\text{Sample size (n): Cases} = 20, \text{Controls} = 80$$

แบ่งประชากรเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (case) จำนวน 20 คน และกลุ่มที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (matched controls) จำนวน 80 คน จากนั้นรวบรวมข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

วิธีการ matched case control

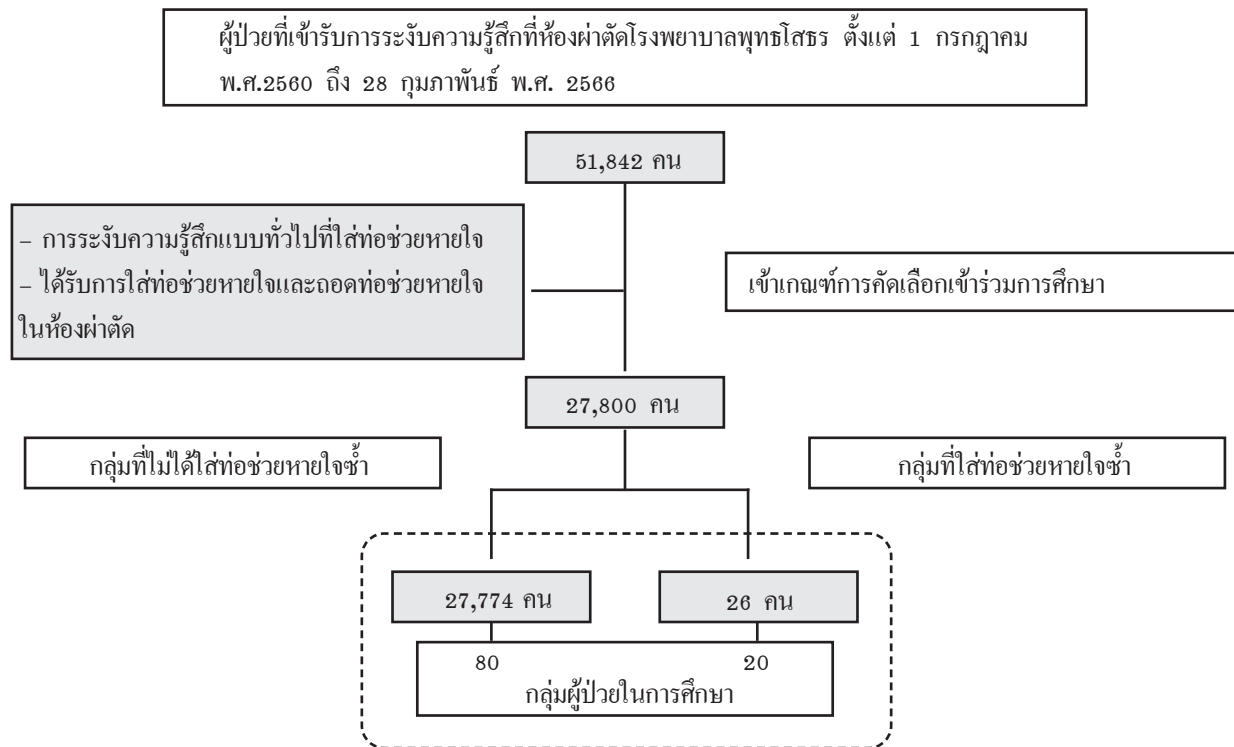
โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการเลือกเพศเดียวกัน และอายุใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมศึกษา (Inclusion criteria)

- การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจในห้องผ่าตัด

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ (re-operation) จากเหตุสุดวิสัย
- ท่อช่วยหายใจหลุดโดยไม่ตั้งใจ



รูปที่ 1 แสดงการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยในการศึกษา

สถิติวิเคราะห์

ใช้สถิติพรรณนาข้อมูล กรณีที่มีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่า interquartile range ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้สถิติอนุमान McNemar test และสถิติ paired t test ตัวแปรเชิงปริมาณที่มี การกระจายตัวปกติและไม่เป็นปกติ ตามลำดับ ใช้สถิติ conditional logistic regression model นำเสนอค่า odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple conditional logistic regression) เทคนิคการนำตัวแปรเข้า มีค่า p-value น้อยกว่า 0.20 จาก Univariate ลงใน Model และนำเสนอค่า Adjusted odds ratio (ORadj) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพุทธโสธรเลขที่ BSH-IRB 022/2566 ลงวันที่ 28 เมษายน 2566

ผลการศึกษา

จากผู้ป่วยที่ได้รับการบริการด้านวิสัญญี ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2560 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพุทธโสธรจำนวน 51,842 คน ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมศึกษาจำนวน 27,800 คน (รูปภาพที่ 1) มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการรับความรู้สึกทั่วไปจำนวน 26 คน ทำการคัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายตามจำนวนขนาดตัวอย่างได้ 20 คน แบ่งสาเหตุตามตารางที่ 1 โดยสาเหตุที่พบบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมาภาวะปอดบวมน้ำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 และภาวะกล่องเสียง/หลอดลมหดเกร็ง หรือทางเดินหายใจบวม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0

ตารางที่ 1 สาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการรับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น

สาเหตุ	ผู้ป่วย =20 (%)
ทางเดินหายใจอุดตัน	
ภาวะกล่องเสียง/หลอดลมหดเกร็ง หรือทางเดินหายใจบวม	2 (10.0)
เสมหะอุดกั้น (Secretion obstruction)	1 (5.0)

สาเหตุ	ผู้ป่วย =20 (%)
ปอดบวมจากการสำลัก (Aspiration pneumonia)	1 (5.0)
ปอดมีพยาธิสภาพ	
ภาวะปอดบวมน้ำ	3 (15.0)
ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis)	1 (5.0)
ฤทธิ์ของยาคุมสลับหรือยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ตกค้าง	2 (10.0)
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	6 (30.0)
ภาวะชัก (seizure)	1 (5.0)
ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)	1 (5.0)
เส้นเสียงอักเสบทั้งสองข้าง (Bilateral vocal cord paralysis)	1 (5.0)
หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (Hyperreactive airway)	1 (5.0)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ละตัวแปร ด้วยวิธี univariate logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น 3.35 เท่า (Odd-ratio 3.35, 95%CI:1.06–10.53, P-value 0.039) และ 6.0 เท่า (Odd-ratio 6.0, 95%CI: 1.06–33.92, P-value 0.043) ตามลำดับ สำหรับ ASA physical status เมื่อเทียบกับ ASA physical status 1 พบว่า ASA physical status 3 เป็นปัจจัยที่เสี่ยง 7.07 เท่า (Odd-ratio 7.07, 95%CI:

1.32–37.71 , P-value 0.02) ส่วนการได้รับสารน้ำในระหว่างผ่าตัด ≥ 20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม มีความเสี่ยง 3.25 เท่า (Odd-ratio 3.25, 95%CI: 1.11–9.49, P-value 0.03) ดังข้อมูลในตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี multiple logistic regression พบว่า ASA physical status 3 (Adj.Odd-ratio21.57, 95%CI: 1.23–376.81, P-value 0.035) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น เมื่อใช้ univariate analysis

Variables	Non-UR (n = 80)	UR (n = 20)	OR (95%CI)	P-value
Sex [n (%)]				
Male	32 (40.0)	8 (40.0)		
Female	48 (60.0)	12 (60.0)		
Age (yr) [n (%)]				
Mean	51.85±21.78	51.82±22.28		
< 65	48 (60.0)	12 (60.0)		
≥ 65	32 (40.0)	8 (40.0)		
BMI (kg/m ²)	23.38±4.55	27.26±7.13	1.25 (10.7 -1.46)	0.004
ASA [n (%)]				
1	28 (35.0)	3 (15.0)	1	
2	23 (28.75)	5 (25.0)	2.87 (0.51–16.01)	0.22
3	29 (36.25)	12 (60.0)	7.07 (1.32–37.71)	0.02

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น เมื่อใช้ univariate analysis

Variables	Non-UR (n = 80)	UR (n = 20)	OR (95%CI)	P-value
Smoking history [n (%)]				
No	73 (91.25)	19 (95.0)	1	
Yes	7 (8.75)	1 (5.0)	0.49 (0.04-4.90)	0.54
Sepsis [n (%)]				
No	76 (95.0)	16 (80.0)	1	
Yes	4 (5.0)	4 (20.0)	6.0 (1.06-33.92)	0.043
Heart disease history [n (%)]				
No	75 (93.75)	17 (85.0)	1	
Yes	5 (6.25)	3 (15.0)	3.69 (0.56-24.30)	0.173
Cerebral infarction history [n (%)]				
No	74 (92.50)	17 (85.0)	1	
Yes	6 (7.50)	3 (15.0)	2.25 (0.48-10.43)	0.30
Asthma/COPD history [n (%)]				
No	75 (93.75)	20 (100.0)		
Yes	5 (6.25)	0 (0)	NA	
Hypertension [n (%)]				
No	53 (66.25)	13 (65.0)	1	
Yes	27 (33.75)	7 (35.0)	1.07 (0.33-3.45)	0.90
Diabetes mellitus [n (%)]				
No	71 (88.75)	15 (75.0)	1	
Yes	9 (11.25)	5 (25.0)	2.54 (0.75-8.58)	0.13
Ccr (ml/min) [n (%)]				
Mean	76.49±38.24	87.0±50.80		
< 70	30 (42.25)	10 (55.56)	1	
≥ 70	41 (57.75)	8 (44.44)	0.26 (0.04-1.48)	0.12

ตารางที่ 3 ปัจจัยทางวิสัญญีวิทยาและการผ่าตัดที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น เมื่อใช้ univariate analysis

Variables	Non-UR (n = 80)	UR (n = 20)	OR (95%CI)	P-value
Anesthesiologist seniority (yr) [n (%)]				
≤ 10	34 (42.50)	5 (25.0)	1	
>10	46 (57.50)	15 (75.0)	2.33 (0.72-7.45)	0.15

ตารางที่ 3 ปัจจัยทางสถิติวิทยาและการผ่าตัดที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น เมื่อใช้ univariate analysis

Variables	Non-UR (n = 80)	UR (n = 20)	OR (95%CI)	P-value
Surgical type [n (%)]				
Head and neck	7 (8.75)	3 (15.0)	1	
Laparoscopic	5 (6.25)	1 (5.0)	0.53 (0.04–6.90)	0.63
Abdomen	33 (41.25)	4 (20.0)	0.26 (0.04–1.57)	0.14
OBGYNE	8 (10.0)	3 (15.0)	1.44 (0.18–11.45)	0.72
Orthopedic	9 (11.25)	1 (5.0)	0.23 (0.01–2.85)	0.25
Others	18 (22.50)	8 (40.0)	1.01 (0.16–6.28)	0.98
RBC infusion [n (%)]				
No	78 (97.50)	17 (85.0)	1	
Yes	2 (2.50)	3 (15.0)	6.0 (1.0–35.90)	0.05
FFP infusion [n (%)]				
No	79 (98.75)	20 (100.0)		
Yes	1 (1.25)	0 (0)	NA	
Fluid load (ml/kg) [n (%)]	64 (80.0)	11 (55.0)	1	
< 20	16 (20.0)	9 (45.0)	3.25 (1.11–9.49)	0.03
≥ 20	65	72.5		
Intubation duration (min)(IQR)	(42.5–97.5)	(47.5–112.5)	0.99 (0.99–1.00)	0.92
Emergency surgery	42 (52.50)	10 (50.0)	1	
No	38 (47.50)	10 (50.0)	1.12 (0.39–3.22)	0.82
Yes	114.16±253.95	203.65±244.07	1.00 (0.99–1.00)	0.18
Blood loss (ml)				
เวลาเสร็จสิ้นของการผ่าตัด				
ในเวลาราชการ	45 (56.25)	13 (65.0)	1	
นอกเวลาราชการ	35 (43.75)	7 (35.0)	0.64 (0.21–1.95)	0.40

จากข้อมูลตารางที่ 4 ผลกระทบของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ พบว่าเสียชีวิต 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 กลุ่มที่ไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เสียชีวิต 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 เมื่อ

วิเคราะห์แบบ logistic regression พบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 12 เท่า (OR 12.0, 95%CI: 1.24–115.36, p-value 0.03)

ตารางที่ 4 ผลกระทบของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น

Variables	ไม่เสียชีวิต	เสียชีวิตภายใน 30 วัน	OR	95 %CI	p-value
Non-UR	79 (82.29)	1 (25.0)			
UR	17 (17.71)	3 (75.0)	12.0	1.24–115.36	0.03

การวิเคราะห์ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นของโรงพยาบาลพุทธโสธรคือ 9.35 ต่อผู้ป่วย 10,000 คน ใกล้เคียงกับอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจในห้องพักฟื้นหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในโรงพยาบาลรามารับคือ 9.9 ต่อผู้ป่วย 10,000 คน⁴ แต่น้อยกว่าการศึกษาในปี 2559 ของ PAA Thai และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คือ 11.1 ต่อผู้ป่วย 10,000² และ 16.9 ต่อผู้ป่วย 10,000⁵ ตามลำดับ ซึ่งอาจแตกต่างกันในบริบทของโรงพยาบาลและความซับซ้อนของการผ่าตัด โดยโรงพยาบาลพุทธโสธรยังไม่มี การผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือด และทรวงอก รวมถึงคุณภาพการบริการด้านวิสัญญีที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบพบว่า เป็นปัจจัยจากผู้ป่วย ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพก่อนผ่าตัดที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม ASA physical status 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรง และพบการทำงานผิดปกติของอวัยวะหรือการใช้ชีวิตประจำวัน⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ³⁻⁸ สาเหตุจากจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญีวิทยาเพิ่มมากขึ้น จากการเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัด และศัลยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ร่วมกับประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้จำนวนผู้ป่วยสูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เข้ารับการผ่าตัดมากขึ้น จึงพบผู้ป่วยที่มี ASA physical status 3 จำนวนมาก นอกเหนือจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใส่ท่อช่วยหายใจในห้องพักฟื้นหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในโรงพยาบาลรามารับคือ⁴ มักพบว่าเป็นผู้ป่วยอายุ > 65 ปี หรือผู้ป่วยที่มี American Society of Anesthesiologists (ASA) physical status 3 และ 4 สอดคล้องกับการวิเคราะห์อุบัติการณ์รุนแรงทางวิสัญญีในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศสิงคโปร์⁷ พบว่าสัมพันธ์กับระดับ ASA physical status ที่สูงขึ้น และการปฏิบัติงานนอกเวลา เช่นเดียวกับการศึกษาของนายแพทย์ Chan และคณะ⁵ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่าอายุมากกว่า 65 ปี ASA physical status 3 การผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ การผ่าตัดช่องอก และการให้สารน้ำที่มากเกินไป สัมพันธ์กับการเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งนำไปสู่การเกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ปัจจัยด้านอื่นได้แก่ โรคอ้วน จากการศึกษากับปัจจัยของโรคอ้วนที่ส่งผลต่อการถอดท่อช่วยหายใจล้มเหลวในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไต้หวัน พบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย 28.5 ± 3.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร⁹ ใกล้เคียงกับการศึกษานี้คือ 27.26 ± 7.13 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เนื่องด้วยพยาธิสรีรวิทยาของโรคอ้วนที่เปลี่ยนแปลง เช่น การสะสมของไขมันบริเวณคอ น้ำหนักของหน้าอกที่เพิ่มขึ้น การสะสมของ

ไขมันสลับหรือเยื่อแก้วที่มากขึ้นและขจัดฤทธิ์ที่ช้าลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดทางเดินหายใจอุดตันหรือฟืนจากไขมันสลับได้ซ้ำ¹⁰ และพบว่าโรคอ้วนร่วมกับโรคหัวใจ โรคไต หรือภาวะความดันโลหิตต่ำ สัมพันธ์กับการถอดท่อช่วยหายใจล้มเหลว โดยสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีความเสี่ยงของการถอดท่อช่วยหายใจล้มเหลวควรพิจารณาให้การบำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราไหลสูง (high-flow nasal cannula) เพื่อลดความเสี่ยงการถอดท่อช่วยหายใจล้มเหลว¹¹ อีกปัจจัยคือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวและเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนเพิ่มเติมหรือเครื่องช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก¹² เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษา ก่อนหน้า¹³ และสุดท้ายเป็นปัจจัยในส่วนของการผ่าตัดคือ การได้รับสารในปริมาณที่มากเกินไประหว่างการผ่าตัด จากการศึกษา ก่อนหน้าที่สนับสนุนว่าการได้รับสารน้ำในระหว่างผ่าตัด ≥ 20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม อาจทำให้เกิดจากภาวะปอดบวมและปอดอักเสบ ทำให้เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวและการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปได้^{3,14}

ผลกระทบที่รุนแรง คือ การเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป การศึกษา ก่อนหน้าพบความสัมพันธ์ระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำกับการเสียชีวิตอย่างมีนัยทางสถิติ โดยอธิบายว่าภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการทำงานที่ผิดปกติอย่างรุนแรงจะเกิดขึ้นจากพยาธิสรีรวิทยาของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเอง¹⁵ และยังสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (ประเมินจาก modified frailty index) อีกด้วย¹⁶

เมื่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ASA physical status 3 หรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เข้ารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ควรวางแผนเทคนิคการระงับความรู้สึก การให้สารน้ำที่เหมาะสม เพิ่มความระมัดระวังในระหว่างผ่าตัด และตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยพร้อมที่สุดในการถอดท่อช่วยหายใจตามข้อบ่งชี้ สำหรับการประเมินการถอดท่อช่วยหายใจหลังเสร็จผ่าตัด ควรพิจารณาร่วมกันทั้งวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาการบริการด้านวิสัญญีของโรงพยาบาลพุทธโสธร ให้มีคุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น ลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการถอดท่อช่วยหายใจ

จากปัจจัยข้างต้นมักเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยแต่อยู่ที่บุคลากรตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจเกือบทั้งหมดเป็นของบุคลากรวิสัญญี โดยพิจารณาจากปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการผ่าตัดและปัจจัยด้านวิสัญญี รวมกับประเมินความสามารถในการหายใจเองของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ความสามารถในการช่วยหายใจหรือใส่ท่อช่วย

หายใจได้หลังถอดท่อช่วยหายใจ และผลกระทบต่อโรคของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามสาเหตุที่ทำให้การถอดท่อช่วยหายใจล้มเหลว เช่น ภาวะกล่องเสียง/หลอดลมอักเสบ หรือทางเดินหายใจบวม ภาวะปอดบวม น้ำ หรือสาเหตุอื่นดังตารางที่ 1 อาจเกิดขึ้นหลังถอดท่อช่วยหายใจได้ ส่วนปัจจัยด้านบุคลากรวิสัญญีที่อาจเกิดจากการประเมินผู้ป่วยได้ไม่ดีพอ ขาดประสบการณ์ มีความรีบร้อนในการทำงาน ขาดความระมัดระวังในการดำเนินของโรค ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ขาดการสื่อสารภายในหรือระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น เพื่อสร้างมาตรฐานที่ดีขึ้นในการพัฒนาการประเมินและเทคนิคการถอดท่อช่วยหายใจจึงเป็นสิ่งจำเป็น¹⁷ โดยเมื่อพบปัญหาให้จัดประชุมเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาและผลกระทบ วิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันทั้งทีมผ่าตัดและวิสัญญีเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ รวมทั้งมีการสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มประชากรในการศึกษาค่อนข้างน้อย การรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากใบประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ใบบันทึกข้อมูลระหว่างการระงับความรู้สึก และใบประเมินหลังได้รับการระงับความรู้สึกย้อนหลังประมาณ 5 ปี อาจมีข้อมูลบางส่วนสูญหายหรือไม่ได้เก็บเข้าระบบ และขาดรายละเอียดบางส่วนโดยเฉพาะช่วงที่อยู่ที่หอผู้ป่วย ทำให้การวิเคราะห์จึงจำกัดเคลื่อนได้

สรุปผลการศึกษา

ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ASA physical status 3 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการได้รับสารน้ำในระหว่างผ่าตัด ≥ 20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น และการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำยังสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังใส่ท่อช่วยหายใจหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปด้วย ควรเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลระหว่างผ่าตัดและพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

เอกสารอ้างอิง

1. Charuluxananan S, Punjasawadwong Y, Suraseranivongse S, et al. The Thai Anesthesia Incidents Study (THAI Study) of anesthetic outcomes: II. Anesthetic profiles and adverse events. *J Med Assoc Thai* 2008 Jul;91(7):1011-9. PMID: 16862682.
2. Charuluxananan S, Punjasawadwong Y, Sriraj W, et al. Perioperative and anesthetic adverse events in Thailand

- (PAAD Thai) incident reporting study: anesthetic profiles and outcomes. *Asian Biomed* 2017;11(1): 21-32. DOI: 10.5372/1905-7415.1101.535.
3. Chen S, Zhang Y, Che L, et al. Risk factors for unplanned reintubation caused by acute airway compromise after general anesthesia: a case-control study. *BMC Anesthesiol* 2021 Jan 12;21(1):17. PMID: 33435881. PMCID: PMC7802267. DOI: 10.1186/s12871-021-01238-4.
4. Ittichaikulthol W, Duangngoen P, Thamjamrassri T, et al. Risk factors of reintubation in post anesthetic care unit after general anesthesia in Ramathibodi Hospital. *Thai J Anesthesiol* 2016;42(1):33-4.
5. Uppan K, Jeeraruensak W, Chau-In W, et al. Anesthesia related to reintubation after planned extubation within 24 hours after general anesthesia in Srinagarind hospital: Incidence and risk factors. *Srinagarind Med J* 2011; 26(4): 325-32.
6. ASA Physical Status Classification System. American society of anesthesiologists [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 01]. Available from <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/statement-on-asa-physical-status-classification-system>.
7. Zeng LA, Ng SY, Thong SY. Analysis of critical incidents during anesthesia in a tertiary hospital. *J Clin Med* 2016; 7(5):320-33. DOI: 10.4236/ijcm.2016.75034.
8. Angkasuvan W, Hombut K. Trend of critical anesthetic complications at a tertiary hospital 2007-2016, *Thai J Anesthesiol* 2018; 44(3): 98-106. [cited 2023 Feb 09]. Available from <https://he02-old.tci-thaijo.org/index.php/anesthai/issue/view/11681>.
9. Chao CM, Lai CC, Cheng AC, et al. Establishing failure predictors for the planned extubation of overweight and obese patients. *PLoS One* 2017 Aug 16; 12(8): e0183360. PMID: 28813495. PMCID: PMC5558963. DOI: 10.1371/journal.pone.0183360.
10. Carron M, Fakhr BS, Iepariello G. Perioperative care of the obese patient. *Br J Surg* 2020 Jan; 107: e39-e55. PMID: 31903602. DOI: 10.1002/bjs.11447.

11. Thille AW, Coudroy R, Nay M. Beneficial effects of noninvasive ventilation after extubation in obese or overweight patients. *AM J Respir Crit Care Med* 2022 Feb 15, 205(4): 4409. PMID: 34813391 Clinical Trial.
12. Moore S, Weiss B, Pascual J, et al. Management of acute respiratory failure in the patient with sepsis or septic shock. *Surg Infect (Larchmt)* 2018 Feb/Mar;19(2):191–201. PMID: 29360422. DOI: 10.1089/sur.2017.297.
13. Hua M, Brady JE, Li G. A scoring system to predict unplanned intubation in patients having undergone major surgical procedures. *Anesth Analg* 2012 Jul; 115(1):88–94. PMID: 22543066. PMCID: PMC3381852. DOI: 10.1213/ANE.0b013e318257012b.
14. Hahn RG. Adverse effects of crystalloid and colloid fluids. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2017; 49(4):303–8. PMID: 28953310.
15. Vivar FF, Esteban A, Apezteguia C, et al. Outcome of reintubated patients after scheduled extubation. *Journal of Critical Care. J Crit Care.* 2011 Oct; 26(5):502–9. PMID: 21376523. DOI: 10.1016/j.jcrc.2010.12.015.
16. Karamanos E , Schmoekel N, Blyden D, et al. Association of unplanned reintubation with higher mortality in old, frail patients: A national surgical quality-improvement program analysis. *Perm J.* 2016 Fall; 20(4):16–017. PMID: 27768568. PMCID: PMC5101085. DOI: 10.7812/TPP/16–017.
17. Artine CA, Hagberg CA. Tracheal extubation. *Respir Care* 2014 Jun; 59(6) 991–1005. PMID: 24891203. DOI: 10.4187/respcare.02926.

The Comparison outcome of elderly patients with fragility hip fracture between those who underwent surgery within 72 hours and after 72 hours at Buddhasothorn Hospital.

Thanatthep Benjasil, M.D. Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao

Abstract

Background : Hip fracture in the elderly is often found together with osteoporosis, mainly caused by falls or minor accidents, which is a major public health problem. It has an impact on the patient's quality of life. Increased dependence on family members and healthcare facilities Burden of ongoing treatment costs Hip surgery results in a better quality of life and lower mortality compared to non-surgery. The appropriate time for surgery is unclear

Objectives

To study the comparison of first-year mortality and postoperative complications of elderly hip fractures who underwent surgery within 72 hours and after 72 hours in Buddhasothorn Hospital.

Methods

This retrospective cohort study collected data on fragility hip fractures patients aged 60 years and older who had underwent surgery in Buddhasothorn Hospital from October 2017 to January 2022. Data were collected from medical records from admission to one year after discharge from hospital. The 326 patients were divided into 171 patients who underwent surgery within 72 hour sand 155 patients surgery after 72 hours. Data were Analyzed using statistical computer software.

Results

General data including gender, age, underlying disease, type of fracture, type of surgery, ASA classification. There was no difference between groups undergoing surgery within and after 72 hours.

A first-year comparison of mortality rate between surgery within and after 72 hours show no difference (10.5% and 20%, $P=0.46$). The most common postoperative complication was a urinary tract infection. There was no difference (5.87% and 10.97%, $P=0.57$), followed by no difference in pressure ulcers (6.43% and 9.03%, $P=0.73$).The patients undergoing surgery within 72 hours are more able to walk before discharge.

Conclusions

No differences were found in first-year mortality and postoperative complications between patients undergoing surgery within and after 72 hours

Keywords

Elderly hip fracture, waiting period for surgery, 1-year mortality, Postoperative complication

การศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงและมากกว่า 72 ชั่วโมง ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร

ธนัทเทพ เบญจศีล, พ.บ.

กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพุทธโสธร

ที่มา

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ มักพบร่วมกับโรคกระดูกพรุนส่วนใหญ่เกิดจากการล้มหรืออุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องพึ่งพิงบุคคลในครอบครัวและสถานพยาบาลมากขึ้นภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่อง การรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสะโพกส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอัตราการตายได้เมื่อเทียบกับไม่ผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัดที่เหมาะสมยังไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราเสียชีวิตปีแรกและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงและหลัง 72 ชั่วโมงในโรงพยาบาลพุทธโสธร

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายไม่รุนแรงที่มารักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลพุทธโสธร ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึง มกราคม 2565 โดยค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพุทธโสธรติดตามการรักษาต่อเนื่องจนครบ 1 ปี จำนวน 326 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง 171 คน กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมง 155 คน วิเคราะห์ ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไปการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเสียชีวิตใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้านสถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวชนิดการหักชนิดการผ่าตัด ASA classification ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายในและหลัง 72 ชั่วโมง การเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายในและหลัง 72 ชั่วโมงพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

(ร้อยละ 10.5 และ 20 , $P = 0.46$) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่มีความแตกต่างกัน (ร้อยละ 5.87 และ 10.97, $P = 0.57$) รองลงมาคือ ผลกดทับไม่มีความแตกต่างกัน(ร้อยละ 6.43 และ 9.03, $P = 0.73$) การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้น้อย 6 วัน และช่วยให้ผู้ป่วยเดินได้มากกว่า 2 เท่า

สรุป

ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกภายในและหลัง 72 ชั่วโมง

คำสำคัญ

กระดูกสะโพกหักไม่รุนแรง ระยะเวลาการผ่าตัด อัตราตายในปีแรก ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Ageing Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และ คาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 คือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในอีก 20 ปี ต่อจากนี้ไปคือ ใน พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมดข้อมูล เดือน มีนาคม 2565 ผู้สูงอายุ 12.1 ล้านคน จากประชากร 66 ล้านคน เป็นร้อยละ 18 ของประชากร¹

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ มักพบร่วมกับโรคกระดูกพรุนส่วนใหญ่เกิดจากการล้ม หรืออุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องพึ่งพิงบุคคลในครอบครัวและสถานพยาบาลมาก

ขึ้นการค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่อง โดยพบอัตราเสียชีวิตในปีแรกหลังกระดูกหักสูงกว่าประชากรปกติ 8 เท่า²

งานวิจัยอัตราเสียชีวิตในปีแรกของการวิจัยทั่วโลกเฉลี่ยร้อยละ 22⁷ จากการศึกษางานวิจัยในประเทศไทยพบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 5-29²⁻⁶ ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตปีแรกที่ได้รายงานไว้ ได้แก่ เพศชาย อายุมากกว่า 80 ปี มีโรคประจำตัวหลายอย่าง การมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะการรักษาโดยการไม่ผ่าตัดมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดถึง 4 เท่า และการผ่าตัดล่าช้ากว่าสัปดาห์ขึ้นไปมีอัตราเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 1 สัปดาห์ถึง 4 เท่าเช่นกัน การผ่าตัดเพื่อให้ผลการรักษาที่ดีจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันนี้⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิธานในปี 2010 โดย Simunovic และคณะ⁹ พบว่า การผ่าตัดกระดูกสะโพกหักภายใน 24-72 ชั่วโมง หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาลสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากปอดติดเชื้อ แผลกดทับและลดอัตราเสียชีวิตที่ 1 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่ลดอัตราการตายที่ 3 และ 6 เดือน Leer-Salvesen และคณะ¹⁰ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 38,754 ราย พบว่าการผ่าตัดหลัง 48 ชั่วโมงเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ใน 3 วัน และในปีแรก Klestil และคณะ¹¹ ได้ทำการทำกระบวนการค้นคว้าอย่างเป็นระบบว่าการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ลดอัตราการเสียชีวิตปีแรกได้ร้อยละ 20 ตรงกันข้ามกับงานวิจัยของ Holt และคณะ¹² ศึกษาย้อนหลัง ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 18,887 ราย ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการผ่าตัดกับอัตราเสียชีวิตที่ 1 และ 4 เดือน ในประเทศไทยมีการศึกษายศ เขียวอมร¹³ พบว่า การรอผ่าตัดมากกว่า 72 ชั่วโมง ไม่พบความเสี่ยงต่อการตายในปีแรกเพิ่ม ในขณะที่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า เกียรติยศ จิตทรงบุญ พบว่า ระยะรอคอยผ่าตัดกว่า 72 ชั่วโมง ไม่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในช่วงหนึ่งปี

นโยบายของกลุ่มงานกระดูกและข้อโรงพยาบาลพุทธโสธร ได้พยายามผ่าตัดผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายใน 72 ชั่วโมง แต่โรงพยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องห้องผ่าตัด วันทำการโรงพยาบาลและโรคร่วมที่ต่อเนื่องมีการดูแลโดยแพทย์หลายแผนก ที่โรงพยาบาลพุทธโสธรยังไม่มีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราเสียชีวิตภายในปีแรก และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจากกลไกอันตรายไม่รุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง และมากกว่า 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอัตราเสียชีวิตในปีแรก ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีผ่าตัดที่โรงพยาบาลพุทธโสธร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราเสียชีวิตปีแรกและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง และมากกว่า 72 ชั่วโมงในโรงพยาบาลพุทธโสธร

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ คือ ประชากรที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

กระดูกสะโพกหักชนิดอันตรายไม่รุนแรง หมายถึง กระดูกสะโพกหักที่เกิดหลังได้รับแรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย

การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในระยะเวลา 72 ชั่วโมง หลังจากนอนโรงพยาบาล

การผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง หมายถึง ผู้ป่วยรอผ่าตัดนานกว่า 72 ชั่วโมง หลังจากนอนโรงพยาบาล

วัสดุและวิธีการ

(retrospective cohort study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารักษาในโรงพยาบาลพุทธโสธร ตั้งแต่ ตุลาคม 2560 ถึง มกราคม 2565 โดยค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพุทธโสธร ที่มีการลงรหัสวินิจฉัยตามรหัส International Classification of Disease (ICD-10) รหัส S72.000.019 (femoral neck fracture) และ S72.100-101 (fracture intertrochanteric) เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักข้างเดียวอายุมากกว่า 60 ปี จากอุบัติเหตุอันตราย ที่ไม่รุนแรงและได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดกระดูกสะโพก เกณฑ์คัดออก คือ กระดูกหักมากกว่า 2 ตำแหน่ง กระดูกสะโพกหักซ้ำภายใน 1 ปี กระดูกหักจากโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ไม่มาติดตามการรักษา เก็บข้อมูลใส่แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ข้อมูลการรักษา ได้แก่ ชนิดการหัก ชนิดการผ่าตัด ASA classification ระยะเวลาการผ่าตัด วันที่นอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน สถานะก่อนกลับบ้าน วันนอนโรงพยาบาล วันที่เสียชีวิตและสาเหตุการเสียชีวิต จากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและข้อมูลการติดตามการรักษาต่อเนื่องจนครบ 1 ปี หลังออกจากโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตยืนยันโดยข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลหรือตรวจสอบจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิเคราะห์ ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเสียชีวิตใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้านสถิติสำเร็จรูป

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ศึกษาวิจัยกลุ่มประชากรทั้งหมดที่มีคุณลักษณะเป็นไปตามเกณฑ์ของการคัดเข้า (Inclusion Criteria) การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ BSH-IRB 003/2566 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย เพื่อช่วยลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยและปรับปรุงคุณภาพการรักษาศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึงมกราคม 2565 จำนวน 326 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง 171 คน (ร้อยละ 52.45) กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมง 155 คน (ร้อยละ 47.55) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.8 เพศชาย ร้อยละ 21.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88 โรคเบาหวาน ร้อยละ 30 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8.9 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.3 ชนิดการหักของกระดูกที่คอสะโพกที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม ร้อยละ 35.9 ชนิดกระดูกหักผ่านแนวปุ่มได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ร้อยละ 64.1 ASA CLASSIFICATION 3-4 ร้อยละ 92.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	จำนวน(326 ราย)	ระยะเวลาการผ่าตัด ≤ 72 ชั่วโมง จำนวน(ร้อยละ)	ระยะเวลาการผ่าตัด > 72 ชั่วโมง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ (ปี) (mean ± sd) ช่วงอายุ		76.54 ± 8.09 60-97	77.67 ± 8.29 60-98	0.128
เพศ				0.337
ชาย	66	31(18.13)	35(22.58)	
หญิง	260	140(81.87)	120(77.42)	
โรคประจำตัว				
โรคเบาหวาน	98	57(33.33)	41(26.62)	0.19
โรคความดันโลหิตสูง	231	117(68.4)	114(73.6)	0.33
โรคหัวใจ	29	12(7)	17(11)	0.25
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	35	15(10.87)	20(12.9)	0.87
ชนิดการหัก				
กระดูกหักผ่านคอสะโพก	118	66(38.6)	52(33.55)	0.36
กระดูกหักผ่านปุ่มโทรแกนเทอร์	208	105(61.4)	103(66.45)	
ชนิดการผ่าตัด				
ผ่าตัดข้อสะโพกเทียม	117	67(39.2)	50(32.3)	0.3
ผ่าตัดยึดตรึงกระดูก	209	114(60.8)	105(67.7)	
ASA CLASS				
1 - 2	26	17(9.9)	9(5.8)	0.22
3 - 4	300	154(90)	146(94.2)	

อัตราการเสียชีวิตในปีแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยสะโพกหักในโรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้ป่วยเสียชีวิต 49 ราย (ร้อยละ 15) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 10.5) รอผ่าตัดมากกว่า 72 ชั่วโมง 31 ราย (ร้อยละ 20) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อร้อยละ 8.28 รองลงมาคือ แผลกดทับ

ร้อยละ 7.6 ปอดติดเชื้อร้อยละ 3.37 ติดเชื้อแผลผ่าตัดร้อยละ 1.23 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดภายใน และมากกว่า 72 ชั่วโมง นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มที่ผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง สามารถเดินโดยใช้กายอุปกรณ์ ร้อยละ 74.3 ซึ่งมากกว่า กลุ่มที่รอผ่าตัดมากกว่า 72 ชั่วโมง 2 เท่า แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สภาวะเดินได้ก่อนกลับบ้าน

	ผู้ป่วยทั้งหมด (จำนวน 326 ราย)	ระยะเวลา รอผ่าตัด ≤ 72 ชั่วโมง 171 ราย (ร้อยละ)	ระยะเวลารอผ่าตัด >72 ชั่วโมง 155 ราย (ร้อยละ)	ODD ratio	95%CI	P-Value
สภาวะที่ 1 ปี เสียชีวิต	49	18(10.53)	31(21)	1.3	0.63–2.74	1.3
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ติดเชื้อแผลผ่าตัด	4	3(1.75)	1(0.65)	3	0.25–35.4	3
แผลกดทับ	25	11(6.43)	14(9.03)	0.9	0.38–2.14	0.9
ปอดติดเชื้อ	11	5(2.92)	6(3.87)	3.1	0.75–12.88	3.1
ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ	27	10(5.85)	17(10.97)	1.3	0.52–3.3	1.3
สภาวะเดินได้ก่อนกลับบ้าน	208	127(74.27)	81(52.26)	2	1.21–3.42	2

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่รอผ่าตัดมากกว่า 72 ชั่วโมงค่าเฉลี่ย 18 วันเทียบกับ กลุ่มที่รอผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง 11 วันโดยมากกว่า 7 วัน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนับตั้งแต่หลังผ่าตัดเฉลี่ยต่างกัน 1 วัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลานอนโรงพยาบาล

ตัวแปร	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (จำนวน 326 ราย)	ระยะเวลารอผ่าตัด ≤72 ชั่วโมง (จำนวน 171 ราย) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระยะเวลารอผ่าตัด >72 ชั่วโมง (จำนวน 155 ราย) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
เวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	3–79	11.16 ± 7.22	17.96 ± 10.32
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล นับตั้งแต่หลังผ่าตัด (วัน)	1–68	9.02 ± 7.26	10.8 ± 9.37

อภิปรายผลการศึกษา

ในงานวิจัยนี้พบอัตราเสียชีวิตในปีแรกของผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักจากกลืนครายไม่รุนแรงระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดภายในและหลัง 72 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการวิจัยของ ชส. เขียวอมรและเกียรติยศ จิตบุญทรง ที่ไม่พบความแตกต่างของอัตราเสียชีวิตในปีแรกของกลุ่มที่ระยะเวลารอผ่าตัดก่อนและหลัง 72 ชั่วโมง

ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลทาน เอี่ยมสำอาง และคณะ¹⁵ ที่พบอัตราเสียชีวิตในปีแรก ร้อยละ 4.1 ไม่พบความแตกต่างของการเสียชีวิตในปีแรกจากการรอถึง 7 วัน ผลของวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Moran และคณะ¹⁴ ที่พบว่าอัตราตายในปีแรกไม่เพิ่มขึ้น เมื่อรอผ่าตัดจนถึง 4 วัน ในผู้ป่วยที่สภาวะพร้อมผ่าตัดในประเทศไทยจำนวนวันรอผ่าตัดที่ยอมรับ

ได้ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน ข้อเสนอแนะของ AAOS¹⁶ แนะนำให้ผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ผลที่ดี จากการทบทวนอย่างเป็นระบบโดย Klestil และคณะ พบว่าช่วยลดการเสียชีวิตในปีแรกได้ร้อยละ 20

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก จากกัยนตรายไม่รุนแรงระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดภายในและหลัง 72 ชั่วโมง ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Grimes และคณะ¹⁷ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mariconda¹⁸ และคณะที่พบว่า ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับลดลงร้อยละ 43 เมื่อผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง

จากการศึกษานี้ยังพบว่า การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ลดระยะเวลาอนโรนโรงพยาบาลได้น้อย 6 วัน และช่วยให้ผู้ป่วยเดินได้ก่อนกลับบ้านได้มากกว่า 2 เท่า ซึ่งเป็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่รอผ่าตัดนานเกิดความเครียด การรับรู้ลดลงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า แต่ถ้าได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากทีมการรักษาพยาบาลหลังผ่าตัด การให้ความรู้ญาติผู้ป่วย ให้เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ก็จะน้อยลงและเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น

ข้อจำกัดการศึกษานี้เป็นแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง อาจจะทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักจากกัยนตรายไม่รุนแรงโดยเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปเดินได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. 2559 รายงานการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย
2. Chariyalertsak S, Suriyawongpisal P, Thakkinstain A. Mortality after hip fractures in Thailand. *Int J Orthop.* 2001;25(5):294-7. doi: 10.1007/s002640100270
3. Vaseenon T, Luevitonvechkij S, Wongtriratanachai P, et al. Long-term Mortality after osteoporotic hip fracture in Chiang Mai, Thailand. *J clin Densitom.* 2010;13(1):837. doi: 10.1016/j.jocd.2009.10.003
4. Amphansap T, Nitiwarangkul L. One-year mortality rate after osteoporotic hip fractures and associated risk factors in Police General Hospital. *Osteoporos Sarcopenia.* 2015;1(1):75-9. Doi: 10.1016/j.afos.2015.07.006
5. Choovongkomol K, Lewsirirat S, Piyapromdee U. Mortality and prognosis factors of elderly patients

with pertrochanteric fracture: Re-evaluation in MaharatNakhonRachasima hospital. *JRCOST.* 2015;3-4:3-9

6. เกียรติยศ จิตทรงบุญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายในช่วงปีของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.* 2561;15(2):13-22
7. Downey C, Kelly M, Quinlan FJ. Changing trends in the mortality rate at 1-year post hip fracture – a systematic review. *World J Orthop.* 2019;10(3): 166-75.
8. ChaysriR, LeerapunT, KlunklinK, et al. Factors related to mortality after osteoporotic hip fracture treatment at Chiang Mai university hospital, Thailand, during 2006 and 2007. *J Med Assoc Thai.* 2015;98(1):59-64
9. Simunovic N, Devereaux PJ, Sprague S, et al. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2010;182(15):1609-16. doi:10.1503/cmaj.092220.
10. Leer-Salvesen S, Engesjeter LB, Dybvik E et al (2019) Does time from fracture to surgery affect mortality and intraoperative medical complications for hip fracture patients? An observational study of 73 557 patients reported to the Norwegian hip fracture register. *Bone Joint J* 101-B:1129-1137.
11. Klestil T, Roder C, Stotter C, et al. Impact of timing of surgery in elderly hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports.* 2018; 8: 13933. Doi:10.1038/s41598-018-32098-7.
12. Holt G, Smith R, Duncan K, Finlayson DF, Gregori A. Early mortality after surgical fixation of hip fractures in the elderly: prospective analysis. *J Bone Joint Surg Br.* 2008;90(10):1357-63.
13. ยศ เขียวอมรภูมิการณและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราการตายปีแรกของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ผ่าตัดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอรรฆยารราชวรวิหารแพทย์เขต 4-5 ปีที่ 40 ฉบับที่ 3
14. Moran CG, Wenn RT, Sikand M, Taylor AM. Early mortality after hip fracture: is delay before surgery important? *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87(3):483-9.

15. Cholanlamsamang Surgical Delay in Healthy Elderly Patients with Hip Fractures : How Many Days are Acceptable? Vol. 41 No. 1 (2020): Vol.41 No.1 January-June 2020
16. AAOS Clinical Practice Guideline Summary: Management of Hip Fractures in Older Adults Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons 30(20):p e1291-e1296, October 15, 2022. | DOI: 10.5435/JAAOS-D-22-00125
17. Julia P Grimes 1, Patrice M Gregory, Helaine Noveck, Mark S Butler, Jeffrey L Carson The effects of time-to-surgery on mortality and morbidity in patients following hip fracture Am J Med 2002 Jun 15;112(9):702-9. doi: 10.1016/s0002-9343(02)01119-1.
18. Mariconda, M. et al. The determinants of mortality and morbidity during the year following fracture of the hip: a prospective study. Bone Joint J 97-B, 383-390 (2015).

ผลลัพธ์ของการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลาม หรือกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลราชบุรี

Treatment outcome of Recurrent/Advanced Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC)
in Elderly patients in Ratchaburi Hospital

นิลนุช เจริญชาศรี พ.บ., วว.อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี
ทรงภรณ์ โอพารัตนชัย พ.บ., วว.อายุรศาสตร์, วว.อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา, ประ.ด.
(ระบาศติวิทยาคณิน) ศูนย์ศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ การศึกษานี้ทำขึ้นเพื่อดูผลลัพธ์ของการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลามหรือกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระยะเวลาการควบคุมโรค ระยะเวลารอดชีวิต และการตอบสนองต่อการรักษา ของโรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลามหรือกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเปรียบเทียบผลการศึกษากับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และหาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการรักษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งปอดของโรงพยาบาลราชบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ พ.ศ.2560 ถึง พ.ศ.2564 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลามโดยมีผลยืนยันจากการตรวจทางพยาธิวิทยาและได้รับการรักษาโดยรับเคมีบำบัดหรือยามุ่งเป้าอย่างน้อย 1 ขนานการรักษาทั้งหมด 447 คน

ผลการศึกษา

ระยะเวลาการควบคุมโรค และระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ 7.34 และ 12.26 เดือนเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี 6.49 และ 11.74 เดือน (HR 0.87, $p=0.176$ และ HR 0.94, $p=0.572$) ตามลำดับ การตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับ EGFR TKI เป็นยาขนานแรกในผู้ป่วยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 59 เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 46 ($p=0.159$)

สรุป

การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลามหรือกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลราชบุรีมีระยะเวลาการควบคุมโรค ระยะเวลารอดชีวิตและการตอบสนองต่อการรักษาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี

คำสำคัญ

ผู้สูงอายุ มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลาม ระยะเวลาการควบคุมโรค ระยะเวลารอดชีวิต

Treatment outcome of Recurrent/Advanced Non-Small Cell Lung Cancer in Elderly patients in Ratchaburi Hospital

Charoenchasri N1, Oranratnachai S2

1Internal Medicine, Ratchaburi Hospital, 2Sripat medical center faculty of medicine Chiang-Mai University

Abstract

Background: Nowadays, the world populations tend to get older and enter an aging society. Lung cancer is most common cancer and the most common cause of cancer death in the world. Treatment of recurrent or advanced Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) are varied. This study aimed to determine treatment outcome of recurrent or advanced NSCLC in elderly patients.

Objective

This study aimed to determine progression free survival (PFS), overall survival (OS), objective response rate (ORR) in elderly recurrent/advanced NSCLC patients comparing with patient younger than 60 years. Factors associated with treatment outcome were described.

Methods

Retrospective study was conducted between 2017–2021. The study populations consisted of patients 18 years or older diagnosed with advanced or recurrent NSCLC that histologically confirmed and received treatment at least one regimen. 447 patients were included.

Results

Median PFS was 7.34 months in elderly patients and 6.49 months in patients younger than 60 years (HR 0.87, $p=0.176$). Median OS was 12.26 months in elderly patients and 11.74 months in patients younger than 60 years (HR 0.94, $p=0.572$). ORR of first-line EGFR-TKI treatment was 59% in elderly patients and 46% in patients younger than 60 years ($p=0.159$)

Conclusions: PFS, OS and ORR of recurrent/advanced NSCLC in elderly patients do not differ from younger aged.

Keywords

Elderly, Advanced Non-small cell lung cancer, Progression free survival, Overall survival

บทนำ

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยติดอันดับ1 ใน10จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก โดยพบว่าในปี พ.ศ.2563 มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 จากสาเหตุการตายจากมะเร็งทั้งหมด⁽¹⁾ ในประเทศไทยข้อมูลจากสถาบันมะเร็ง⁽²⁾พบว่า มะเร็งปอดพบบ่อยเป็นอันดับสามในเพศชายและอันดับที่สี่ในเพศหญิง ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 5 และจังหวัดราชบุรีพบว่า มะเร็งปอดพบบ่อยเป็นสองอันดับแรกในเพศชาย และอันดับสี่ในเพศหญิง

มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (Non-small cell lung cancer ; NSCLC) พบประมาณร้อยละ 80 ของมะเร็งปอดทั้งหมด โดย 2ใน3 ของการวินิจฉัยเป็นระยะแพร่กระจาย การให้ยาเป็นการรักษาหลักในมะเร็งปอดระยะแพร่กระจายเพื่อควบคุมและลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มการรอดชีวิต⁽³⁾ โดยมีผลข้างเคียงจากการรักษาที่น้อยที่สุด ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวทางการรักษาโดยใช้ยาสูตรที่สองและสามมีความซับซ้อนมากขึ้นเป็นผลมาจากการเลือกสูตรยาสูตรแรกที่มีความหลากหลายทั้งเคมีบำบัด และการใช้ยามุ่งเป้า EGFR TKI⁽⁴⁾ ในกลุ่มที่มีการกลายพันธุ์ของยีนEGFR หรือ ALK rearrangement หรือการใช้ภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) ซึ่งในประเทศไทยปัจจุบันการรักษามะเร็งปอดตามระบบสุขภาพตามสิทธิการรักษานั้นได้มีการอนุมัติการใช้ยามุ่งเป้าเป็นยาขนานแรกในมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลามหรือกลับมาเป็นซ้ำที่มีการกลายพันธุ์ของยีนEGFR โดยการให้ยามุ่งเป้าเป็นขนานแรกจะมีการตอบสนองต่อการรักษาประมาณร้อยละ 60 ถึง 80 ระยะเวลาการควบคุมโรคอยู่ประมาณ 9 ถึง 18 เดือน และระยะเวลารอดชีวิตประมาณ 19 ถึง 38 เดือน

ขึ้นอยู่กับชนิดของยาฆ่าเชื้อที่ใช้ในการรักษา⁽⁵⁻¹¹⁾ แต่ในกรณีสำหรับมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กกระเพาะลูกกลมหรือกลับมาเป็นซ้ำที่ไม่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR การรักษาหลักยังคงเป็นเคมีบำบัด การให้เคมีบำบัดสูตร platinum based เป็นสูตรแรกมีการตอบสนองต่อการรักษาประมาณร้อยละ 30 และมีระยะเวลารอดชีวิตประมาณ 7 ถึง 10 เดือน⁽¹²⁻¹⁵⁾ ซึ่งจากข้อมูลของการวิจัยต่างๆ อายุเฉลี่ยของประชากรที่เข้าร่วมในการวิจัยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 65 ปี แต่ในขณะเดียวกันประชากรทั่วโลกกลับมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2562 ผู้ที่อายุเกิน 60 ปีมีถึง 1,000 ล้านคน⁽¹⁶⁾ ในประเทศไทยผู้ที่อายุเกิน 60 ปีมีถึงร้อยละ 18.5 ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด)⁽¹⁶⁾ และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น โดยพบว่าคนไทยอายุเฉลี่ยประมาณ 76 ปี (เพศชาย 73 ปี และเพศหญิง 81 ปี) ถึงอย่างไรก็ตามการศึกษาในกลุ่มประชากรสูงอายุยังมีข้อมูลจำกัด การศึกษาส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยของประชากรที่ศึกษาน้อยกว่า 65 ปี ดังนั้นการศึกษานี้ต้องการผลลัพธ์ของการรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กกระเพาะลูกกลมหรือกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ในโรงพยาบาลราชบุรี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระยะเวลาการควบคุมโรค (progression free survival; PFS) และระยะเวลารอดชีวิต (overall survival; OS) การตอบสนองต่อการรักษา (Objective response rate; ORR) ในผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กกระเพาะลูกกลมหรือกลับมาเป็นซ้ำที่ได้รับการรักษาโดยใช้เคมีบำบัดและหรือยาฆ่าเชื้อโดยเปรียบเทียบผลการศึกษากับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีและหาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการรักษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กกระเพาะลูกกลมหรือกลับมาเป็นซ้ำ ในโรงพยาบาลราชบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ มกราคม พ.ศ.2560 จนถึง ธันวาคม พ.ศ.2564 โดยทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนบันทึกทางการแพทย์ (medical record จากโปรแกรมบันทึกข้อมูล OPD card scan) และระบบบันทึกข้อมูล HosXP

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กโดยมีผลยืนยันจากการตรวจทางพยาธิวิทยาที่มีการกลับมาเป็นซ้ำหรือระยะลูกกลม
3. ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือยาฆ่าเชื้อ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีมะเร็งชนิดอื่นร่วมด้วยนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย ระยะเวลารอดชีวิต (OS) คือระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มได้รับการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ระยะเวลาการควบคุมโรค (PFS) คือ ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มได้รับการรักษาจนกระทั่งโรคมียาหรือลูกกลมมากขึ้นหรือจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต การตอบสนองต่อการรักษา คือ การตอบสนองของมะเร็ง หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือยาฆ่าเชื้อ โดยใช้ Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) version 1.1

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ)

การคำนวณทางสถิติ

ข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) จะแสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุดสูงสุด ตามความเหมาะสม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพหรือข้อมูลกลุ่มจะแสดงเป็นจำนวนผู้ป่วยและร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นระหว่างผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีและมากกว่า 60 ปี โดยวิธี Student t test, Kruskal-Wallis test, Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

ระยะเวลาการควบคุมโรค (PFS) และระยะเวลารอดชีวิต (OS) จะวิเคราะห์โดย Kaplan-Meier estimation เปรียบเทียบ PFS/OS ระหว่างกลุ่มโดยใช้ Log-rank test การตอบสนองต่อการรักษาจะแสดงเป็นจำนวนผู้ป่วยและร้อยละ

การหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการควบคุมโรค และระยะเวลารอดชีวิตจะวิเคราะห์โดยใช้ Univariate Cox-regression analysis ตัวแปรที่มีมีความสัมพันธ์กับระยะเวลารอดชีวิต (P-value < 0.10) จะถูกนำไปวิเคราะห์ต่อใน Multivariate Cox-regression analysis

การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้โปรแกรม STATA version 17 และผลการศึกษามีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ p-value < 0.05

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กกระเพาะลูกกลมหรือกลับมาเป็นซ้ำที่ได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลราชบุรีตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จำนวนทั้งสิ้น 447 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 189 คน และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี 258 คน

ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะ baseline characteristics ในทั้งสองกลุ่มอายุมีความใกล้เคียงกัน คือ สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1:1, ECOG PS ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-1, ลักษณะทางพยาธิวิทยาที่พบส่วนใหญ่เป็น adenocarcinoma ซึ่งพบถึงร้อยละ 84-87, พบการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ร้อยละ 25-30 โดยตำแหน่งที่พบการกลายพันธุ์มากที่สุดคือ Exon 19 deletion รองลงมาคือ L858R, มีผู้ป่วยที่มีการกระจายของโรค 3 ตำแหน่งขึ้นไปประมาณร้อยละ 20 และพบการกระจายของโรคไปยังสมองเพียงร้อยละ 12-14 เท่านั้น ชนิดของเคมีบำบัดที่ให้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการกลาย

พันธุ์ของยีนที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปอดไม่มีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) จะได้รับการรักษาโดย platinum doublet chemotherapy

ลักษณะ baseline characteristics ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่มได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ โรคร่วม และชนิดของยามุ่งเป้า EGFR TKI ที่ได้รับ กล่าวคือ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี จะพบผู้ป่วยที่มีประวัติเคยสูบบุหรี่หรือกำลังสูบบุหรี่มากกว่า ($p=0.025$) มีโรคร่วมมากกว่า ($p<0.001$) และ ได้รับการรักษาด้วย Gefitinib (EGFR TKI) เป็นสัดส่วนมากกว่า ($p=0.011$) ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Baseline characteristics (N=447)

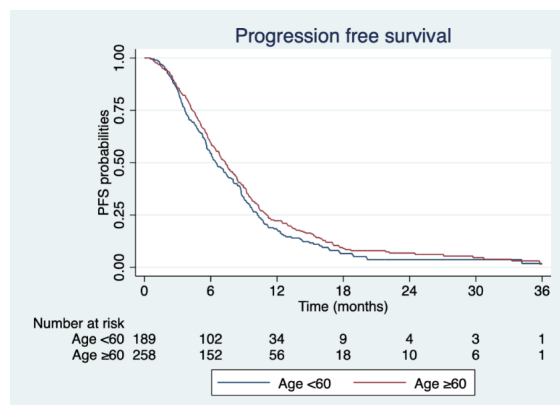
Characteristics, N (%)	Age <60 year (n=189)	Age $\geq$ 60 year (n=258)	p-value
Gender			0.698
Male	102 (53.97)	144 (55.81)	
Female	87 (46.03)	114 (44.19)	
Smoking status			0.025
Never smoker	114 (60.32)	128 (49.61)	
Ex or current smoke	75 (39.68)	130 (50.39)	
ECOG PS			0.260
0-1	150 (79.37)	193 (74.81)	
2-4	39 (20.63)	65 (25.19)	
Histology			0.569
Adenocarcinoma	159 (84.13)	225 (87.21)	
Squamous cell carcinoma	21 (11.11)	25 (9.69)	
Other	9 (4.76)	8 (3.10)	
EGFR status			0.207
Exon 19 deletion	26 (13.76)	41 (15.89)	
L858R	19 (10.05)	36 (13.95)	
Other	3 (1.59)	10 (3.88)	
Wild type	43 (22.75)	62 (24.03)	
Unknown	98 (51.85)	109 (42.25)	
ALK status			0.271
Positive	2 (1.06)	1 (0.39)	
Negative	8 (4.23)	19 (7.36)	
Unknown	179 (94.71)	238 (92.25)	
Metastatic sites			0.060
1 site	72 (38.10)	125 (48.45)	
2 sites	77 (40.74)	80 (31.01)	
≥ 3 sites	40 (21.16)	53 (20.54)	

ตารางที่ 1 Baseline characteristics (N=447)

Characteristics, N (%)	Age <60 year (n=189)	Age ≥ 60 year (n=258)	p-value
Brain metastasis prior treatment			0.647
Yes	27 (14.29)	33 (12.79)	
No	162 (85.71)	225 (87.21)	
Co-morbidities	66 (34.92)		<0.001
Yes	123 (65.08)	162 (62.79)	
No		96 (37.21)	
Line of treatment	97 (51.32)		0.195
1	63 (33.33)	154 (59.69)	
2	29 (15.34)	74 (28.68)	
3		30 (11.63)	
No driven mutation NSCLC (n=309)			0.629
First-line chemotherapy regimen			
Platinum-doublet	134 (96.4)	162 (95.29)	
Single agent	5 (3.6)	8 (4.71)	
EGFR mutated NSCLC (n=126)			0.011
First-line EGFR TKI (n=116)			
Erlotinib	31 (79.49)	46 (59.74)	
Gefitinib	7 (17.95)	31 (40.26)	
Osimertinib	1 (2.56)	0 (0.00)	

Progression-free survival

จากการประมาณระยะเวลาการควบคุมโรค (median PFS) โดย Kaplan-Meier estimation พบว่า median PFS ในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีเท่ากับ 6.49 เดือน และกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีเท่ากับ 7.34 เดือน โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม (log-rank p-value=0.176) ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 Kaplan-Meier curve for PFS according to age group

จากการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการควบคุมโรคโดย univariate cox-regression analysis พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ First-line treatment ประวัติการสูบบุหรี่ ECOG PS และลักษณะทางพยาธิวิทยา โดยที่อายุไม่ได้มีผลกระทบต่อระยะเวลาการควบคุมโรค เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรเหล่านี้ใน multivariate cox-regression analysis พบว่า ปัจจัยที่ยังคงมีผลกระทบต่อระยะเวลาการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ First-line treatment ประวัติการสูบบุหรี่ ECOG PS และลักษณะทางพยาธิวิทยา โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย First-line TKI มี median PFS อยู่ที่ 9.51 เดือนเปรียบเทียบกับ First-line chemotherapy ที่ 6.23 เดือน Hazard Ratio (HR) 0.62; 95% confidence interval (CI) 0.49–0.80 (p<0.001) ผู้ป่วยที่มี ECOG PS 0–1 มี median PFS 7.51 เดือน เทียบกับ 5.15 เดือนในกลุ่ม ECOG PS 2–4 HR 1.60; 95%CI 1.27–2.01 (p<0.001) ผู้ป่วยที่ไม่เคยสูบบุหรี่มี median PFS 8.03 เดือน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่หรือเคยมีประวัติสูบบุหรี่ 5.9 เดือน HR 1.30; 95%CI 1.00–1.69 (p=0.048) และ median PFS ของผู้ป่วยที่มีลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็น adenocarcinoma อยู่ที่

7.51 เดือนเปรียบเทียบกับ squamous cell carcinoma 4.75 เดือน HR 1.50; 95%CI 1.08–2.08 ($p = 0.016$) โดยหลังจากที่นำปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อระยะเวลาการควบคุมโรคมารับพิจารณาใน multivariate cox-regression analysis แล้วพบ

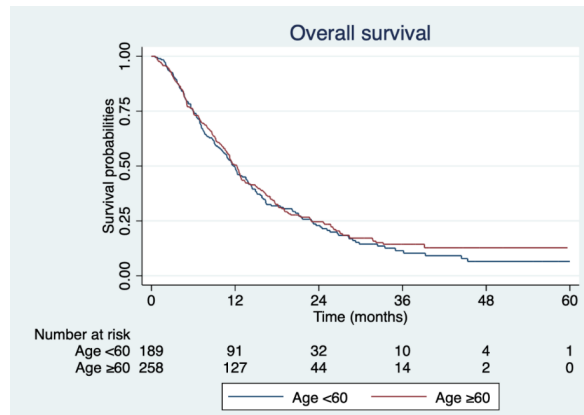
ว่าอายุยังคงไม่มีผลต่อระยะเวลาการควบคุมโรค โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีมี median PFS 6.49 เดือน และ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมี median PFS 7.34 เดือน HR 0.87; 95%CI 0.72–1.07 ($p=0.186$) ข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 PFS (univariate and multivariate analysis)

Factors	N	mPFS (months)	Univariate analysis		Multivariate analysis	
			HR (95%CI)	p-value	HR (95%CI)	p-value
Age						
< 60 yrs	189	6.49	Ref.		Ref.	
≥ 60 yrs	258	7.34	0.87 (0.72–1.06)	0.176	0.87(0.72–1.07)	0.186
Gender						
Male	246	5.93	Ref.		Ref.	
Female	201	8.36	0.72 (0.60–0.88)	0.001	0.98(0.77–1.28)	0.908
First-line treatment						
Chemotherapy	330	6.23	Ref.		Ref.	
Targeted therapy	117	9.51	0.56 (0.44–0.70)	<0.001	0.62(0.49–0.80)	<0.001
ECOG PS						
0–1	343	7.51	Ref.		Ref.	
2–4	104	5.15	1.39 (1.11–1.75)	0.004	1.60(1.27–2.01)	<0.001
Number site of metastasis						
1 site	197	7.34	Ref.			
2 sites	157	6.89	1.04 (0.83–1.29)	0.750		
≥ 3 sites	93	6.72	1.24 (0.96–1.60)	0.105		
Brain metastasis						
Yes	60	5.57	1.05 (0.80–1.40)	0.713		
No	387	7.21	Ref.			
Smoking status						
Never smoke	242	8.03	Ref.		Ref.	
Ex- or current smoke	205	5.90	1.48 (1.22–1.79)	<0.001	1.30(1.00–1.69)	0.048
Histology						
Adeno CA	384	7.51	Ref.		Ref.	
Squamous cell CA	46	4.75	1.78 (1.30–2.44)	<0.001	1.50(1.08–2.08)	0.016
Other	17	4.82	1.81 (1.08–3.04)	0.025	1.51(0.90–2.56)	0.121

Overall survival

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอดชีวิต (median OS) โดยใช้ Kaplan-Meier estimation พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม โดยกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี มี median OS 11.74 เดือน เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี 12.26 เดือน (log-rank p-value=0.572) ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2

เมื่อทำการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลารอดชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้ univariate cox-regression analysis พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลารอดชีวิตที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ First-line treatment ประวัติการสูบบุหรี่ ECOG PS และลักษณะทางพยาธิวิทยา ซึ่งได้ผลไปในทิศทางเดียวกันกับระยะเวลาการควบคุมโรค และอายุไม่ได้มีผลต่อระยะเวลารอดชีวิตเช่นเดียวกัน เมื่อทำการวิเคราะห์หัตถ์แปรเหล่านี้ใน multivariate cox-regression analysis พบว่า ปัจจัยที่ยังคงมีผลต่อระยะเวลารอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ First-line treatment ประวัติการสูบบุหรี่ ECOG PS และลักษณะทางพยาธิวิทยา โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย First-line TKI มี median OS 16.39 เดือน เปรียบเทียบกับการใช้ First line CMT 10.79 เดือน HR 0.67 ; 95%CI 0.51-0.88 (p=0.004) ผู้ป่วยที่มี ECOG PS 0-1 มีตารางที่ 3

median OS 12.72 เดือน เปรียบเทียบกับ ECOG PS 2-4 7.54 เดือน HR 1.97; 95%CI 1.54-2.51 (p<0.001) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่มี median OS อยู่ที่ 14.16 เดือน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่หรือเคยสูบบุหรี่มาก่อน 9.44 เดือน HR 1.41; 95%CI 1.06-1.88 (p=0.020) และผู้ป่วยที่มีลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็น adenocarcinoma มี median OS 12.66 เดือนเปรียบเทียบกับ squamous cell carcinoma 7.18 เดือน HR 1.61; 95%CI 1.15-2.25 (p = 0.005) โดยหลังจากที่นำปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อระยะเวลารอดชีวิตมาพิจารณาใน multivariate cox-regression analysis แล้วพบว่าอายุยังคงไม่มีผลต่อระยะเวลารอดชีวิต โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีมี median OS 11.74 เดือน และผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมี median OS 12.26 เดือน HR 0.93; 95%CI 0.76-1.16 (p=0.531) ข้อมูลแสดงในตารางที่ 3

Factors	N	mOS (months)	Univariate analysis		Multivariate analysis	
			HR (95%CI)	p-value	HR (95%CI)	p-value
Age						
< 60 yrs	189	11.74	Ref.		Ref.	
≥ 60 yrs	258	12.26	0.94 (0.76-1.16)	0.572	0.93(0.75-1.16)	0.531
Gender						
Male	246	10.36	Ref.		Ref.	
Female	201	14.92	0.66 (0.54-0.82)	<0.001	0.93(0.70-1.23)	0.599
First-line treatment						
CMT	330	10.79	Ref.		Ref.	
TKI	117	16.39	0.57 (0.44-0.74)	<0.001	0.67(0.51-0.88)	0.004
ECOG PS						
0-1	343	12.72	Ref.		Ref.	
2-4	104	7.54	1.68 (1.33-2.13)	<0.001	1.97(1.54-2.51)	<0.001

Factors	N	mOS (months)	Univariate analysis		Multivariate analysis	
			HR (95%CI)	p-value	HR (95%CI)	p-value
Number sites of metastasis						
1 site	197	12.03	Ref.			
2 sites	157	12.33	1.02 (0.81–1.29)	0.869		
≥ 3 sites	93	10.79	1.20 (0.92–1.58)	0.185		
Brain metastasis						
Yes	60	7.84	1.28 (0.95–1.73)	0.104		
No	387	12.33	Ref.			
Smoking						
Never smoke	242	14.16	Ref.		Ref.	
Ex- or current smoke	205	9.44	1.63 (1.32–2.01)	<0.001	1.41(1.06–1.88)	0.020
Histology						
Adeno CA	384	12.66	Ref.		Ref.	
Squamous cell CA	46	7.18	1.92 (1.40–2.65)	<0.001	1.61(1.15–2.25)	0.005
Other	17	6.03	2.02 (1.20–3.40)	0.008	1.66(0.98–2.81)	0.058
No. of treatment line						
1 line	251	7.87	Ref.			
2 line	137	14.46	0.54 (0.43–0.68)	<0.001		
≥ 3 line	59	29.80	0.21 (0.14–0.30)	<0.001		

Subgroup analysis

เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน EGFR จำนวนทั้งสิ้น 135 ราย มีผู้ป่วย 126 รายที่เคยได้รับการรักษาด้วย EGFR TKI อย่างน้อย 1 ชนิดตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีหรือกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีแนวทางการรักษาด้วยการใช้ยามุ่งเป้า EGFR TKI หรือการให้เคมีบำบัดไม่มีแตก

ต่างกัน นอกจากนี้ผลการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ EGFR TKI เป็นยาขนานแรกจำนวน 116 ราย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดย ORR ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46 และ กลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 59 (p=0.159) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 Treatment according to line of therapy in EGFR mutation treated with EGFR TKI patient

Treatment	Age < 60 yrs	Age ≥ 60 yrs	p-value
First-line (n=126)			0.297
EGFR-TKI	39 (88.64)	77 (93.90)	
Chemotherapy	5 (11.36)	5 (6.10)	
Second-line (n=61)			0.687
EGFR-TKI	6 (25.00)	11 (29.73)	
Chemotherapy	18 (75.00)	26 (70.27)	
Third-line (n=22)			0.655
EGFR-TKI	3 (33.33)	3 (23.08)	
Chemotherapy	6 (66.67)	10 (76.92)	

ตาราง 5 Response of first-line EGFR TKI in EGFR mutation subgroup

Response	Age < 60 yrs	Age ≥ 60 yrs	p-value
First-line EGFR TKI (n=116)			0.159
CR	–	–	
PR	18(46.15%)	46(59.74)	
SD	9(23.08%)	18(23.38%)	
PD	6(15.38%)	3(3.9%)	
Not evaluate	6 (15.38)	10 (12.99)	

ในส่วนของผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการกลายพันธุ์ของยีน EGFR หรือไม่ทราบ EGFR status จำนวนทั้งสิ้น 309 ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีและกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรต่างๆ ไม่แตกต่างกัน ข้อมูลแสดงในตารางที่ 6 และเมื่อประเมินการตอบสนองต่อ ยาเคมีบำบัด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่ม ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี หรือมากกว่า 60 ปี ไม่ว่าจะเป็นการให้

ยาในขนานแรก ขนานที่ 2 หรือ 3 โดย ORR ของการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัดเป็นขนานแรก คิดเป็นร้อยละ 18 และ ร้อยละ 22 (p=0.684), ขนานที่สอง (2nd line treatment) ร้อยละ 9 และ ร้อยละ 16 (p=0.639), ขนานที่สาม (3rd line treatment) ร้อยละ 10 และร้อยละ 7 (p=0.413) ในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามลำดับ ข้อมูลแสดง ในตารางที่ 7

ตาราง 6 Type of chemotherapy in EGFR wild type or unknown patient (n=309)

Type of chemotherapy	Age < 60 yrs	Age ≥ 60 yrs	p-value
First-line Chemotherapy (n=309)			0.629
Platinum-doublet	134 (96.40)	162 (95.29)	
Single agent	5 (3.60)	8 (4.71)	
Second-line Chemotherapy (n=126)			0.295
Platinum-doublet	2 (3.12)	3 (4.84)	
Single agent	61 (95.31)	55 (88.71)	
Other (Atezolizumab)	1 (1.56)	4 (6.45)	
Third-line Chemotherapy (n=33)			0.578
Platinum-doublet	7 (36.84)	6 (42.86)	
Single agent	12 (63.16)	7 (50.00)	
Other (Atezolizumab)	0	1 (7.14)	

ตาราง 7 Response of treatment according to treatment line in EGFR wild type or unknown patient

Response	Age < 60 yrs	Age ≥ 60 yrs	p-value
First-line Chemotherapy (n=309)			0.684
CR	0	0	
PR	26 (18.71%)	38 (22.35%)	
SD	47 (33.81%)	51 (30.00%)	
PD	37 (26.62%)	40 (23.53%)	
Second-line Chemotherapy (n=126)			0.639
CR	0 (0.00%)	1 (1.61%)	
PR	6 (9.38%)	9 (14.52%)	
SD	16 (25%)	18 (29.03%)	
PD	17 (26.56%)	14 (22.58%)	
Third-line Chemotherapy (n=33)			0.413
CR	0	0	
PR	2 (10.53%)	1 (7.14%)	
SD	5 (26.32%)	2 (14.29%)	
PD	8 (42.11%)	4 (28.57%)	

บทวิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่าประชากรผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี) มีจำนวน 258 คนจากประชากรในการศึกษาทั้งหมด 447 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 โดยระยะเวลาการควบคุมโรค (median PFS), ระยะเวลารอดชีวิต (median OS) และการตอบสนองต่อการรักษา (ORR) ต่อ EGFR TKI หรือเคมีบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีระยะเวลาการควบคุมโรค 7.34 เดือน ระยะเวลารอดชีวิต 12.26 เดือน การตอบสนองต่อการรักษาด้วย EGFR TKI เป็นยาวนานแรกในผู้ป่วยที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ร้อยละ 59 และการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดขนานแรก ร้อยละ 22 โดยก่อนหน้านี้มีการศึกษาการรักษาแบบประคับประคองเปรียบเทียบการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาแบบประคับประคอง (Big lung trial)⁽³⁾ พบว่าระยะเวลารอดชีวิตในกลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมด้วยอยู่ที่ 8 เดือน เปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง 5.7 เดือน HR 0.77 ($p=0.0006$) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดมีระยะเวลารอดชีวิตได้ยาวนานกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในการศึกษานี้อายุเฉลี่ยของประชากรอยู่ที่ 65.2 ปี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของผู้จัดทำพบว่าระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อยู่ที่ 10.79 เดือน เมื่อใช้เคมีบำบัดเป็นยาวนานแรก นอกจากนี้ยังมีการศึกษา JMDB⁽¹⁵⁾ ที่มีการเปรียบเทียบผลการรักษาในกลุ่มย่อย (subgroup analysis) ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี เปรียบเทียบกับอายุน้อยกว่า 65 ปี พบว่ามีระยะเวลารอดชีวิตประมาณ 10 เดือนทั้งสองกลุ่ม ซึ่งไปในทางเดียวกันกับงานวิจัยของผู้จัดทำแต่ในการศึกษา JMDB ประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 30 จากประชากรทั้งหมดเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มระยะเวลาการควบคุมโรคและระยะเวลารอดชีวิตได้แก่ การได้รับยามุ่งเป้าเป็นยาวนานแรกของการรักษา การมีสภาพร่างกายที่ดี (ECOG PS 0-1) ไม่เคยสูบบุหรี่ และมีลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็น adenocarcinoma การใช้ยามุ่งเป้าเป็นยาวนานแรกในการรักษา ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้ว่าเป็นกลุ่มที่พบการกลายพันธุ์ของยีน EGFR หรือ ALK ซึ่งได้รับการรักษาด้วย EGFR TKI หรือ ALK inhibitors เทียบกับผู้ป่วยที่ใช้ยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่พบการกลายพันธุ์ของยีนหรือมีการกลายพันธุ์ของยีนที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปอดแต่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยามุ่งเป้าได้ จะมีระยะเวลาการควบคุมโรคและระยะเวลาการรอดชีวิตยาวนานกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (median PFS 9.51 vs 6.23 เดือน, HR 0.62, $p<0.001$ และ median OS 18.39 vs 10.79 เดือน, HR 0.67, $p=0.004$) ซึ่งระยะเวลาควบคุมโรคของงานวิจัยของผู้จัดทำใกล้เคียงกับงานวิจัยก่อนหน้านี้(5-7)ซึ่งเปรียบเทียบการใช้ first generation EGFR TKI กับเคมีบำบัด median PFS อยู่ที่ 9 ถึง 13 เดือน ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าการตรวจการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำ เป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็น adenocarcinoma เนื่องจากในปัจจุบันผู้ป่วยชาวไทยที่มีการกลายพันธุ์ของ EGFR สามารถเข้าถึงการรักษาด้วย first generation EGFR TKI ได้ในทุกสิทธิ์การรักษา โดยในการศึกษาของผู้จัดทำพบการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ประมาณร้อยละ 30 จากผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ในเพศหญิงถึงร้อยละ 45 และ ร้อยละ 17 ในเพศชาย

นอกจากนี้ ECOG PS การสูบบุหรี่และลักษณะทางพยาธิวิทยา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการควบคุมโรคและระยะเวลารอดชีวิตที่มีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากวิเคราะห์ด้วย multivariate analysis โดยผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายแข็งแรง ECOG PS 0-1 มี median OS 12.72 เดือนเทียบกับ 7.54 เดือนในกลุ่ม ECOG PS 2-4 (HR 1.97, $p<0.001$) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่มี median OS อยู่ที่ 14.16 เดือน เทียบกับ 9.44 เดือนในกลุ่มที่สูบบุหรี่ HR 1.41 ($p=0.020$) และ adenocarcinoma มี median OS 12.66 เดือน เทียบกับ 7.18 เดือนใน squamous cell carcinoma (HR 1.61, $p=0.005$) ซึ่งจากแนวโน้มของ adjusted HR จะพบว่า ECOG PS เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อระยะเวลาการควบคุมโรคและระยะเวลารอดชีวิต โดยที่อายุไม่ได้มีผลต่อการรักษา ดังนั้นการพิจารณาการรักษามะเร็งปอดในผู้ป่วยควรคำนึงถึงสภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นหลักมากกว่าอายุ กล่าวคือ หากผู้ป่วยอายุมากแต่มีสภาพร่างกายแข็งแรง ควรพิจารณาให้การรักษาอย่างเต็มที่

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการรักษาผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีหรือมากกว่าเท่ากับ 60 ปีสามารถรักษาได้ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งในปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษามะเร็งปอดมีหลายประเภทมากขึ้นทำให้สามารถคุมโรคได้นานขึ้น จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาหลายขนาน ระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวมยาวนานขึ้น โดยเมื่อได้รับการรักษาถึง 2nd line ,median OS 14.46 เดือน HR 0.54 ($p<0.001$) และเมื่อได้รับการรักษาถึง 3rd line, median OS 29.80 เดือน HR 0.21 ($p<0.001$) ดังนั้นในการรักษาถ้าผู้ป่วยมี ECOG PS ที่ดีและเข้าถึงการรักษาได้ควรได้รับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งจากข้อมูลของประชากรในประเทศไทยมีแนวโน้มที่มีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สามารถนำมาปรับใช้กับสถานะสถานการณ์ปัจจุบันได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ ประการแรกการเก็บข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลราชบุรีเพียงแห่งเดียวผลการรักษาที่ได้อาจไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยในประเทศไทยทั้งหมดได้

ประการที่สองลักษณะการเก็บข้อมูลเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน เช่น มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้รับการตรวจ EGFR status หรือ ขาดผลการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาได้ เป็นต้น ประการที่สามการศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงคาบเกี่ยวของการเบิกจ่ายยามุ่งเป้า EGFR TKI ในผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษา (เริ่มเบิกได้เมื่อ พ.ศ.2564) หากมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมต่อไปในอนาคตอาจจะเห็นประโยชน์จากการให้การรักษาแบบการแพทย์แม่นยำได้ชัดเจนมากขึ้น

การศึกษานี้มีข้อดีคือ การเก็บรวบรวมข้อมูลโรคมะเร็งปอดในโรงพยาบาลราชบุรีทำให้ทราบถึงลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และทราบถึงปัจจัยที่ผลต่อระยะเวลาการควบคุมโรคและระยะเวลารอดชีวิต นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าข้อมูลจากการวิจัยทำให้เห็นได้ว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอายุมากกว่า 60 ปีการรักษาสามารถใช้ไปในทางเดียวกันกับกลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่าทั้งได้ผลการรักษาที่ดี สามารถช่วยควบคุมโรคได้นานขึ้นและมีระยะเวลารอดชีวิตที่สูงขึ้น สอดคล้องกับสถานะสังคมในประเทศไทยและในโลกปัจจุบันที่ประชากรมีแนวโน้มอายุเฉลี่ยสูงขึ้น และพบว่าการเข้าถึงยา EGFR TKI เป็นยาขนานแรกทำให้มีระยะเวลากำหนดโรคที่ดีขึ้นและระยะเวลารอดชีวิตยาวนานขึ้น ซึ่งเป็นตามแนวทางการรักษาทั่วโลก

บทสรุป

การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลามหรือกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลราชบุรีมีระยะเวลากำหนดโรคและระยะเวลารอดชีวิตและการตอบสนองต่อการรักษาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษาได้แก่การใช้ยามุ่งเป้าเป็นยาขนานแรก การมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง (ECOG PS 0-1) ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ และมีลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นชนิด adenocarcinoma

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistic 2020 : globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancer in 185 countries. CA CANCER J CLIN 2021;71:209-249.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานนิติทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564.
3. Spiro SG, Rudd RM, Souhami RL, Brown J, Fairlamb DJ, Gower NH, et al. Chemotherapy versus supportive care in advanced non-small cell lung cancer : improved survival without detriment to quality of life. Thorax 2004;59:828-836.
4. Mok T, Wu YL, Thongprasert S, Yang CH, Chu DT, Saijo N, et al. Gefitinib or carboplatin-paclitaxel in pulmonary adenocarcinoma. N Engl J Med 2009;361:947-957.
5. Wu YL, Zhou C, Liang CK, Wu G, Liu X, Zhong Z, et al. First line erlotinib versus gemcitabine/cisplatin in patients with advanced egfr mutation-positive non-small-cell lung cancer. Annals of oncology 2015;26:1883-1889.
6. Rosell R, Carcereny E, Gervais R, Vergnenegre A, Massuti B, Felip E, et al. Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for european patients with advanced egfr mutation-positive non-small-cell lung cancer (EORTC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. Lancet Oncol 2012;13:239-246.
7. Zhou C, Wu YL, Chen G, Feng J, Liu XQ, Wang C, et al. Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. Lancet Oncol 2011;12:735-742.
8. Sequist LV, Yang JCH, Yamamoto N, O'Byrne K, Hirsh V, Mok T, et al. Phase iii study of afatinib or cisplatin plus pemetrexed in patients with metastatic lung adenocarcinoma with egfr mutations. JCO 2013;31:3327-3334.
9. Wu YL, Zhou C, Hu CP, Feng J, Lu S, Huang Y, et al. Afatinib versus cisplatin plus gemcitabine for first-line treatment of Asian patients with advanced non-small-cell lung cancer harbouring egfr mutations(Lux-Lung 6): an open-label, randomized phase 3 trial. Lancet Oncol 2014;15:213-222.
10. Park K, Tan EH, O'Byrne K, Zhang L, Boyer M, Mok T, et al. Afatinib versus gefitinib as first-line treatment of patients with egfr mutation-positive non-small-cell lung cancer(Lux-Lung7): a phase 2B, open label, randomised controlled trial. Lancet Oncol 2016;17:577-589.

11. Soria JC, Ohe Y, Vansteenkiste J, Reungwetwattana T, Chewaskulyong B, Lee KH, et al. Osimertinib in untreated egfr-mutated advanced non-small cell lung cancer. *N Engl J Med* 2018; 378:113-125.
12. Schiller JH, Harrington D, Belani CP, Langer C, Sandler A, Krook J, et al. Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2002;346:92-98.
13. Tan EH, Rolski J, Grodzki T, Schneider CP, Gatzemeier U, Zatloukal P, et al. Global lung oncology branch trial 3 (GLOB3): final results of a randomised multinational phase III study alternating oral and i.v. vinorelbine plus cisplatin versus docetaxel plus cisplatin as first-line treatment of advanced non-small-cell lung cancer. *Annals of Oncology* 2009;20:1249-1256.
14. N Helbekkmo, SH Sundström, U Aasebø, P Fr Brunsvig, C von Plessen, HH Hjelde, et al. Vinorelbine/carboplatin vs gemcitabine/carboplatin in advanced ncslc shows similar efficacy, but different impact of toxicity. *British Journal of Cancer* 2007;97:283-289.
15. Scagliotti GV, Parikh P, Pawel Jv, Biesma B, Vansteenkiste J, Manegold C, et al. Phase III study comparing cisplatin plus gemcitabine with cisplatin plus pemetrexed in chemotherapy-naive patients with advanced-stage non-small-cell lung cancer. *JCO* 2008;26:3543-3551.
16. Baggstrom MQ, Stinchcombe TE, Fried DB, Poole C, Hensing TA, Socinski MA. Third-generation chemotherapy agents in the treatment of advanced non-small cell lung cancer: A Meta-Analysis. *Journal of Thoracic Oncology* 2007;2:845-853
17. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562.นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.2563.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะติดเตียงที่บ้าน Nursing care of head injury patients add bed ridden at home

ศิริรัตน์ ศิริพิชญ์ตระกูล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญในประเทศไทย ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนน จากรายงานความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2561 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 32.7 คนต่อประชากรแสนคน สูงเป็นอันดับ 9 ของโลก และอันดับ 1 ในเอเชีย มีผู้เสียชีวิต 22,491 คนต่อปีเฉลี่ย 60 คนต่อวันและพบว่าร้อยละ 30 ของผู้บาดเจ็บมากที่สุดเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 30 นอกจากนั้นการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรงมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 29 (CDC, 2018) จากข้อมูล HDC dashboard ปี 2566 พบว่าอุบัติเหตุโรงพยาบาลพุทธโสธรปี 2565 มีอุบัติเหตุบนท้องถนน จำนวน 3,014 ครั้ง ในจำนวนนี้พบเสียชีวิต 3 ราย โดยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 52.29 สวมหมวกนิรภัยเพียงร้อยละ 5.9 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยมากถึงร้อยละ 47.51 คาดเข็มขัดนิรภัยเพียงร้อยละ 1.32 เท่านั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนมากมักจะพบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกและเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subacute subdural hematoma) ซึ่งมักจะเกิดอาการภายใน 2 วันถึง 2 สัปดาห์ ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งการดูแลและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อความพิการของผู้ป่วย

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) หมายถึง การที่ผู้ป่วยบาดเจ็บมีลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าคือมีประวัติว่าศีรษะถูกกระแทก ตรวจพบบาดแผลลักษณะที่หนังศีรษะหรือหน้าผากทั้งนี้ไม่รวมถึงการบาดเจ็บที่ใบหน้า (maxillo-facial injuries) แต่อาจพบร่วมกับบาดเจ็บที่ศีรษะได้ และมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (รัตน, 2551)

สาเหตุและความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่พบในการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรโดยเฉพาะในกลุ่มที่ขับขี่จักรยานยนต์ รองลงมาคือ ตกจากที่สูงและหกล้ม แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (minor head injury) : GCS 13-15 คะแนน
2. การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (moderate head injury) : GCS 9-12 คะแนน
3. การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) : GCS 3-8 คะแนน (รัตน, 2551) พยาธิสภาพของการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ (อรุณี และคณะ, 2553) แบ่งตามระยะเวลาการเกิดได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. บาดเจ็บที่ศีรษะปฐมภูมิ (primary head injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันทีที่มีแรงกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ของศีรษะ เช่น การบาดเจ็บที่หนังศีรษะ กระโหลกศีรษะ และสมอง

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะทุติยภูมิ (secondary head injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะแรก จะพบการมีก้อนเลือดภายในโพรงกะโหลกศีรษะในชั้นเนื้อเยื่อ (epidural hemorrhage) ในระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดura กับ อะแรนอยด์ (subdural hemorrhage) ใต้อะแรนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) และเลือดออกภายในสมอง (intracerebral hemorrhage) พบภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure)

อาการและอาการแสดง

1. อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (Neurological signs) การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) จะลดลงกว่าเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงเฉพาะที่ทางระบบประสาท คือการเปลี่ยนแปลงของรูม่านตา (pupil)
2. อาการปวดศีรษะในระยะแรกที่มีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะเพราะในโพรงกะโหลกศีรษะบริเวณที่มีประสาทรับความรู้สึกต่อความเจ็บปวด (pain sensitive structures) มีการเปลี่ยนแปลง
3. อาการอาเจียน ที่พบจากความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง พบในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเกิดขึ้นในบริเวณใต้เทนต์ทอเรียลหรือ

มีการควบคุมบริเวณศูนย์การควบคุมการอาเจียนที่อยู่บริเวณเมดลลา จะเป็นการอาเจียนแบบไม่มีการเตือนล่วงหน้าและเป็นแบบ อาเจียนพุ่ง (projectile vomiting)

4. การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ในระยะแรกของความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ความดันโลหิตจะยังคงเป็นปกติ แต่ต่อมาเมื่อก้านสมองถูกรบกวนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต โดยการที่ปฏิกิริยาการขาดเลือด ซึ่งเกิดจากการที่ vasomotor center ในเมดลลาขาดเลือด ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น

การรักษา

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Respiratory care) โดยมีเป้าหมายการลดความเสียหายของสมองจากการบาดเจ็บทุติยภูมิให้น้อยที่สุด

2. การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic care) ควบคุมค่าความดันซิสโตลิก ที่ > 100 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยอายุ 50-69 ปี ค่า CPP เป้าหมาย อยู่ระหว่าง 60 และ 70 มิลลิเมตรปรอท

3. การจัดการสารน้ำ (Fluid management) การให้ crystalloids isotonic solution เช่นน้ำเกลือ normal saline หรือสารน้ำแบบ Hypertonic โดยเฉพาะ Mannitol จะช่วยเพิ่ม CBF โดยลดความหนืดของเลือดและส่งเสริมการขับปัสสาวะ

4. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic Control) หลังจากสมองบาดเจ็บทำให้เกิดภาวะ catecholamine surge ร่วมกับมีการหลั่ง cortisol เพิ่มขึ้นซึ่งไปยับยั้งการหลั่ง Insulin ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนั้นการเผาผลาญกลูโคสแบบไม่ใช้ออกซิเจนจะทำให้เกิดกรดในสมองนำไปสู่การทำงานที่ผิดปกติของสมองและทำให้เกิดสมองบวม

5. การรักษาความดันในกะโหลกศีรษะสูง แพทย์อาจพิจารณาใส่ท่อ probe หรือสายยางเข้าไปในช่อง epidural หรือในโพรงสมองเพื่อวัดความดันในกะโหลกศีรษะ ควบคุมความดันโลหิตและรักษาแรงดันในเนื้อเยื่อสมอง จัดทำนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ใส่ ET-tube และเครื่องช่วยหายใจ การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย เพราะถ้าอุณหภูมิร่างกายสูงจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญของเนื้อเยื่อสมอง (cerebral metabolism) และสมองบวมมากขึ้น การผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ภาวะติดเตียง (Bed ridden) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยหรือรังเกียจเกิดสภาวะร่างกายเสื่อมโทรมทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวัน ตลอดจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนคนปกติ ผู้ป่วยจึงไม่อาจเลี้ยงที่จะต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานานๆ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยติดเตียงจะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่เสมอ

การดูแลที่บ้าน/การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care : HHC) หมายถึง การจัดการบริการดูแล สุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือบุคลากรทีมสุขภาพ (สหสาขาวิชาชีพ) ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้านที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เป็นระบบ บริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จและองค์รวม (Holistic care) ได้แก่ กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม บริการที่ให้อาหารเหมาะสมตามความจำ เป็นของผู้ป่วยในแต่ละคน แต่ละครอบครัว กิจกรรมประกอบด้วย การรักษาเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน/ความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วม ในการวางแผนดูแลสุขภาพ ตามความต้องการสามารถดูแลตนเองได้ (Self-care) ได้ตามศักยภาพ (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2564)

หลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (วรณัน, 2561) คือ

1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินโรค การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และระบบการสนับสนุนของ ผู้ป่วยและครอบครัว

2. ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การบริบาลที่บ้าน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล รวมถึงการเผชิญปัญหา การปรับตัว หรือความเครียด ทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน

3. สรุปภาวะสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัญหาที่มีผลกระทบต่อดูแลที่บ้านให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ และ ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและกลวิธีการปฏิบัติ หรือการจัดการกับปัญหาโดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ และประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน

4. กำหนดแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

5. มีการประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้และทีมสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วย

6. ส่งต่อแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่ต้องการ เช่น สังคมสงเคราะห์ และสถานฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (วรณัน, 2561) อาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับการป้องกันปฐมภูมิคือการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด ระดับการป้องกันทุติยภูมิจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

ที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ระดับการป้องกันตติยภูมิ เน้นการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยซับซ้อน มีความพิการหรือดูแลตนเองไม่ได้และผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. สอนหรือแนะนำบุคคล/ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เกี่ยวกับโรคหรือความพิการ และช่วยให้ตระหนักถึงความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่อำนวยความสะดวกสูงสุด หรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุด และการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน แนะนำผู้ดูแลถึงวิธีการให้อาหารและสารน้ำที่เหมาะสมกับโรค และให้มีสารอาหารเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย การดูแลความสะอาดของช่องปาก และผิวหนัง ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมักได้ยาหลายตัว ดังนั้น การทวนสอบการบริหารยาและการไม่พึงประสงค์ของยาจึงมีความสำคัญมาก ถ้าผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังบริหารยาเองต้องประเมินสายตา การมองเห็นความสามารถในการอ่านหนังสือ หาวีธีที่จะช่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ถ้าผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรังมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาสูง พยาบาลจะต้องเยี่ยมบ้านเร็วขึ้น

2. ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการพยาบาลแบบประคับประคอง (palliative-hospice) ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่ส่งต่อมารับการดูแลที่บ้านมีระดับความสามารถในการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินระดับความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพเน้นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การป้องกัน ข้อติดแข็ง ลดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ และข้อลดยับติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม มีความทนต่อการทำ กิจกรรมเพิ่มขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอุบัติเหตุ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญมากในการดูแลที่บ้าน การประเมินสุขภาพจิตและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม จะช่วยลดความเสี่ยง เช่น การคิดเชื่อและอุบัติเหตุ เป็นต้น การดัดแปลงปรับปรุงโต๊ะ เก้าอี้และเตียงนอนให้ เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง ถ้าไม่มีโอกาสแบบนั้นอาจต้องใช้อุปกรณ์เสริมช่วยบ้าน ต้องไม่มีสิ่งของวางเกะกะ พื้นไม่ลื่นหรือไม่เสมอกันจะทำให้ผู้สูงอายุสะดุดหกล้มง่าย ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง มีความซับซ้อนในการดูแล ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์หลาย อย่าง พยาบาลต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของการใช้อุปกรณ์สภาพของอุปกรณ์ว่ามีความพร้อมใช้และสภาพ บ้านที่เหมาะสม นอกจากนี้ต้องประเมินว่าเพิ่มภาระผู้ดูแลอย่างไร พยาบาลต้องให้ความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ ของผู้ดูแลเช่นเดียวกัน ปัญหาที่พบบ่อยๆ คือ

นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่พอ เหนื่อยล้า และมีความดันโลหิตสูง

3. ให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในการคิดตัดสินใจในการจัดการกับ อาการผิดปกติการดูแลตนเอง หรือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การประเมินความรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาในอดีตจะช่วยพยาบาลกำหนดความต้องการการพัฒนา ศักยภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ต้องส่งเสริมผู้ป่วยเรื้อรัง และครอบครัวให้มีกลไกการเผชิญปัญหาและการตัดสินใจที่เหมาะสม สำหรับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต บทบาท และ อัตมโนทัศน์ซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างมีคุณภาพการเยี่ยมบ้านรวมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รู้จัก เข้าใจ และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถค้นหาสาเหตุของปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาลงสู่สุขภาพตามความเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทของครอบครัวผู้ป่วย

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทยอายุ 44 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สิทธิการรักษา ประกันสังคม ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง

วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 2 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 24 สิงหาคม 2565 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 145 วัน

แหล่งที่มาข้อมูล

ได้ข้อมูลจากครอบครัวของผู้ป่วย คือ ภรรยาและญาติ จากเวชระเบียนผู้ป่วยโปรแกรม Hos_xp และข้อมูลการส่งต่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โปรแกรม Smart continuum of care (Smart COC) ของโรงพยาบาลพุทธโสธร

อาการสำคัญ /สาเหตุที่ส่งเยี่ยมชมบ้าน

รับส่งต่อดูแลจากศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน Smart COC โรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้ป่วยหลังอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์มีเลือดออกในสมองได้รับผ่าตัด Craniotomy with clot removal (21 มกราคม 2565) นอนโรงพยาบาลนาน 72 วัน มีภาวะติดเตียง (Bed ridden) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ ลืมตาได้เอง ไม่ทำตามสั่ง ไม่พูด Motor power แขนขาระดับ 3 ขยับยกได้ปกติ แขนซ้ายระดับ 2 ยกแขนขึ้นได้ระดับศอก มือซ้ายกำมือได้ไม่สุด ขาทั้งสองข้างข้อติดแข็งระดับ 4 On NG - tube ,On Foley,s catheter , On tracheostomy มีแผลกดทับขนาดใหญ่ที่ก้นกบระดับ 3 แผลกดทับสะโพกทั้งสองข้างระดับ 2 ส่งต่อให้ติดตามอาการผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวต่อเนื่องที่บ้าน ในเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วย การดูแลภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 วันก่อนมา (วันที่ 16 มกราคม 2565) ผู้ป่วยดื่มสุรา แล้วเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์ มีแผลถลอกที่เข้าทั้ง 2 ข้าง และบริเวณหน้าอก บ่นปวดศีรษะ อาเจียน วันละ 2-3 ครั้ง ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ ไม่ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาล วันที่มาโรงพยาบาล (วันที่ 19 มกราคม 2565) เริ่มมีอาการปากเบี้ยวข้างซ้าย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดช้าลง พูดไม่ชัด บ่นปวดศีรษะ ไม่มีอาการชักเกร็ง จึงมาโรงพยาบาล ตรวจพบมีเลือดออกในสมอง ผ่าตัดเอาเลือดออกนอกโรงพยาบาลนาน 72 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีประวัติเป็นโรคลมชัก (Epilepsy) ชักปีละประมาณ 3 ครั้ง ชักล่าสุดประมาณต้นปี 2564

การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (IN HOMESSS ASSESSMENT) แรกรับ

I : การเคลื่อนไหว (Immobility)

ผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bed ridden) แขน ขา ซ้ายอ่อนแรงระดับ 3 แขนขวาหยิบได้เล็กน้อย ขาขวาข้อติดมีข้อติดแข็งทั้งแขนและขา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือทั้งหมด การประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) เท่ากับ 0 คะแนน

N : ภาวะทางโภชนาการ / อาหาร (Nutrition)

ผู้ป่วย on NG-Tube ให้อาหารทางสายยาง อาหารปั่นเอง 300-350 มิลลิตรต่อมื้อ วันละ 4 มื้อ ผสมไข่ขาวมื่อละ 3 ฟอง รับประทานอาหารได้หมดไม่มีเหลือ ผู้ดูแลทำไข่ผสมในอาหารปั่นให้ทุกวัน ร่างการซูบผอม จากการนอนโรงพยาบาลนาน

H : สภาพบ้าน (Home Environment)

เป็นบ้านเช่า มีลักษณะเป็นห้องแถว มีโถงใหญ่อยู่ตรงกลาง ห้องนอน 1 ห้อง ห้องครัว 1 ห้อง และห้องน้ำ 1 ห้อง ไม่มีรั้วรอบบ้าน ประตูหน้าบ้านติดทางเข้าบ้าน ผู้ป่วยนอนเตียงแบบปรับระดับอยู่มุมขวาของห้องโถง ตัวบ้านห่างจากศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นระยะทาง 3 กิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลพุทธโสธร 2 กิโลเมตร

O : สมาชิกคนอื่นในบ้าน / ชุมชน (Other People)

ผู้ป่วยอยู่กับภรรยา มีบุตรชาย 1 คน ภรรยาทำงานรับจ้างบริษัท บางวันต้องเข้ากะ ส่วนบุตรชาย ทำงานบริษัท มีผู้ดูแลที่เป็นญาติห่างๆ ที่จ้างมาช่วยดูแลในช่วงเวลากลางวันทีคนในครอบครัวไปทำงาน และกลางคืนบางวันที่ภรรยาไม่อยู่ บุคคลในชุมชนที่ให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล (Care giver) และผู้นำชุมชน แวะเวียนมาดูแลบางวัน

M : ยาที่ผู้ป่วยใช้ (Medication)

รับประทานยาต้านชัก Dilantin (100 mg) 3 เม็ดก่อนนอน แต่ไม่สม่ำเสมอ

E : การตรวจร่างกาย (Examination)

ชายไทย อายุ 44 ปี น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 17.70 รอบเอว 64 เซนติเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 123/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen Saturation : O2 Sat) 99 เปอร์เซ็นต์

ผิวหนัง : ผิวสองสี ผิวค่อนข้างแห้ง แต่ไม่มีรอยแตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีบวม มีแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 3 ขนาด 8x10 เซนติเมตร เนื้อแผลรอบขอบแผลสีซีด มีเนื้อตายสีดำกุดแข็ง กลางแผลเนื้อลักษณะด้านๆ สีเหลือง ไม่มีน้ำซึม เป็นวงเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 5 เซนติเมตร ตรงกลางแผลไม่มีกลิ่นเหม็น บริเวณสะโพกทั้งสองข้าง มีแผลกดทับ ระดับ 2 ขนาด 3x4 เซนติเมตร ลักษณะแผลมีสีเหลือง รอบแผลแดงดี ไม่มีเนื้อตาย

ศีรษะ : มีความสมมาตรทั้งสองข้าง ใบหน้ารูปร่างปกติ มีรอยแผลเย็บจากการผ่าตัด

ตา : มองเห็นปกติ เยื่อตาไม่ซีด

หู : ได้ยินปกติ แต่ไม่พูด ใบหูปกติ ไม่มีแผล

จมูก : ได้รูป ภายในโพรงจมูก ไม่บวมแดง ไม่มีบาดแผล ไม่มีสารคัดหลั่งหรือเลือดกำเดาไหล รูจมูกข้างขวาใส่สายยางให้อาหาร เบอร์ 16

ปาก : ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย แต่ผิวไม่ลอก ไม่แตก ช่องปากมีกลิ่นเล็กน้อย ไม่มีแผล

คอ : มี tracheostomy tube กลางลำคอ เนื้อรอบท่อไม่บวมแดง มีเสมหะสีขาวข้นติดค้างบริเวณท่อ ต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองไม่โต

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก : รูปร่างสมมาตร ฟังปอดมีเสียงเสมหะเบาๆ ทั้งสองข้าง ไม่มีเสียงหลอดลมตีบ (Wheezing) อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจจังหวะสม่ำเสมอ 72 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง Murmur หลอดเลือดดำข้างคอไม่โป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มีท้องมาน ท้องไม่อืด การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ 7 ครั้งต่อนาที คลำตับและม้ามไม่โต

ระบบทางเดินปัสสาวะ : หน้าท้องบริเวณเหนือหัวเหน่าคลำไม่พบก้อน ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะมีสีเหลืองขุ่น

ระบบประสาท : รู้สึกตัว พูดช้า มีเสียงดังเบาๆ ออกมาจากท่อหลอดลมคอเป็นคำๆ Motor power แขนขา ระดับ 3 ขยับยกได้ปกติ แขนซ้ายระดับ 2 ยกแขนขึ้นได้ระดับศอก มือซ้ายกำมือได้ไม่สุด ขาทั้งสองข้างข้อติดแข็งระดับ 4

S : ความปลอดภัย (Safety / Stability) สภาพจิตสังคม/ สภาพเศรษฐกิจ / ค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยทำงานรับจ้างบริษัท มา 20 ปี เดินทางทำงาน ไปเข้า-เย็นกลับทุกวันด้วยการขับจักรยานยนต์ ช่วงเย็นกลับบ้านซื้อเหล้าหรือเบียร์มานั่งดื่มคนเดียวทุกวัน พอมืดก็เข้านอนสูบบุหรี่ก้นกรองวันละครึ่งซอง รับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่เคยออกกำลังกาย สภาพจิตสังคม ผู้ป่วยเป็นคนเอะอะ โวยวาย พูดจาไม่ไพเราะ จี้หุดหิด ไม่ค่อยช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ป่วยทำงานรับจ้างรายได้ 10,000 - 13,000 บาทต่อเดือน ใช้จ่ายส่วนตัวทั้งหมด ไม่ได้ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าใช้จ่ายในการดูแลการเจ็บป่วยครั้งนี้มาจากภรรยาและบุตรชาย

S : สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health)

ความเชื่อต่อความเจ็บป่วย ไม่เชื่อเรื่องเวรกรรม ไม่เคยตักบาตร เข้าวัด หรือทำบุญ

S : ทางเลือกการรักษาอื่นในชุมชน (Service)

บ้านผู้ป่วยอยู่ห่างจากศูนย์สุขภาพชุมชน 3 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากโรงพยาบาลพุทธโสธร 2 กิโลเมตร เวลาเจ็บป่วยเล็กน้อย มักซื้อยาตามร้านขายยารับประทาน

ผลการตรวจพิเศษ

CT Scan วันที่ 19 มกราคม 2565 พบ

1. Fracture skull at right fronto-temporal region
2. Acute intraparenchymal at right temporal lobe size 7.3x4.6x3.1 cm (APxWxH), right frontal size

2.2x1.2 cm, left temporal size 2.0x1.3 cm

3. Acute SDH at right frontal and bilateral temporal region thickness up to 0.6 cm both side

4. Acute IVH at right lateral ventricle

5. Acute SAH along bilateral cerebral sulci, basal cistern, bilateral sylvian cisterns

6. Shifting of midline structures to the left about 0.8 cm พบกะโหลกศีรษะส่วนหน้าและขมับด้านขวาแตก เลือดออกในสมองและได้เยื่อหุ้มสมองบริเวณขมับขวา ขมับซ้ายด้านหน้าขวา และในโพรงสมองด้านข้างขวา ร่องกลางของสมองถูกกดเบียดไปทางซ้าย

CT Scan 1 สิงหาคม 2565 พบ

1. Chronic infratentorial at the RT cerebellar hemisphere, and RT temporal area

2. Chronic infraction along the left ACA territory supply.

3. Chronic lacunar infraction at the RT lentiform nucleus.

พบภาวะสมองขาดเลือดเรื้อรังบริเวณสมองน้อยด้านขวา และขมับขวา สมองขาดเลือดจากการอุดตันของเส้นเลือด ACA

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจเพาะเชื้อ

สิ่งส่งตรวจ	วันที่	พบเชื้อ	ค่าปกติ	แปลผล
Sputum Culture	26 มกราคม 2565	- Acinetobacter baumannii complex (CRAB_MDR) - Pseudomonas aeruginosa	ไม่พบเชื้อ	ผิดปกติ
Urine Culture	31 มกราคม 2565	- Stenotrophomonas maltophilia Colony count 105 CFU/ml - Klebsiella pneumoniae	ไม่พบเชื้อ	ผิดปกติ
Pus wound Culture	21 กุมภาพันธ์ 2565	- Acinetobacter baumannii complex (CRAB_MDR) - Klebsiella pneumoniae	ไม่พบเชื้อ	ผิดปกติ
Hemoculture	25 กุมภาพันธ์ 2565	- Klebsiella pneumoniae	ไม่พบเชื้อ	ผิดปกติ

การวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ : ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสาเหตุจากได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานตามแผนการรักษา ไม่รู้สีกตัว ซึ่งมีความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ แผล และกระแสเลือด

การวินิจฉัยของแพทย์

1. Acute SDH at right frontal and bilateral temporal region ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองส่วนหน้าด้านขวา และขมับทั้ง 2 ข้าง

2. Acute IVH at right lateral ventricle ภาวะเลือดออกในโพรงสมองด้านข้างขวา

3. Acute SAH along bilateral cerebral sulci, basal cistern, bilateral sylvian cisterns ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง

การผ่าตัด

1. วันที่ 21 มกราคม 2565 ผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก : Craniotomy with remove blood clot

2. วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565 ผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอ : Tracheostomy

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาพยาบาลของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากการดูแล

จากการซักประวัติและตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นโดยสมบูรณ์ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 0 วัดสัญญาณชีพ Temperature 36.5 องศาเซลเซียส หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/64 มิลลิเมตรปรอท ไม่พูด เรียก ลืมตา ปวดศีรษะบางวัน On Tracheostomy Tube หายใจ room air Oxygen saturation 98 % ฟังปอดมีเสียงเสมหะที่ปอดสองข้างเล็กน้อย ไอออกแรงขับเสมหะออกเองได้ไม่หมด เสมหะสีขาวขุ่น กำลังกลืนน้ำแข็งแข็งระดับ 3 แขนซ้ายระดับ 2 กำมือได้ไม่สนิท ขาสองข้างข้อติด ขยับได้เล็กน้อย On NG-Tube ,On foley, s catheter มีแผลกดทับบริเวณก้นกบ ระดับ 3 ขนาด 8x10 เซนติเมตร เนื้อรอบขอบแผลมีเนื้อตายสีดำ มี discharge ชุ่มกึ่งเล็กน้อย ตรงกลางแผลมีลักษณะดำๆ สีเหลือง เป็นวงเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 เซนติเมตร กดแข็ง ไม่น้ำซึม ไม่มีกลิ่นเหม็น แผลสะโพกทั้งสองข้างระดับ 2 ขนาด 3x4 เซนติเมตร จากการประเมินเบื้องต้นจึงกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ญาติและผู้ดูแลพร่องความรู้และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. มีโอกาสภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. มีโอกาสติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. มีโอกาสติดเชื้อแผลกดทับที่ก้นกบและสะโพก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. มีภาวะข้อติด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7. มีโอกาสขาดสารน้ำและอาหาร

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 2 เมษายน 2565
เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ญาติและผู้ดูแลพร่องความรู้และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด Craniotomy มีอุปกรณ์ติดตัว On tracheostomy tube , On NG-tube ,On Foley,s catheter มีแผลกดทับขนาดใหญ่ และข้อติด

2. มีภาวะติดเตียง (Bed ridden) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คะแนนประเมิน ADL เท่ากับ 0 บ่งชี้ว่าต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการปฏิบัติประจำวันอย่างสมบูรณ์

3. ซักถามข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการดูแล

4. ติดเชื้อคอตีบ หนองในโรงพยาบาล ผลตรวจเสมหะเพาะเชื้อพบ Acinetobacter baumannii complex (CRAB_MDR) และ Pseudomonas aeruginosa ผลตรวจปัสสาวะเพาะเชื้อพบ Stenotrophomonas maltophilia Colony count 105 CFU/ml และ Klebsiclla pneumoniae ผลตรวจหนองจากแผลเพาะเชื้อพบ Acinetobacter baumannii complex (CRAB_MDR) และ Klebsiclla pneumoniae ผลตรวจเลือดเพาะเชื้อพบ Klebsiclla pneumoniae ควรติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกหรือซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติและผู้ป่วย พร้อมให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร

3. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การทำแผล tracheostomy tube การเตรียมอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผลกดทับ การสังเกตอาการข้างเคียงการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ไข้ หอบเหนื่อย

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำลายสิ่งคัดหลั่งต่างๆ จากผู้ป่วย เช่น แผล เสมหะ อุจจาระ ปัสสาวะ ไม่ทิ้งลงท่อน้ำสาธารณะ หรือทิ้งลงขยะทั่วไป เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ชุมชน โดยเสมหะ อุจจาระ ปัสสาวะ ทิ้งลงในโถส้วม ล้างตามด้วยผง

ชักฟอก ส่วนผ้าก๊อซจากการทำแผลให้เผาหรือฝัง ระวังสัตว์ คุ้ยเขี่ย หรือมีดใส่ถุงแดงมาฝากทั้งที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

6. นัดหมายญาติในการดูแลผู้ป่วยและฝึกทักษะต่างๆ ใน ระยะแรกเมื่อกลับมาอยู่บ้าน เพื่อสร้างความมั่นใจ

7. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม การจัด วางวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เป็นการเตรียมบ้านให้เสมือนเป็นโรง พยาบาล (Home ward)

8. สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ในการกลับไปอยู่บ้าน เช่น เตียง Fowler เครื่องดูดเสมหะ ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจน ปลายนิ้ว สาย Suction อุปกรณ์ทำแผล โดยทำเรื่องขอยืมจาก ศูนย์ให้ยืมเครื่องมือ

9. แนะนำญาติหมั่นพูดคุยกับผู้ป่วยบ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรับ ทราบข้อมูลต่างๆ เช่น วัน เวลา สถานที่ การทำกิจกรรมอะไร ให้ ใครมาเยี่ยม

10. เพิ่มช่องทางการสื่อสาร โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ระหว่างญาติและบุคลากร ในการสอบถามเมื่อมีปัญหาหรือข้อ สงสัย เพื่อสร้างความมั่นใจ และให้เบอร์โทรฉุกเฉิน 1669

การประเมินผล

จากการทวนสอบความรู้และคำแนะนำที่ให้ไป ญาติตอบ และอธิบายการดูแลได้ถูกต้อง ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตาม ต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. มีโอกาสทางเดินหายใจอุดกั้น ข้อมูลสนับสนุน

1. มีเสมหะเหนียวข้น สีขาวขุ่น
2. ใส่ท่อช่วยหายใจ tracheostomy tube
3. ไม่สามารถไอ ขับเสมหะออกมาได้ทั้งหมด ต้องใช้ เครื่องช่วยดูดบางครั้ง
4. มีเสียงเสมหะในปอดเวลาไอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ
2. ไม่มีอาการหอบ เหนื่อย สีเขียว ปลายมือปลายเท้า เยื่อเมือกซีด ต้องไม่ซีด ม่วงคล้ำ
3. อัตราการหายใจช่วง 20-24 ครั้งต่อนาที
4. ค่าออกซิเจนในเลือด Oxygen saturation อยู่ช่วง >95 %

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. แนะนำญาติในการประเมินภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น โดยประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีเขียว ปลายมือปลายเท้า เยื่อเมือกซีด ต้องไม่ซีด ม่วงคล้ำ
2. แนะนำการจัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30-45 องศา เพิ่ม พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน
3. สอนและสาธิตการประเมิน Oxygen saturation เพื่อ

วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวันละ 1 ครั้ง หรือ เมื่อมีอาการหายใจผิดปกติ

4. ทบทวนการดูดเสมหะเมื่อจำเป็น เพื่อลดการระคาย เคือง โดยใส่สายดูดอย่างนุ่มนวล เว้นช่วงพักระหว่างการดูด เสมหะ

5. แนะนำให้ดื่มน้ำหลังอาหารและระหว่างมื้ออาหาร เพื่อให้เสมหะอ่อนตัว ไม่เหนียว คุ้ยออกง่าย

6. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ท่อเจาะคอหลุด หายใจลำบาก เสมหะข้นเหนียว หอบเหนื่อย ให้รีบมาพบแพทย์

การประเมินผล
ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ไม่พบอาการหอบ เหนื่อย และไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด Oxygen saturation อยู่ ช่วง 97-99 % ผู้ป่วยไอแรง เสมหะหลุดออกมาเองได้แต่ไม่ หมด พบมีเสมหะเหนียว ผู้ดูแลสามารถดูดได้ถูกต้อง ปัญหานี้ ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. มีโอกาสติดเชื้อของแผลเจาะ คอและทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีเสมหะเหนียวข้น สีขาวขุ่น
2. แผลเจาะคอและใส่ท่อช่วยหายใจ tracheostomy tube
3. ไม่สามารถไอ ขับเสมหะออกมาได้
4. มีเสียงเสมหะในปอดเวลาไอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 38 องศาเซลเซียส
2. อัตราการหายใจช่วง 20-24 ครั้งต่อนาที
3. แผลเจาะคอไม่บวม แดง และไม่มี discharge

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. แนะนำการประเมินสัญญาณชีพ โดยการวัดอุณหภูมิ การหายใจ
2. สอนและสาธิตการดูแลท่ออย่างถูกวิธี ด้วยเทคนิค ปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังการดูดเสมหะทุกครั้ง
3. สอนและสาธิตการทำแผลเจาะคอ วันละ 2 ครั้ง เช้าเย็น หรือทุกครั้งที่มีคราบสกปรก เปลี่ยนสายตรงท่อเจาะ คอ ไม่ให้แน่นหรือหลวมจนเกินไป ป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. สอนและสาธิตการทำความสะอาดท่อเจาะคอ โดย ทำความสะอาดเฉพาะท่อด้านใน โดยล้างทำความสะอาดและ ต้มนาน 20 นาที รอจนเย็นแล้วใส่กลับเหมือนเดิม
5. สอนและสาธิตเปลี่ยนสายตรงท่อเจาะคอ โดยผูก สายใหม่ก่อน แล้วจึงตัดสายเก่า ไม่รัดแน่นหรือหลวมจนเกินไป หลังผูกสายเสร็จควรใช้น้ำสอได้ประมาณ 1 นิ้ว เพื่อป้องกันการ กดทับ

6. แนะนำการล้างมือก่อนและหลังทำแผลเจาะคอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

7. แนะนำการทำความสะอาดช่องปากวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อลดการสะสมเชื้อโรคบริเวณช่องปาก

8. แนะนำสังเกตความผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ท่อเจาะคอหลุด หอบเหนื่อย แผลเจาะคอมีหนองมีไข้ เสมหะข้น เจียว

9. ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำลายสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น เสมหะ ผ้าก๊อชทำแผล ไม่ทิ้งลงท่อระบายน้ำสาธารณะ หรือทิ้งถังขยะทั่วไป ให้ลงในโถส้วม ล้างตามด้วยผงซักฟอก ส่วนผ้าก๊อชจากการทำแผลให้เผาหรือฝัง ระวังสัตว์คุ้ยเขี่ย หรือมัดใส่ถุงแดงมาฝากทิ้งที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ชุมชน

การประเมินผล

ไม่มีไข้ วัดอุณหภูมิได้ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจช่วง 20-24 ครั้งต่อนาที แผลเจาะคอไม่บวมแดง และไม่มี discharge ปัญหา仍需ได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้
2. ปัสสาวะมีตะกอน ขุ่น ข้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 38 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะไม่ขุ่น ข้น หรือมีตะกอน

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. แนะนำการประเมินสัญญาณชีพ ร่วมกับอาการและอาการแสดงถึงภาวะติดเชื้อในร่างกาย คือ มีอาการไข้ อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หายใจเร็วมากกว่า 24 ครั้ง/นาที ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติมากกว่า 110 ครั้งต่อนาที

2. แนะนำประเมินการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยในแต่ละวัน ระยะห่างการไหลออกของปัสสาวะแต่ละครั้งต่อวัน ปริมาณลักษณะสีและกลิ่นของปัสสาวะที่ขับออก แสดงถึงความเสี่ยงเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะสีขุ่น มีตะกอน มีกลิ่นเหม็น

3. สอนและสาธิตการดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ และดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด ระวังไม่ให้ท่อหลุด หัก สายสวนปัสสาวะ โดยปิดพลาสติกไว้ที่โคนขาด้านใน ไม่ให้เลื่อนหลุด

4. แนะนำการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำระหว่างมื้ออาหารทางสายยางอย่างน้อย 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก

5. แนะนำเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะเดือนละ 1 ครั้ง

6. แนะนำการทำความสะอาดมือก่อนและหลังให้การดูแลสายสวนปัสสาวะ ให้ล้างมือทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เทปัสสาวะทิ้งเมื่อมีปริมาณมากกว่า 2 ใน 3 ของถุง เช็ดข้อต่อด้วย alcohol 70% ก่อนและหลังทุกครั้ง ควรเททิ้งในโถส้วมทุก 8 ชั่วโมง แล้วล้างโถส้วมด้วยผงซักฟอก รดน้ำตามให้สะอาด

7. แนะนำทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและสบู่ บริเวณปลายเปิดที่ต่อกับท่อปัสสาวะเช็ดให้แห้ง อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะ

การประเมินผล

ไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ อุณหภูมิช่วง 36.5 องศาเซลเซียส ปัสสาวะขุ่น มีตะกอนมาก แนะนำให้ญาติสังเกตปัสสาวะที่ไหลออกมา แล้วถ่ายรูปส่งให้ดูทางแอปพลิเคชันไลน์ หากปัสสาวะยังขุ่นให้รีบสายสวนบ่อยๆ วันละ 3-4 รอบ จากการติดตาม พบปัสสาวะขุ่นน้อยลง ไม่มีตะกอน ให้ญาติสังเกตต่อเนื่อง 3-4 วัน พบปัสสาวะใสขึ้น ปัญหา仍需ได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. มีผลกดทับที่ก้นกบและสะโพก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 3 ขนาด 8x10 เซนติเมตร เนื้อรอบขอบแผลมีเนื้อตายสีดำ มี discharge ซึมก๊อช มีแผลกดทับบริเวณสะโพกทั้งสองข้าง ระดับ 2 ขนาด 3x4 เซนติเมตร

2. ผู้ป่วยนอนติดเตียง เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้

วัตถุประสงค์

1. แผลกดทับที่ก้นกบและสะโพก ไม่เพิ่มระดับความรุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 38 องศาเซลเซียส
2. แผลกดทับ ไม่เพิ่มระดับความรุนแรง ประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินการหายของแผล PUSH Tool Version 3

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. แนะนำประเมินสัญญาณชีพ ร่วมกับอาการและอาการแสดงถึงภาวะติดเชื้อในร่างกาย คือ มีอาการไข้ อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หายใจเร็วมากกว่า 24 ครั้ง/นาที ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติมากกว่า 110 ครั้งต่อนาที

2. สอนและสาธิตการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

เพื่อลดการกดทับและช่วยให้การไหลเวียนของเลือดได้ดีขึ้น ลดการลุกลามของแผลกดทับ

3. สอนและสาธิตการทำความสะอาดแผลให้ถูกวิธี เพื่อส่งเสริมการหายของแผล โดยใช้สำลีชุบน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาดอย่างเบามือ โดยเช็ดจากข้างในแผลออกด้านนอกแผล

4. แนะนำการดูแลเรื่องอาหาร ควรเพิ่มอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผลเร็วขึ้น โดยประสานวัดโภชนาการ ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในชุมชน ขอให้ดื่มมาให้ผู้ป่วยรับประทาน

5. สอนและสาธิตการจัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยยับของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงเกิดแผลกดทับได้ง่าย กรณีที่ผู้ป่วยเลื่อนไหลไปปลายเตียง ห้ามลากหรือดึง ควรใช้วิธีการ ยกตัว เพื่อลดการเสียดสีที่ผิวหนัง

6. สอนและสาธิตการนวดคลึงรอบแผลเบาๆ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ห้ามประคบด้วยความร้อน เพราะจะเพิ่มการอักเสบของผิวหนัง เสี่ยงต่อการติดเชื้อของผิวหนัง

7. แนะนำทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย ด้วยสำลีชุบน้ำเปล่า โดยไม่ขัดถู และซับให้แห้ง หมั่นทาโลชั่นเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้นอยู่เสมอ

8. แนะนำวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ทำแผล เช่น ผ้าก๊อซ สำลี ควรฟ้งหรือเผา ระวังการฉีกเย็บของสัตว์ หรือมีครวมใส่ถุงแล้วนำมาฝากทิ้งที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ

9. ประสานยืมที่นอนลมจากศูนย์ให้ยืมเครื่องมือของโรงพยาบาล เพื่อลดการกดทับและไม่มีแผลกดทับเพิ่มขึ้น

10. ประสานกองทุนธนาคารความดี ซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรในชุมชน ขอแอมเพริส หรือแผ่นรองซับน้ำ เพื่อรองรับหลังหลังจากแผล ลดความอับชื้นบริเวณกัน

การประเมินผล

ไม่มีไข้ วัดอุณหภูมิได้ 36.5 องศาเซลเซียส พบมีแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 3 ขนาด 8x10 เซนติเมตร เนื้อแผลรอบขอบแผลสีซีด มีเนื้อตายสีดำ กลางแผลเนื้อลักษณะสีเหลือง ไม่มีน้ำซึม เป็นวงเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 5 เซนติเมตร ตรงกลางแผล ไม่มีกลิ่นเหม็น บริเวณสะโพกทั้งสองข้าง มีแผลกดทับ ระดับ 2 ขนาด 3x4 เซนติเมตร ลักษณะแผลมีสีเหลือง รอบแผลแดงได้ทำการตกแต่งบาดแผลและตัดเนื้อตายแผลแดงดี ใช้ประเมินการหายของแผลด้วย PUSH Tool Version 3 แผลกดทับที่ก้นกบ ได้คะแนนรวมเท่ากับ 14 แผลกดทับบริเวณสะโพกทั้งสองข้าง ได้คะแนนรวมเท่ากับ 8 ปัญหาที่ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. มีภาวะข้อติด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยติดเตียง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ADL เท่ากับ 0

2. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) ขาทั้ง 2 ข้าง ข้อติดแข็ง ระดับ 4 แขนขวา ระดับ 3 แขนซ้ายข้อติดบริเวณศอก ระดับ 2

3. ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองผ่าตัด craniotomy รักษาในโรงพยาบาลนาน 72 วัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดภาวะข้อติด เพิ่มการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ และข้อต่อต่างๆ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ข้อติดลดลง การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและญาติ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม ให้ความช่วยเหลือในการทำกายภาพบำบัด

2. ประสานนักกายภาพบำบัดลงเยี่ยม สอนและสาธิตญาติ ผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ Passive exercise, Range of motion และ Stretching ข้อต่อต่างๆ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที

3. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง

4. แนะนำญาติให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันในการดูแลความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย

5. สอนและสาธิตการจัดท่าของร่างกายของผู้ป่วย โดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้อง เหมาะสม แนะนำและจัดท่าไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับร่างกายข้างที่อ่อนเรงนานๆ

6. ให้กำลังใจแก่ญาติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มศักยภาพ เป็นการเสริมสร้างพลัง (Empowerment)

การประเมินผล

พบว่าญาติสามารถทำ Passive exercise , Range of motion ให้ผู้ป่วยได้แต่ยังขาดทักษะ พบอาการข้อติดแข็งกล้ามเนื้อเริ่มกลับ ขาทั้งสองข้างข้อติดแข็ง ระดับ 4 แขนขวา ระดับ 3 แขนซ้ายข้อติดบริเวณศอก ระดับ 2 ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7. มีโอกาสขาดสารน้ำและอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่สามารถดื่มน้ำได้ตามปกติ

2. ใส่สายให้อาหาร

3. ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 17.70 (น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับอาหารและน้ำที่ทางสายยางได้ทุกมื้อ
2. ไม่พบมีอาการคั่งในกระเพาะอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและสาธิตการให้อาหารทางสายยาง และทบทวนการจัดทำอาหารสำหรับให้ทางสายยาง
2. แนะนำจัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ก่อนให้อาหารทางสายยางทุกครั้ง
3. สอนและสาธิตการให้อาหารทางสายยาง ก่อนให้อาหารทางสายยางทุกครั้ง ต้องมั่นใจว่าสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหาร โดยใช้ Syringe 50 มิลลิลิตร ทดสอบดูดน้ำย่อย ถ้าได้น้ำย่อยแสดงว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหาร จึงทำการให้อาหารทางสายยางได้ โดยให้ครั้งละ 300-350 มิลลิลิตร แล้วตามด้วยน้ำสะอาด 50 มิลลิลิตร เพื่อจะได้ไม่มีอาหารคั่งอยู่ที่สาย และให้น้ำในระหว่างมื้ออาหารไม่น้อยกว่าวันละ 1,000 มิลลิลิตร
4. แนะนำสังเกตเสียงเสมหะ หากมีเสียงเสมหะให้ดูดเสมหะก่อนให้อาหารทุกครั้ง เพราะหากไอขณะให้อาหารจะทำให้สำลักได้
5. แนะนำหลังให้อาหารทางสายยางเสร็จ ให้จัดท่าให้ศีรษะสูงอย่างน้อย 20-30 นาที เพื่อป้องกันการสำลัก
6. แนะนำสังเกตการดูดกลืนของผู้ป่วย ห้ามให้อาหารทางปากหากผู้ป่วยยังไม่สามารถดูดกลืนได้เอง
7. แนะนำการเปลี่ยนสายให้อาหารทุกเดือน หรือเมื่อสายขุ่นมีตะกอน
8. ประสานวัดโสธรวราราม ซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรในชุมชน ขอใจเต็ม นามานำผู้ป่วยรับประทาน

การประเมินผล

ไม่พบการสำลัก ผู้ดูแลให้อาหารได้มีผลละ 300-350 มิลลิลิตร แล้วตามด้วยน้ำสะอาด 50 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง รับอาหารได้หมด ไม่มีอาหารเหลือคั่งในกระเพาะอาหาร ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 17 มิถุนายน 2565

เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วยติดเตียง ADL เท่ากับ 0 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/62 มิลลิเมตรปรอท แขนงซ้าย ข้อติด on Tracheostomy Tube O2 Sat 99 % ฟังปอดมีเสียงเสมหะที่ปอดสองข้างเล็กน้อย ไอออกแรงขับเสมหะ

ออกเองได้ไม่หมด เสมหะสีขาว แขนงขวา ระดับ 3 แขนงซ้าย ระดับ 2 กำมือได้ไม่สนิท ขาสองข้างข้อติด ขยับได้เล็กน้อย on NG-Tube on foley, s catheter ปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน จึงเปลี่ยนจาก on foley, s catheter เป็น on condom แผลกดทับกลางก้นกบมีขนาดเล็กลง ระดับ 3 ขนาด 7x9 เซนติเมตร เนื้อรอบขอบแผลไม่มีเนื้อตาย มี discharge ชิมก๊อช แผลที่สะโพกทั้งสอง ขนาด 2x3 เซนติเมตร แดงดีมี discharge ชิมเล็กน้อย พบปัญหาเพิ่มเติม ญาติมีความเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากการลงเยี่ยมติดตามประเมินข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 7 ข้อ และให้การพยาบาลเพิ่มเติมอีก 2 ข้อ คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลอาการเจ็บป่วยเมื่อมาอยู่บ้าน และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีโอกาสชักซ้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ญาติและผู้ดูแลพร้อมความรู้ และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมทางการพยาบาล (เดิม)

การประเมินผล

จากการประเมินโดยการสอบถาม พบว่าญาติและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้น สามารถตอบคำถามต่างๆ ได้ถูกต้อง ให้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยสามารถทำได้ถูกต้อง *** ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. มีโอกาสภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมทางการพยาบาล (เดิม)

การประเมินผล

จากการสอบถามญาติให้ประวัติเพิ่มเติมว่า ก่อนการลงเยี่ยม ผู้ป่วยไป Admit โรงพยาบาลพุทธโสธร ด้วยอาการชักเกร็งประมาณ 3 นาที เนื่องจากญาติ (มาจากต่างจังหวัด) ป้อนน้ำทางปากทำให้ผู้ป่วยสำลัก ตามหลีก นอนโรงพยาบาล 2 วัน *** ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป และปัญหามีโอกาสชักซ้ำ เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. มีโอกาสติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมทางการพยาบาล (เดิม)

การประเมินผล

ไม่พบติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ *** ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 4. มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรม

1. เปลี่ยนจากใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เป็นใส่ condom วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล (เดิม)

กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล (เพิ่มเติม)

1. สอนและสาธิตการใส่ condom ที่ถูกวิธี โดยรูด condom ออกให้สุด จากนั้นนำ condom ส่วนปลาย สวมเข้าไปบริเวณปลายสายสวนปัสสาวะ ใช้ยางรัดให้แน่นเหนือรูเปิดของสายสวนปัสสาวะ ตัดปลาย condom ออกให้เป็นรู จากนั้นพลิก condom กลับขึ้นมา นำ condom อีกด้าน สวมไปที่อวัยวะเพศ ใช้พลาสติกหรือพันรอบ condom ให้ติดกับโคนอวัยวะเพศ ไม่แน่นหรือหลวมเกินไป ส่วนปลายสายสวนปัสสาวะ ที่เป็น 2 ทาง ให้ต่อลง Urine Bag

การประเมินผล

ไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ อุณหภูมิช่วง 36.3 องศาเซลเซียส ปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 5. มีโอกาสติดเชื้อแผลกดทับที่ก้นกบและสะโพก

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรม

การประเมินผล

แผลกดทับที่ก้นกบระดับ 3 ขนาด 7x9 เซนติเมตร เนื้อรอบขอบแผลไม่มีเนื้อตาย มี discharge ชุ่มกึ่งแห้ง แผลที่สะโพกทั้งสองระดับ 2 ขนาด 3x3 เซนติเมตร แดงดี มี discharge ชุ่มเล็กน้อย ประเมินการหายของแผลโดยใช้ PUSH Tool Version 3 แผลกดทับที่ก้นกบ ได้คะแนนรวมเท่ากับ 11 แผลกดทับบริเวณสะโพกทั้งสองได้คะแนนรวมเท่ากับ 8 พบแผลกดทับไม่เพิ่มขนาดความรุนแรง มีแนวโน้มการหายของแผลที่ดีขึ้น ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 6. มีภาวะข้อติด

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรม

การประเมินผล

ภาวะข้อติด ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) แขนขวา ระดับ 3 แขนซ้าย ระดับ 2 กำมือได้ไม่สนิท ขาสองข้างข้อติด ขยับได้เล็กน้อย แต่กำลังกล้ามเนื้อยังคงเดิม ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 7. มีโอกาสขาดสารน้ำและอาหาร ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรม

การประเมินผล

ไม่พบการขาดสารน้ำและอาหาร อสม. นำไข่ต้มจากวัดมาให้ผู้ป่วยทุกสัปดาห์ ละ 1 แผง ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 8. ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลอาการเจ็บป่วยเมื่อมาอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ภรรยามีความเครียดและสับสนวิตกกังวล ในการดูแลผู้ป่วยต้องกลับมาอยู่บ้าน

2. ประเมินความเครียด (ST5) ของภรรยา อยู่ในระดับ 5-7 เครียดปานกลาง และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2 Q พบผลปกติ

3. กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นที่ต้องซื้อวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มาใช้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีรายได้

4. ภรรยาต้องลาหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย เนื่องจากยังหาผู้ดูแลไม่ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ญาติคลายความเครียดและวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติคลายความเครียดและวิตกกังวล ระดับความเครียดลดลง อยู่ระดับต่ำกว่า 5 เครียดน้อย

กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติและผู้ป่วย พร้อมให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกหรือซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. แนะนำให้หลีกเลี่ยงหรือลดการเผชิญเหตุการณ์ที่รู้สึกวิตกกังวลภายในบ้าน หาวิธีผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ นั่งสมาธิ พูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือญาติ

3. ประเมินความเครียดของญาติ โดยใช้แบบประเมินความเครียด ST5 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น

4. สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นโดยเฉพาะวัสดุสิ้นเปลือง เช่น ก้อน ล้าง น้ำยาทำแผล สาย suction

5. ประสานแหล่งสนับสนุนทรัพยากรในชุมชน ช่วยสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป

6. ให้คำแนะนำการขอความช่วยเหลือการสิทธิประกันสังคม

การประเมินผล

1. ญาติยังมีความเครียดและวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย ประเมินความเครียด ST5 อยู่ในระดับ 5-7 เครียดปานกลาง ประเมินภาวะซึมเศร้า ผลปกติ ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตาม ต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9. มีโอกาสชักซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นประวัติเป็นโรคลมชัก รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
2. มีประวัติชักขณะนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง
3. ล้าลึกลับ มีอาการชักเกร็ง 2 นาที นอนโรงพยาบาล 2 วัน

4. รอยโรคในสมอง สมองขาดเลือด

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดโอกาสการชักเกร็ง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดอาการชักเกร็ง
2. ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. แนะนำการดูแลเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการชักเกร็งที่บ้าน ดูแลการทางเดินหายใจให้โล่ง ขณะชักห้ามใช้อุปกรณ์ต่างๆ ใส่ปาก ใจศีรษะเตียงลงให้อยู่ในแนวราบ จับผู้ป่วยตะแคงหน้าไปทางใดทางหนึ่ง ช่วยดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะในท่อนหลอดลมคอ ดื่มน้ำลายในช่องปากให้แห้ง เมื่อผู้ป่วยหยุดชักเกร็งให้เรียกประเมินการรับรู้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งนานหลายนาที หลังชักเกร็งซึ่มลง ให้นำส่งโรงพยาบาลทันที
2. ระวังอุบัติเหตุ เช่น การตกเตียง ควรเอาข้างเตียงขึ้นทั้งสองด้าน อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยขณะเกิดอาการชักเกร็ง
3. หลังชักประเมินอาการทางสมอง การรับรู้ อาการและอาการแสดงทางสมอง เช่น อาเจียนพุ่ง
4. แนะนำการรับประทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรปรับขนาดหรือหยุดยาเอง หรือขาดยาโดยผู้ป่วยได้รับยา Phenytoin (Dilantin) 50 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. หากมีอาการชักเกร็งนานผิดปกติ ให้นำส่งโรงพยาบาล

การประเมินผล

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีชักเกร็งประมาณ 2 วินาที หลังชักรู้สึกตัว อาการค่อยๆ ดีขึ้นเอง ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ หลังจากชักครั้งนี้ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งอีก 3 ครั้งๆ ละ 2-3 วินาที ไม่ได้พาไปโรงพยาบาล เนื่องจากชักไม่นาน ปรีกษาแพทย์ ปรับยา Phenytoin (Dilantin) 50 mg รับประทานเช้า 3 เม็ด กลางวัน 2 เม็ด เย็น 2 เม็ด หลังอาหาร (เดิมรับประทานยา Phenytoin (Dilantin) 50 mg ครั้งละ 2 เม็ด เช้า-กลางวัน-เย็น หลังอาหาร) หลังปรับยาไม่มีชักเพิ่มอีก เน้นย้ำเมื่อมีอาการฉุกเฉินให้ติดต่อเบอร์โทร

1669 ปัญหานี้ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 24 สิงหาคม 2565

เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เกษัชกร พนภรรยาและผู้ดูแลรับจ้าง ผู้ป่วยติดเตียง ADL เท่ากับ 2 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/62 มิลลิเมตรปรอท On Tracheostomy Tube หายใจ room air O2 Sat 100 % ฟังปอดไม่มีเสียงเสมหะ ทั้งสองข้าง ไอจามเสมหะออกเองได้ เสมหะสีขาว On condom ปัสสาวะสีเหลืองใส ออกวันละ 1,500 มิลลิกรัม แผลกดทับที่ก้นกบมีขนาดเล็กลง ขนาด 5x6 เซนติเมตร แผลกดทับที่สะโพก มีขนาด 2x3 เซนติเมตร ยัง On NG-tube เริ่มดูดน้ำจากหลอดได้ครั้งละ 5-10 มิลลิกรัม บางวันผู้ดูแลลองป้อนโจ๊กให้ รับประทานได้ ไม่ล้าลึกลับ เริ่มอ้วน หน้าตาสดใส ตามไม่พุด แต่ได้ตอบได้โดยการกระพริบตา มือข้างขวามีแรงบีบนิ้วมือเข้าหน้าที่ ข้อติดที่ขายืดออกได้มากขึ้น แต่ยืดได้เล็กน้อย ไม่สุด ไม่สามารถเดินได้ ใช้มือจับช้อนทานอาหารได้เอง แต่ช้า ลูกนั่งบนเตียงได้แต่ต้องมีคนช่วย นั่งได้ไม่นานแปร่งพินได้แต่ไม่สะดวก จากการลงเยี่ยมปัญหาที่ยังคงได้รับการติดตาม ดังนี้ มีโอกาสภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีโอกาสติดเชื้อแผลกดทับที่ก้นกบและสะโพก มีภาวะข้อติด ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลอาการเจ็บป่วย เมื่อมาอยู่บ้าน มีโอกาสชักเกร็ง จากการลงเยี่ยมติดตามประเมินข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 6 ข้อ คือ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. มีโอกาสภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมทางการพยาบาล (เดิม)

การประเมินผล

ไม่พบภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ไม่พบอาการหอบเหนื่อย และไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด Oxygen saturation อยู่ช่วง 98-100 % ผู้ป่วยไอนานๆ ครั้ง เสมหะหลุดออกมาเองได้ เสมหะไม่เหนียวข้น ***ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมทางการพยาบาล (เดิม)

การประเมินผล

ไม่พบการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ อุณหภูมิช่วง 36.3 องศาเซลเซียส ปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน *** ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. มีโอกาสติดเชื้อแผลกดทับที่ก้นกบและสะโพก

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมทางการพยาบาล (เดิม)

การประเมินผล

แผลกดทับที่ก้นกบมีขนาดเล็กน้อย ขนาด 5x6 เซนติเมตร แผลกดทับที่สะโพก มีขนาด 2x3 เซนติเมตร ประเมินการหายของแผลโดยใช้ PUSH Tool Version 3 แผลกดทับที่ก้นกบ ได้คะแนนรวมเท่ากับ 10 แผลกดทับบริเวณสะโพกทั้ง 2 ได้คะแนนรวมเท่ากับ 7 พบแผลกดทับไม่เพิ่มขนาดความรุนแรง มีแนวโน้มการหายของแผลที่ดีขึ้น ***ปัญหายังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. มีภาวะข้อติด

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมทางการพยาบาล (เดิม)

การประเมินผล

ผู้ป่วยเริ่มฝึกใช้มือหยิบช้อนตักข้าวรับประทานเองได้บ้าง แต่ไม่ถนัด มีข้าวหกอยู่บ้าง เริ่มฝึกแปรงฟัน แปรงได้ไม่สะอาด ผู้ป่วยติดเตียง ADL เท่ากับ 2 ปัญหายังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8. ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลอาการเจ็บป่วยเมื่อมาอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมทางการพยาบาล (เดิม)

การประเมินผล

จากการประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด STs ได้คะแนนเท่ากับ 7 ความเครียดปานกลาง หลังให้คำแนะนำและติดตามประเมินผลซ้ำได้คะแนนเท่ากับ 4 ความเครียดน้อย *** ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9. มีโอกาสชักซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมทางการพยาบาล (เดิม)

การประเมินผล

ไม่พบภาวะชักซ้ำ เนื่องจากได้รับยากันชัก (Dilantin 50 mg) ทุกมื้อ ตามแผนการรักษาของแพทย์ *** ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 44 ปี ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการปากเบี้ยวข้างซ้าย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดช้าลง พูดไม่ชัด บ่นปวดศีรษะ ไม่มีอาการชักเกร็ง แพทย์วินิจฉัย Acute SDH at right frontal and bilateral temporal region ,Acute IVH at right lateral ventricle ,Acute SAH along bilateral cerebral sulci, basal cistern, bilateral sylvian cisterns ให้นอนโรงพยาบาลทำผ่าตัด Craniotomy with remove blood clot ขณะรักษาในโรงพยาบาลพบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีแผลกดทับ มีภาวะข้อติดแข็ง แพทย์รักษาสภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนทุเลาลง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2565 รวมนอนโรงพยาบาล 72 วัน

รับส่งต่อดูแลจากศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน Smart COC โรงพยาบาลพุทธโสธร มีภาวะติดเตียง (Bed ridden) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ ลืมตาได้เอง ไม่ทำตามสั่ง ไม่พูด Motor power แขนขวาระดับ 3 ขยับยกได้ปกติ แขนซ้ายระดับ 2 ยกแขนขึ้นได้ระดับศอก มือซ้ายกำมือได้ไม่สุด ขาทั้งสองข้างข้อติดแข็งระดับ 4 On NG- tube ,On Foley,s catheter, On tracheostomy มีแผลกดทับขนาดใหญ่ที่ก้นกบระดับ 3 แผลกดทับสะโพกทั้งสองข้างระดับ 2 ส่งต่อให้ติดตามอาการผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวต่อเนื่องที่บ้าน ในเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วย การดูแลภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง ในวันที่ 2 เมษายน 2565 วันที่ 17 มิถุนายน 2565 และวันที่ 24 สิงหาคม 2565 รวมอยู่ในความดูแลทั้งสิ้น 145 วัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ญาติและผู้ดูแลพร่องความรู้และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. มีโอกาสภาวะทางเดินหายใจอุดตัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. มีโอกาสติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. มีโอกาสติดเชื้อแผลกดทับที่ก้นกบและสะโพก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. มีภาวะข้อติด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7. มีโอกาสขาดสารน้ำและอาหาร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8. ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลเมื่อกลับมาอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9. มีโอกาสชักซ้ำ

ในการเยี่ยมบ้านได้มีการประเมินปัญหาเดิมและค้นหาปัญหาใหม่ พร้อมให้คำแนะนำในการดูแล เพิ่มช่องทางการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์ ไม่พบการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ ผู้ป่วย On Foley,s catheter ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่พบการติดเชื้อ สามารถเปลี่ยนเป็น On condom ได้ แผลกดทับที่ก้นกบในระยะแรกมีเนื้อตายสีดำ ได้ตัดแต่งบาดแผลให้ ส่วนแผลกดทับที่สะโพกแดงดี หลังให้คำแนะนำแผลทั้งสองที่ไม่พบการติดเชื้อ ไม่มีเนื้อตายแผลแดงดี ประเมินการหายใจของแผลโดยใช้ PUSH Tool Version 3 พบว่าคะแนนการหายใจของแผลดีขึ้นเป็นลำดับ ไม่พบการขาดสารน้ำและอาหาร ผู้ป่วยรับอาหารทาง NG-tube ได้ทุกมื้อๆ ละ 300-350 มิลลิลิตร จนกระทั่งเริ่มฝึกการกลืนสามารถจิบน้ำได้และรับประทานอาหารได้ ส่วนเรื่องความเครียดของญาติจากการประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด STs ได้คะแนนเท่ากับ 7 ความเครียดปานกลาง หลังให้คำแนะนำและติดตามประเมินผลซ้ำได้คะแนนเท่ากับ 4 ความเครียดน้อย ไม่พบภาวะชักซ้ำ เนื่องจากได้รับยากันชัก (Dilantin 50 mg) ทุกมื้อ ตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ยังได้ประสานภาคีเครือข่ายในชุมชนคือ อสม. วัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนธนาคารความดี ร่วมให้การช่วยเหลือจนปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแล สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ (Self management) ปัญหาที่ยังคงอยู่จากการให้การดูแลคือภาวะติดเตียงและมีความพิการซึ่งแพทย์ได้ออกใบรับรองความพิการเพื่อนำไปขึ้นทะเบียนขอรับสิทธิเบี้ยความพิการต่อไป

ญาติวางแผนจะย้ายกลับไปอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรีเนื่องจากมีบ้านอยู่ที่นั่นและมีญาติอยู่หลายคนที่จะมาช่วยดูแล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงออกใบรับรองความพิการทางการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วย เพื่อไปขึ้นทะเบียนที่จังหวัดกาญจนบุรีต่อไป จากการให้การพยาบาลปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขไปหลายปัญหา ยังคงเหลือปัญหาด้านการกลืนที่ยัง On NG-tube ซึ่งวางแผนจะถอดออกในอีก 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยกำลังฝึกในเรื่องการกลืนอาหารและน้ำ และท่อหลอดลมคอ tracheostomy tube ซึ่งแพทย์ที่โรงพยาบาลวางแผนจะเย็บปิดในอีก 1 เดือน และแผลกดทับที่มีขนาดเล็กลง พยาบาลจึงเขียนใบส่งตัวให้ผู้ดูแลนำไปยื่นสถานบริการใกล้บ้านต่อไป

2 เดือนหลังจำหน่าย ผู้ดูแลแจ้งว่าผู้ป่วยส่งมาให้อูพบว่าถอดสาย NG-tube รับประทานอาหารเองได้ และวางแผนเย็บปิดท่อหลอดลมคอ tracheostomy tube เมื่ออาการดีขึ้น แผลกดทับที่ก้นกบ มีขนาด 2x2 เซนติเมตร แผลกดทับที่สะโพกแห้งดีผู้ป่วย หน้าตาสดใส รูปร่างอ้วนขึ้น ยิ้ม แต่

ไม่พูด กระพริบตาแสดงการรับรู้ ยังคงหลงเหลือความพิการไม่สามารถเดินได้

การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะติดเตียงที่บ้าน สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. เป็นคู่มือในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะติดเตียงที่บ้าน

ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ญาติขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ญาติไม่สามารถจำทุกอย่างที่ทีมบุคลากรสอนได้ เพราะเวลาไปเยี่ยมจะมีบุคลากรไปกันเป็นทีม ทุกคนจะพูดเรื่องของตัวเอง ทำให้ต้องใช้แอปพลิเคชันไลน์หรือโทรศัพท์สอบถามพยาบาลเป็นระยะๆ ในช่วงเวลาที่มีปัญหาหรือข้อสงสัย

2. ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมอง สมองขาดเลือดเรื้อรังส่งผลต่อความพิการที่ยังคงอยู่ ทำให้อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นโดยสมบูรณ์ ดังนั้นการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้คล้ายกับโรงพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) จึงมีความสำคัญที่ต้องเตรียมบ้านให้มีความพร้อมโดยร่วมกันระหว่างญาติและทีมสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษา ให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียง ลดความความแออัด

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ญาติขาดความรู้ญาติขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

2. อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ญาติยืมไปใช้ที่บ้าน ยังจำนวนจำกัด อุปกรณ์บางอย่างต้องรอผู้ป่วยรายอื่นนำมาคืนถึงจะมีให้ยืมได้ เช่น ที่นอนลม

3. วัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในการทำแผล ดูดเสมหะ สายสวนปัสสาวะ มีสนับสนุนไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้วัสดุเหล่านี้เป็นจำนวนมาก การเบิกวัสดุเหล่านี้ต้องเบิกตามกำหนด ไม่สามารถเบิกได้ทุกวัน

4. แหล่งสนับสนุนด้านทรัพยากรยังมีจำกัด

5. ขาดการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนที่เป็นระบบ เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา ในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ใช้ทักษะความถนัดของแต่ละวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ครอบคลุมต่อเนื่อง เช่น ทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อนบ้าน วัด และกองทุนธนาคารความดี

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้

ป่วย โดยใช้บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ในการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ มาจัดทำแผนการแก้ไขปัญหายาสุขภาพ จนกระทั่งเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพและจัดการกับปัญหาของตนเอง (Self Management) และสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่สภาพ

2. การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างเพียงพอ เพิ่มช่องทางการช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ ทรัพยากรสิ้นเปลือง เช่น เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ก๊อช สำลี อุปกรณ์ทำแผล เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว โดยจัดทำแผนการเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์ล่วงหน้าจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีระบบการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือการสนับสนุนจากแหล่งทุนทางสังคมในชุมชน

3. ส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการดูแลผู้ป่วย และการสร้างกลุ่มเครือข่ายผู้ป่วย เพื่อใช้ในการติดตามอาการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. ควรมีการลงนามความร่วมมือภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา โดยทำงานร่วมกันเป็นทีมสุขภาพ นอกเหนือจากหน่วยงานสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเพื่อป้องกันภาวะ เลือดออกในสมองรุนแรงโดยใช้ระบบสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต. วารสารโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 4(2), 40-54.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). รูปแบบในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแล. กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิชย์.
- มณฑา สอนดา.(2563). กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ สุขภาพ, 13(2), 327-333.
- มาฆะ กิตติธรรกุล. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารโรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32(2), 173-188.
- รัตน มาศเกษม. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัว. ใน สุปรานี เสนาธิสัย, วรรณภา ประไพพานิช (บ.ก.), การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 12). (น.471-483). กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.

- วรรณิ์ บุญศิริ. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีภาวะติดเชื้อในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2(2), 69-82.
- วรรณิ์ ประสารอริคม. (2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care). สืบค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2566, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf>
- ศศิธร วัคศรี.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(1), 185-197.
- สาคร จรูญฉาย. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(1), 146-156
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2554). การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (HHC). สืบค้นเมื่อ 7 สิงหาคม 2566 จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/HHC.pdf>
- สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. ปทุมธานี: สือตะวัน.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2566). คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). สืบค้นเมื่อ 7 สิงหาคม 2566 จาก <http://www.cco.moph.go.th/cc024/index2.html>
- อภิยา อุทุมพานนท์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังส่วนคอมีภาวะลมชักจากโรคพิษสุราเรื้อรังและแผลกดทับขนาดใหญ่ติดเชื้อดื้อยาที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร 37(2), 83-96.
- อรุณี เสงยศมาก และวิจิตรา กุสมภ์. (2560). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท. ใน วิจิตรา กุสมภ์ (บ.ก.), พยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 6). (น.259-282). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.
- อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์, ไพรวลัย พรหมที, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, และอรไท โพธิ์ไชยแสน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(3), 126-138.
- อำพร มะลิวัลย์. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(1), 93-107.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017), Traumatic brain injury & concussion. Retriever 10 May 2023, form <http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/data/index.html/>.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง โดยวิธีให้าระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

อรัญญา ต่วนญา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

โรคนิ่วในไต เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือสูงกว่าภาคอื่นๆ ร้อยละ 15 - 16.9 ภายใน 2 ปีเกิดซ้ำสูงถึงร้อยละ 39 และเกิดซ้ำร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี (Alelign&Petros, 2018)

โรคนิ่วในไตที่มีก้อนขนาดใหญ่ การรักษา มักจะซับซ้อนด้วยการผ่าตัดแบบเปิด มีผลข้างเคียงในการผ่าตัดสูง ในปัจจุบันการผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy: PCNL) เข้ามามีบทบาทแทนที่การผ่าตัดรักษาโรคนิ่วในไตแบบเปิด และได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานหลัก (Gold Standard) ในการรักษาสำหรับนิ่วในไตที่มีขนาดใหญ่และซับซ้อน

วิสัยทัศน์พยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับภาระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy: PCNL) สำหรับในโรงพยาบาลพุทธโสธรเริ่มทำผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (PCNL) ในปี พ.ศ. 2545 และมีแนวโน้มมากขึ้น จากสถิติของโรงพยาบาลพุทธโสธรพบว่าในปี 2563 - 2565 มีผู้ป่วยทำผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (PCNL) จำนวน 33, 46 และ 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 35, 69 และ 74 ตามลำดับ

นิ่วในไต หมายถึง ก้อนนิ่วที่เกิดในไตเกิดจากการตกตะกอนของแคลเซียมออกซาเลตและแคลเซียมฟอสเฟตในปัสสาวะอาจเป็นก้อนหินแข็งก้อนเดียวหรือหลายก้อนอยู่ในกรวยไตหรือมีก้างกันอื่น เข้าไปมากกว่า 1 เกริก เรียกว่านิ่วเขากวางหรือ Staghorn stone

ชนิดของนิ่ว

1. นิ่วชนิดแคลเซียมที่พบบ่อยคือนิ่วที่เกิดจากแคลเซียมออกซาเลต ร้อยละ 60 เกิดจากแคลเซียมไฮดรอกซิอะพาทาइट ร้อยละ 20 เกิดจากแคลเซียมบรซไฮด์ ร้อยละ 2
2. นิ่วชนิดไม่ใช่แคลเซียมที่พบบ่อยคือนิ่วที่เกิดจากยูริก แอซิดร้อยละ 7 เกิดจากสตรูไวท์ร้อยละ 7 เกิดจากซิสเทอีน ร้อยละ 1 - 3 ส่วนนิ่วที่เกิดจากซิลิกาพบได้น้อยมาก

สาเหตุ

1. การมีปัสสาวะขังอยู่
2. การติดเชื้อ
3. ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นจากสาเหตุ ดื่มน้ำน้อย เสียน้ำไปทางอื่น รับประทานอาหารบางอย่างมากเกินไป ต่อมาพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไป โรคเก๊าท์
4. ภาวะพร่องวิตามินเอ
5. การเปลี่ยนแปลงภาวะกรดด่างของปัสสาวะ
6. สิ่งแปลกปลอมโดยการนำใส่เข้าไปเช่นสายสวนปัสสาวะค้างไว้ ลิ่มเลือด ก้อนหนอง เป็นต้น
7. เพศ พบว่า เพศชายเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้บ่อยกว่าเพศหญิง
8. อายุ ประเทศไทย เด็กเป็นนิ่วกระเพาะปัสสาวะมากกว่าในไต
9. ขาดสารออร์โทฟอสเฟต

อาการและอาการแสดง

1. อาการปวดตื้อบริเวณบั้นเอวด้านหลัง อาจร้าวลงขาหนีบ ไซ้ ปัสสาวะมีเลือดปนกะปริดกะปรอย มีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง คือ ปัสสาวะบ่อย แสบขัดขณะปัสสาวะ
2. บางคนไม่พบอาการ แต่ตรวจพบโดยการตรวจรังสีวิทยา
3. อาการไตวาย

ภาวะแทรกซ้อน

1. ภาวะไตบวมน้ำ
2. ความดันโลหิตสูง
3. ไตวาย จากการอักเสบ และการติดเชื้อ

การตรวจวินิจฉัย

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย
2. การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ
3. การทำอัลตราซาวด์ (Ultrasound)
4. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography: CT Scan)
5. การตรวจโดยการถ่ายภาพรังสีธรรมดา (Plan KUB System)
6. การตรวจด้วย Intravenous pyelography (IVP) โดย

การฉีดสารทึบแสงเข้าไปในกระแสน้ำเพื่อให้ออกทางไต แล้วทำการเอ็กซเรย์เป็นระยะ

การรักษา

1. แบบประคับประคอง (Conservative Treatment)
2. ทำผ่าตัด (Operative Treatment)
3. ใช้ยาละลายนิ่ว (Suby,s Solution)
4. การสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave

Lithotripsy หรือ ESWL)

5. การผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy: PCNL)

การผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy: PCNL) เป็นวิธีเจาะรูเล็กๆ ขนาดนิ้วชี้ ทะลุจากผิวหนังเข้าไปในกรวยไต และใช้กล้องส่องตามเข้าไปจนพบก้อนนิ่ว จากนั้นจะใช้เครื่องมือเข้าไปกร่อนให้แตกออกเป็นชิ้นเล็กๆ และดูดหรือคีบนิ่วออกมา การรักษาโดยวิธี PCNL นี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากแผลเจาะมีขนาดเล็ก 1 - 2 เซนติเมตร เทียบกับบาดแผลผ่าตัดเปิดที่มีขนาดยาว 15 - 20 เซนติเมตร อาการเจ็บแผลจะน้อยกว่า และกลับบ้านได้เร็วภายใน 3 - 5 วันหลังผ่าตัด สามารถฟื้นตัวกลับไปทำงานได้เร็วกว่าเดิมมาก

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (PCNL)

1. นิ่วที่มีขนาดใหญ่ซึ่งไม่เหมาะที่จะรักษาโดยวิธีสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock-Wave Lithotomy: ESWL) เช่น นิ่วในไตมีขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร หรือนิ่วชนิดเขากวาง (Staghorn Calculi)
2. นิ่วที่บริเวณ Calyx ส่วนล่าง (Lower Calyceal Calculi) ที่มีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร เนื่องจากพบว่าการรักษาด้วยวิธีสลายนิ่ว (ESWL) ได้ผลไม่ดี
3. นิ่วที่เกิดร่วมกับความผิดปกติของไตและทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วที่เกิดร่วมกับภาวะอุดตันบริเวณ รอยต่อระหว่างกรวยไตกับท่อไต (Ureteropelvic Junction Obstruction)
4. นิ่วที่ผ่านการรักษาโดยวิธีสลายนิ่ว (ESWL) แล้วไม่ได้ผล
5. ผู้ป่วยที่อ้วนมากซึ่งประเมินแล้วว่า การรักษาโดยวิธีสลายนิ่ว (ESWL) จะได้ผลไม่ค่อยดี
6. นิ่วชนิด Cystine (Cystine Calculi) ที่มีขนาดใหญ่กว่า 1.5 เซนติเมตร เนื่องจากนิ่วชนิดนี้รักษาโดยวิธีสลายนิ่ว (ESWL) จะไม่ค่อยได้ผล

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy: PCNL) ได้แก่

1. การสูญเสียเลือด การบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในช่องท้อง การบาดเจ็บต่อช่องปอด

2. ไช้และภาวะติดเชื้อเข้ากระแสเลือด

3. ไตสูญเสียการทำงาน

4. เสียชีวิต พบน้อยมากส่วนใหญ่เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นก่อนการผ่าตัด

การเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึก ทำผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (PCNL) โดยใช้การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia) เนื่องจากสามารถทำผ่าตัดได้นาน และในกรณีผู้ป่วยนอนคว่ำ สามารถช่วยเรื่องการหายใจของผู้ป่วยได้ดี

การพยาบาล

การพยาบาลวิสัญญีโดยทั่วไป (บุศรา ศิริวันสามัคคี, 2563) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
 - ตรวจเยี่ยมเพื่อทำการประเมินข้อมูลสุขภาพประวัติการเจ็บป่วยต่างๆ
 - การตรวจร่างกายเบื้องต้นเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ
 - เตรียมความพร้อมและวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกและพูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด
2. ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก
 - การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) เพื่อให้ผู้ป่วยหลับและไม่รู้สึกตัวขณะผ่าตัด ไม่มีความเจ็บปวดระหว่างการผ่าตัด แพทย์สามารถทำผ่าตัดได้อย่างสะดวกและราบรื่น
 - การจัดท่าสำหรับการผ่าตัด
 - การเฝ้าระวัง (Monitoring)
 - การรักษาระดับการให้ยาระงับความรู้สึก (Maintenance of Anesthesia)
 - การฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (Emergence) เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด
3. ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก
 - การพยาบาลในห้องพักฟื้น เมื่อเสร็จผ่าตัดผู้ป่วยฟื้นจากยาหลับ
 - การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย
 - การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังได้รับการระงับความรู้สึกใน 24 ชั่วโมงแรก และการระงับปวดที่ต้องได้รับยาลดปวดในปริมาณที่เหมาะสมและไม่เกิดผลข้างเคียง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย สัญชาติฟิลิปปินส์ อายุ 56 ปี น้ำหนัก 84 กิโลกรัม สูง 159 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 33.2 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธโสธร วันที่ 5 ตุลาคม 2565 ด้วย ปัสสาวะลำบากอาการปวดหลังมาก จึงมาพบแพทย์

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปัสสาวะลำบากอาการปวดหลังมาก 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ปวดหลัง 1 ปี ตรวจพบนิ่วในไต แพทย์นัดผ่าตัดแล้วไม่มาตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง 5 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ

ผล KUB ตรวจพบนิ่วในไต

ผลตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) ผลปกติ

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผลปกติ

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

แพทย์รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 5 ตุลาคม 2565 เวลา 9:00 นาฬิกา ที่หอผู้ป่วยสมเด็จย่าชั้น 3 ให้ประวัติว่ามีอาการปวดหลัง ปัสสาวะลำบากจึงมาพบแพทย์ เคยตรวจพบตรวจ KUB พบนิ่วในไต เมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหนาวสั่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจปัสสาวะพบว่ามี Red Blood cell Urine 20 - 30 cell แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในไต นัดทำผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (Percutaneous-Nephrolithotomy: PCNL) โดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ในวันที่ 6 ตุลาคม 2565 เวลา 9:00 นาฬิกา โดยให้ 5%D/N/2 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง และให้ยา Ativan 1 mg ก่อนนอน งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนยกเว้น Bewel 300 mg 1 เม็ดรับประทานทางปาก เช้าวันผ่าตัด เตรียมเลือด (Pack red cell) 1 ยูนิต พร้อมใช้สำหรับการผ่าตัด และเตรียมยาปฏิชีวนะ Cravit 500 มิลลิกรัม

เวลา 13:00 นาฬิกา วิสัญญีพยาบาลตรวจเยี่ยมและประเมินอาการผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินปัญหาความต้องการ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตรวจสอบทางเดินหายใจ ประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ รูปร่างลักษณะทั่วไปประเมินความเสี่ยงจากการให้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ปกติ มีอาการปวดหลังร้าวลงบริเวณอวัยวะ ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 97 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส ประเมินทางเดินหายใจส่วนบน ผู้ป่วยคอตัน น้ำหนักเกินมาตรฐาน มีภาวะโรคอ้วนระดับ 2 ตรวจ Modified Mallampati class 1 รายงานวิสัญญีแพทย์ทราบ เลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยให้เตรียมหมอนสูงและผ้าสำหรับหนุนใต้ไหล่สำหรับจัดท่าเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอ้วน ผู้ป่วยรายนี้ประเมินประเมินความเสี่ยงสูงระดับ 3 ตาม

The American Society of Anesthesiologists Classification จากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วนระดับ 2 เน้นการดูแลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของคอและกระดูกสันหลังจากการจัดท่าคว่ำ ดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด เช่น การสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด และอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด เป็นต้น

ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก

วันที่ 6 ตุลาคม 2565 วิสัญญีพยาบาลเตรียมอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ก่อนเริ่มผ่าตัดทำการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพแรกรับความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 97 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ภายหลังทำ Surgical Safety Checklist เวลา 10.25 น. ดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยยานาสลบ Propofol ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับยาคุมสลบชนิดสูดดมชนิด Sevoflurane เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะโรคอ้วนระดับ 2 แหวนคอได้น้อย มีภาวะเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เมื่อผู้ป่วยหลับทำการทดสอบช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากช่วยหายใจได้ดี จึงให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Succinylcholine ทางหลอดเลือดดำ เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ควบคุมยาสลบด้วยเทคนิคแบบผสมผสาน (Balance technique) ทีมผ่าตัดจัดทำสำหรับการผ่าตัด จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนท่าขาห้อย (Lithotomy position) เพื่อให้ศัลยแพทย์ใส่เครื่องมือทางและเตรียมจัดท่าผู้ป่วยเป็นท่าคว่ำ (Prone position) เพื่อทำการผ่าตัด โดยวิสัญญีใช้ท่อนแขนทั้ง 2 ข้างประคองช่วงลำคอเพื่อป้องกันอันตรายของกระดูกสันหลังบริเวณคอ ทีมผ่าตัดพลิกตัวคว่ำพร้อมกัน ใช้หมอนเจลรองที่ศีรษะให้คออยู่แนวเดียวกับกระดูกสันหลัง ระวางการกดทับ ตา หู จมูก ปาก จากอุปกรณ์รองศีรษะ รองหมอนเจลบริเวณหน้าอกและกระดูกเชิงกราน ระวางไม่ให้ท้องถูกกดทับ ใช้ผ้ารองข้อศอกและเข่า งอเข่าเล็กน้อยใช้หมอนหนุนรองปลายเท้ากางแขนขึ้นเหนือศีรษะไม่เกิน 90 องศา ฟิงกอดทั้ง 2 ข้างอีกครั้ง เฝ้ารอสัญญาณชีพ และบันทึก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออกทุก 5 นาที วัดอุณหภูมิและบันทึกทุก 15 นาที และบันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกและทดแทนสารน้ำและเลือดตามที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดทุก 1 ชั่วโมง ระหว่างผ่าตัด ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 120/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 - 90 ครั้งต่อนาที ค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออกอยู่ในช่วง 35 - 40 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกายระหว่างผ่าตัด 36.5 - 37.0 องศาเซลเซียส Air Way Pressure 24 - 31 เซนติเมตรน้ำ ดูแลการให้สารน้ำ NSS 400 มิลลิตรในชั่วโมงแรกและ 50

มิลลิลิตรในชั่วโมงที่ 2 เพื่อระวังการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และอาการผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินสารน้ำที่ใช้ส่วนล่างขณะผ่าตัดเป็นระยะ ทั้งปริมาณสารน้ำเข้า - ออก และสีของน้ำที่ออกมา พบว่าน้ำเป็นสีแดงจาง ๆ ประมาณ 50 มิลลิลิตร ลงบันทึกในแบบฟอร์มการให้ยา ระวังความรู้สึก เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดปิดยาดมสลบ เปิดออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ 6 ลิตรต่อนาที ประเมินการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิตและระดับความรู้สึกตัว เมื่อผู้ป่วยเริ่มหายใจ แก่ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Cisatracurium ได้แก่ ยา Neostigmine 2.5 มิลลิกรัม ร่วมกับ Atropine 1.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เป็นผลให้กล้ามเนื้อกลับหดตัวได้ดี คุณสมณะ น้ำลายในท่อช่วยหายใจและในปาก เมื่อผู้ป่วยตื่น ลิ้มตา อ้าปาก หายใจเองได้ดีพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ เวลา 13.30 น. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนผ่าน หน้ากากช่วยหายใจ (Mask Ventilation) ต่อเนื่องนาน 5 นาที จึงส่งผู้ป่วยมาดูแล ต่อเนื่องที่ห้องพักฟื้น ขณะเคลื่อนย้าย ให้ออกซิเจนแบบมีถุงลม (Oxygen mask with bag) 8 ลิตร 9 ต่อนาที ส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องให้พยาบาลห้องพักฟื้น

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ดูแลให้ออกซิเจนผ่านหน้ากากออกซิเจนแบบมีถุงลม 8 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ NSS 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลแผลผ่าตัด สายสวนปัสสาวะ บันทึกอาการและสัญญาณชีพในใบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด (Post anesthetic record: PAR Score) พบว่ามีอาการปวด pain score 7 ดูแลให้ Morphine 3 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดดำ รวมเวลาการพยาบาลในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง เมื่อประเมินคะแนน PAR Score เท่ากับ 10 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/90 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 62 - 80 ครั้งต่อนาที pain score เท่ากับ 2 ส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 4 ชม. 50 นาที

วันที่ 7 ตุลาคม 2565 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก มีอาการปวดแผลผ่าตัดได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการทุเลาลง

ผู้ศึกษานำการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้การพยาบาล สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีโอกาสเกิดภาวะพร่อง

ออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. มีโอกาสเกิดบาดเจ็บของเส้นประสาท ข้อต่อของแขน ไหล่ จากการจัดทำ

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. มีโอกาสเกิดทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7. ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายความวิตกกังวล ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. สามารถอธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้คร่าวๆ
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. เชิญผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพร้อมทั้งแนะนำตัว และวัตถุประสงค์การเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และสร้างความมั่นใจตลอดจนความรู้สึกปลอดภัย ด้วยทำที่อบอุ่นและยอมรับความเป็นบุคคล
2. ประเมินพื้นฐานความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการกำหนดแผนการให้ความรู้ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือ
4. อธิบายเกี่ยวกับโรค วิธีการผ่าตัดที่จะได้รับตลอดถึงวิธีและผลของยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับ ด้วยคำพูดที่ชัดเจน
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย หรือพูดระบายความรู้สึกกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น
6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตัวต่อการผ่าตัดถูกต้องตามแผนการรักษา คือ

- การงดน้ำและอาหารทุกชนิด ตั้งแต่เที่ยงคืนก่อนการผ่าตัด เพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ (Aspirate pneumonia) เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

- ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปและการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อและหลังผ่าตัด
- ถอดเครื่องประดับและของมีค่าทุกชนิด รวมทั้งอุปกรณ์ที่เป็นสื่อไฟฟ้าออก เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส นอนหลับพักผ่อนได้ มีความวิตกกังวลลดลง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ยาระงับความรู้สึก

ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะโรคอ้วน
2. มีการจัดทำ นอนคว่ำขณะให้ยาระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการขาดออกซิเจน ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
2. สังเกตสีของเล็บ ริมฝีปาก ปลายมือ เท้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ฟังปอดหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ และเมื่อเปลี่ยนท่าของผู้ป่วยขณะผ่าตัด ยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง
2. ระวังไม่ให้เกิดการหักพับงอ/เลื้อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
3. สังเกตสีผิว ปลายมือ เล็บ
4. เฝ้าระวังติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดง ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออก (EtCO₂) และค่าแรงดันในทางเดินหายใจส่วนต้น (Airway Pressure) และลงบันทึกรายงาน

การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออกอยู่ในช่วง 35 - 40 มิลลิเมตรปรอท Airway Pressure 24 - 31 เซนติเมตรน้ำ
2. สีเล็บมือ ริมฝีปาก ปลายมือ เท้า ไม่ซีดเขียว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน บริเวณที่ทำการผ่าตัดใส่กล้องเข้าไปใต้ซึ่ง

เป็นอวัยวะที่มีเส้นเลือดขนาดใหญ่มาเลี้ยง

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีการสูญเสียเลือดไม่เกิน 1 ลิตร
2. ความดันโลหิต ไม่ต่ำกว่า 120/70 มิลลิเมตรปรอท
3. ค่าเปอร์เซ็นต์ของเม็ดเลือดแดง (Hb.) ไม่ต่ำกว่า 10

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5 นาที หรือน้อยกว่าเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยงต่อชีวิต เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์
2. ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิดเมื่อพบผิดปกติ เช่น ถ้าชีพจรเร็วอาจเป็นภาวะการพร่องน้ำหรือพร่องเลือด
3. ติดตามการผ่าตัดอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินการเสียเลือดจากการคำนวณการเสียเลือดของผู้ป่วยสามารถเสียเลือดได้ 1 ลิตร
4. ตรวจค่าความเข้มข้นของเลือดเพื่อประเมินภาวะโลหิตจางเวลา 15.00 นาฬิกา ตรวจค่าความเข้มข้นเลือดเท่ากับ 14.1 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
5. ให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ โดยคำนวณตามสูตรของ Holliday & Segar และ Third space losses ตลอดการผ่าตัดให้สารน้ำ NSS 540 มิลลิลิตร
6. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ให้ทดแทน การเสียเลือดและปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
7. บันทึกปริมาณปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง ปริมาณปัสสาวะออกระหว่างผ่าตัด 100 มิลลิลิตร 9 ต่อชั่วโมง
8. บันทึกอุณหภูมิร่างกาย (Temperature) ขณะผ่าตัดและประเมินทุก 15 นาที อุณหภูมิร่างกายปกติควรอยู่ระหว่าง 35.4 - 37.4 องศาเซลเซียส
9. รายงานวิสัญญีแพทย์/ศัลยแพทย์ เมื่อพบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด สูญเสียเลือดจากการผ่าตัดประมาณ 50 มิลลิลิตร
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจสม่ำเสมอ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/70 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 - 100 ครั้งต่อนาที
3. ค่าความเข้มข้นของเลือดไม่ต่ำกว่า (Hemoglobin: Hb) 10 มิลลิกรัม
4. จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง ไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร
5. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5 - 37.0 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. การผ่าตัดมีการสวนล้างด้วย 0.9% NSS ทำให้อวัยวะสูญเสียความร้อนได้

2. ในระหว่างผ่าตัดอุณหภูมิกายผู้ป่วย อยู่ในช่วง 18 – 20 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย ควรอยู่ระหว่าง 35.4 – 37.4 องศาเซลเซียสและความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดง (SpO₂) 95 – 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิตช่วง 120/60 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรช่วง 90 – 100 ครั้งต่อนาที

2. สัมผัสตัวผู้ป่วยอุ่น ไม่มีอาการหนาวสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติ เปิดผิวยางกายเท่าที่จำเป็น บริเวณที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดดูแลห่มผ้าห่มลมร้อนในอุณหภูมิเหมาะสม

2. การให้สารน้ำ NSS ที่ผ่านเครื่องอุ่นสารน้ำที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส

3. ปิดเครื่องปรับอากาศก่อนเสร็จผ่าตัดอย่างน้อย 10 นาที

4. ดูแลเช็ดร่างกายผู้ป่วยให้แห้งสะอาดและแต่งตัวใส่เสื้อผ้าให้เรียบร้อย

5. เฝ้าระวังดูแลบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 15 นาที

การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 – 37.0 องศาเซลเซียสและความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดง (SpO₂) 95 – 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิตช่วง 120/60 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรช่วง 90-100 ครั้งต่อนาที

2. สัมผัสตัวผู้ป่วยอุ่น ไม่มีอาการหนาวสั่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. มีโอกาสเกิดบาดเจ็บของเส้นประสาท ข้อต่อของแขน ไหล่ จากการจัดทำคว่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. การผ่าตัดมีการจัดทำผู้ป่วย ท่าคว่ำ

2. ผู้ป่วยมีภาวะโรคอ้วนระยะ 2

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากการจัดทำผู้ป่วยขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีการบาดเจ็บของระบบเส้นประสาทจากการจัดทำขณะผ่าตัด

2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ระวังผู้ป่วยใช้มือและท่อนแขนประคองศีรษะ ทิมคว่ำ ๆ ผู้ป่วยให้ไปพร้อมกันเพื่อให้แนวกระดูกสันหลังตรง

2. ระวังตา ข้อต่อ รยางค์ต่างๆไม่ให้ได้รับผลกระทบจากแรงกดทับ

3. ใช้หมอนเจล รองศีรษะให้กอดอยู่แนบเดียวกับกระดูกสันหลัง

4. รองหมอนเจลข้อศอก หน้าอกและกระดูกเชิงกราน ระวังไม่ให้ท้องถูกกดทับ

5. ใช้ผ้ารองข้อศอกและเข่า งอเข่าเล็กน้อยใช้หมอนหนุนรองปลายเท้า

6. กางแขนขึ้นเหนือศีรษะไม่เกิน 90 องศา

7. หลังจากผ่าตัดเสร็จแล้ววิสัญญีใช้มือและท่อนแขนประคองศีรษะ ทิมหงาย ๆ ผู้ป่วยให้ไปพร้อมกันเพื่อให้แนวกระดูกสันหลังตรง

การประเมินผล ไม่พบการบาดเจ็บของศีรษะ กระดูกสันหลัง ตา ข้อต่อ รยางค์ต่างๆ ผู้ป่วยสามารถกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. มีโอกาสเกิดทางเดินหายใจอุดกั้น ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังการระงับความรู้สึกฤทธิ์ยาสลบยั้งค้างอยู่

2. ผู้ป่วยเป็นคนอ้วนอาจมีลิ้นตกและอุดกั้นทางเดินหายใจได้ง่าย

วัตถุประสงค์ เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง หายใจสะดวก ไม่มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจให้ผู้ป่วยหายใจเข้าปอดเต็มที่ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. อัตราการหายใจสม่ำเสมอ

2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

3. ไม่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น เช่น ริมฝีปาก เล็บมือและเท้าเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่านอนราบศีรษะตรง

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับเสมหะหรือน้ำลาย

3. กระตุ้นผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ การหายใจอยู่ในช่วง 18 – 20 ครั้งต่อนาที

2. ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์

3. ไม่มีอาการทางเดินหายใจอุดกั้น เช่น ไม่มีริมฝีปาก เล็บมือและเท้าเขียว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7. ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิตสูงขึ้น 170/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเร็วขึ้น 90 ครั้งต่อนาที

2. สีหน้าบ่งบอกถึงความไม่สุขสบาย

3. ประเมินระดับความเจ็บปวด 7

วัตถุประสงค์ ลดอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด
2. ประเมินระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา
2. จัดทำให้อ่อนท่าศีรษะสูง 30 องศา
3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล
4. ประเมินการปวดและสัญญาณชีพทุก 5 นาที
5. สังเกตอาการข้างเคียงและอาการแพ้ยา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง ประเมินระดับความเจ็บปวดไม่มากกว่า 3
2. ความดันโลหิตลดลง เท่ากับ 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 ครั้งต่อนาที
3. หลับพักผ่อนได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย สัญชาติฟิลิปปินส์ อายุ 56 ปี รูปร่างท้วม มาโรงพยาบาลด้วยอาการปัสสาวะลำบาก ปวดหลังมา 1 วัน ตรวจ KUB พบนิ่วในไต เมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหนาวสั่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจปัสสาวะพบว่ามี Red Blood cell Urine 20 - 30 cell ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปกติ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในไต นัดทำผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy : PCNL) โดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ตรวจเช็มน้ำและประเมินอาการผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ปกติ มีอาการปวดหลังร้าวลงบริเวณอวัยวะ ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 97 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ประเมินทางเดินหายใจส่วนบน ผู้ป่วยคออ่อน น้ำหนักเกินมาตรฐาน มีภาวะโรคอ้วนระดับ 2 ตรวจ Modified Mallampati class 1 รายงานวิสัญญีแพทย์ทราบ เลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยให้เตรียมหมอนสูงและผ้าสำหรับหนุนใต้ไหล่สำหรับจัดท่า เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอ้วน ผู้ป่วยรายนี้ประเมินความเสี่ยงสูงระดับ 3 ตาม The American Society of Anesthesiologists Classification จากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนระดับ 2 เน้นการดูแลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของคอและกระดูกสันหลัง จากการจัดทำท่า จัดท่าป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด เช่น การสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด และอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด เป็นต้น เตรียม

อุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ก่อนเริ่มผ่าตัด ทำการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพ แกร็บความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 97 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ภายหลังทำ Surgical Safety Checklist ดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยยานาสลบ Propofol ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับยาคมนสลบชนิดสูดดมชนิด Sevoflurane เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะโรคอ้วนระดับ 2 แขนงคอได้น้อย มีภาวะเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เมื่อผู้ป่วยหลับ ทดสอบช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากช่วยหายใจได้ดี จึงให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Succinylcholine ทางหลอดเลือดดำ เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ควบคุมยาสลบด้วยเทคนิคแบบผสมผสาน (Balance technique) ทีมผ่าตัดจัดทำสำหรับการผ่าตัด จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนท่าขาห้อย (Lithotomy position) เพื่อให้ศัลยแพทย์ใส่เครื่องมือผ่านทางและเตรียมจัดท่าผู้ป่วยเป็นท่าคว่ำ (Prone position) ผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัด 50 มิลลิกรัม สัญญาณชีพสม่ำเสมอ เมื่อเสร็จผ่าตัด ผู้ป่วยตื่นดี พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ เฝ้ารอต่อที่ห้องพักฟื้น มีอาการปวดแผลผ่าตัด พิจารณาให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดดำ รวมเวลาการพยาบาลในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง เมื่อประเมินคะแนน PAR Score เท่ากับ 10 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/90 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 62 - 80 ครั้งต่อนาที pain score เท่ากับ 2 ส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก มีอาการปวดแผลผ่าตัดได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการทุเลา

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

การทำผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนังเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและภาวะโรคอ้วนระดับ 2 และทำให้ใช้ในการผ่าตัดยังเป็นท่าคว่ำ ซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังในการจัดทำอย่างมากเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนร่วมกันทั้งทีมวิสัญญีและศัลยแพทย์ เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลต้องพัฒนาตนเองทั้งในด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาที่มีวิวัฒนาการเพิ่มมากขึ้น การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้องสอดคล้องกับแผนการรักษา รวมทั้งเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย สามารถวางแผนการระงับความรู้สึก ป้องกัน และแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มความรู้และทักษะการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านไตเนื่องจากการผ่าตัดสามารถทำได้ทั้งท่าคว่ำ ท่าตะแคง
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ส่งเสริม สนับสนุนให้พยาบาลเข้ารับการอบรมฟื้นฟูวิชาการระงับความรู้สึก ความรู้ทางการแพทย์ทางวิสัญญีที่จัดโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์

สรุป

ความสำเร็จของการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัดนิ่วในไตด้วยวิธีเจาะรูผ่านผิวหนัง ต้องได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์ผู้ทำผ่าตัด วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล ให้ความสำคัญตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด วินิจฉัยอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ทันทีที่รวมถึงการสื่อสารและการประสานงานกันภายในทีม มีประโยชน์อย่างมาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดและกลับสู่ภาวะปกติเร็วที่สุด

เอกสารอ้างอิง

โกมทอง ปิตุจาดูรณ์ และวรพจน์ ชุมหกล้าย. (2557). ประสบการณ์เริ่มแรกของโรงพยาบาลราชวิถีในการ ผ่าตัดส่องกล้องเจาะกรอนิ่วในไตในท่านอนหงาย. วารสารยูโร(2), กรกฎาคม - ธันวาคม.

จันทร์ทิรา เจียรณชัย. (2557). คู่มือการเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุรนารี.

บุศรา ศิริวันสามัคคี. (2563). Anesthesia & preoperative care (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร : พี.เอ. ลิฟวิ่ง.

พรรณบุปผา ชูวิเชียร. (2560). Kidney Diseases in the Tropics. กรุงเทพฯ: น้าอักษร.

พลพันธ์ บุญมาก. (2561). การจัดการความเร่งด่วนทางวิสัญญี. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

วรพจน์ ชุมหกล้าย และ อภิรักษ์ สันติงามกุล. (2558). Common Urologic Problems for Medical Student. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

วิจิตรา กุศลภัก และ สุทธิ ทองวิเชียร. (2562). วินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : พีเคเค ฟรินดิง.

ศิริพร ปิติมานะอารี. (2556). การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ในอังกาบ ปราการรัตน์และคณะ, ตำราวิสัญญีวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เอ-พลัสพรีน.

สุรัญชนา เลิศศิริโสภณ. (2560). การดูแลการจัดทำผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการผ่าตัด(positioning)ในวิสัญญีสู่อุบัติเหตุ. กรุงเทพมหานคร. ลักกี้ สตาร์ มีเดีย.

Alelign,T.,& Petros,B. (2018). Kidney stone disease: An update on current cencepts. Advances in Urology. 2018.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท โดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

สมจิต ศุภกิจมงคล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

โรคหมอนรองกระดูกคอเสื่อม (Cervical Spondylotic Myelopathy) นับเป็นอีกหนึ่งโรคของการเจ็บปวดของกระดูกที่พบได้มากในปัจจุบัน เป็นปัญหา 7 ของผู้สูงอายุไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุของการเกิดโรคนี้นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยต้นคอ มีอาการปวดร้าวและชาลงมาถึงไหล่ แขน มือ และอาจมีอาการอ่อนแรงร่วมด้วย การรักษาต้องใช้การผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี (อัญชลี ชครณ์ และอินทิรา รูปสว่าง, 2564) สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมที่โรงพยาบาลพุทธโสธรในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 24, 34, 20 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังส่วนคอ จำนวน 9, 14, 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5, 41.17, 70 ตามลำดับ

การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกคอ (Anterior Cervical Discectomy and Fusion: ACDF) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก โดยเฉพาะผู้ป่วยอ้วน คอสั้น การใส่ท่อช่วยหายใจอย่างไม่ระมัดระวังหรือขาดประสิทธิภาพอาจเกิดการบาดเจ็บต่อรากประสาทไขสันหลังส่วนคอเพิ่มเติม อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทำให้เกิดความพิการมากขึ้นภายหลังได้

ในฐานะวิสัญญีพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบในการให้ยาระงับความรู้สึก ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรคกระดูกคอเสื่อม และโรคประจำตัวของผู้ป่วย มีทักษะความชำนาญมากในการให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบและการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะก่อน ระหว่างและหลังการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ มีการฟื้นฟูโดยเร็ว เกิดความมั่นใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง กลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

โรคกระดูกคอเสื่อม

ความหมาย

โรคกระดูกคอเสื่อม (Cervical Spondylosis) คือกลุ่มอาการปวดคอที่มีสาเหตุมาจากภาวะความเสื่อมของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ ก่อให้เกิดกระดูกงอก (Osteophyte) และ/หรือการยื่นของหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ ก่อให้เกิดการตีบแคบของ Spinal cord (Cervical Spondylotic Myelopathy: CSM) และ/หรือ Nerve root (Cervical Spondylotic Radiculopathy: CSR)

สาเหตุ

1. การก้มแงงหรือสะบัดคอบ่อย ๆ เป็นนิสัย
2. นั่งทำงานด้วยอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องนาน ๆ
3. อุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลัง

อาการและอาการแสดง

1. มีอาการปวดร้าวลงสะบัก แขนและมือจากการกดทับของเส้นประสาท จึงเกิดอาการชาและอ่อนแรงของแขนและมือตามมา
2. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ อาการแสดงที่แขนนี้เกิดจากการกดทับของเส้นประสาทสันหลังส่วนคอถูกรบกวน ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดหรือชาลงตามบริเวณแขน ข้อศอก หรือนิ้วมือได้

การวินิจฉัย (พรสินี เต็งพานิชกุล, 2559)

การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องเป็นแนวทางในการรักษาโดยการผ่าตัดประกอบด้วย

1. ประวัติผู้ป่วย (History)
2. การตรวจร่างกาย (Physical examination)
3. การถ่ายภาพเอกซเรย์กระดูกคอ การถ่ายภาพเอกซเรย์ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computer tomography: CT) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI)

การรักษา

1. การรักษาด้วยวิธีประคับประคอง (Conservative treatment)

2. การรักษาด้วยการใช้ยา (Pharmacologic treatment)

3. การรักษาโดยการผ่าตัด

การผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกคอ (Anterior Cervical Discectomy and Fusion : ACDF) คือการตัดหมอนรองกระดูกสันหลังออกและใช้วัสดุใส่เข้าไปแทนที่หมอนรองกระดูกที่ถูกตัดออกเพื่อรักษาระดับความสูงของหมอนรองกระดูกสันหลังให้กลับมาปกติ วัสดุที่ใส่แทนหมอนรองกระดูกได้แก่ กระดูกเชิงกรานบริเวณเอว กระดูกเทียม

การพยาบาล

การพยาบาลวิสัญญีโดยทั่วไป (บุศรา ศิริวันสาธิต, 2563) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

- ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เป็นการตรวจเช็กเพื่อทำการประเมินข้อมูลสุขภาพประวัติการเจ็บป่วยต่าง ๆ และการตรวจร่างกายเบื้องต้นเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เพื่อทำการเตรียมความพร้อมและวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกและพูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด

- ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก เป็นการดูแลผู้ป่วยขณะให้ยาระงับความรู้สึก ที่ต้องอาศัยความรู้และความระมัดระวังในการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือและป้องกันตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการเข้ารับการระงับความรู้สึก

- ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก เป็นการติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังได้รับการระงับความรู้สึกใน 24 ชั่วโมงแรก และการระงับปวดที่ต้องได้รับยาลดปวดในปริมาณที่เหมาะสมและไม่เกิดผลข้างเคียง

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทโดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 60 ปี น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 142 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 31.74 อาชีพแม่บ้าน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 วันที่รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพุทธโสธร 3 มกราคม 2566 เวลา 09.30 นาฬิกา

วันที่วิสัญญีพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทโดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) วันที่ 3 มกราคม 2566 เวลา 10.00 - 11.00 นาฬิกา วันที่ 4 มกราคม 2566 เวลา 9.00 -

16.00 นาฬิกา วันที่ 5 มกราคม 2566 เวลา 10.00 - 11.00 นาฬิกา รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 9 ชั่วโมง

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดต้นคอ แขนขาทั้งสองข้าง มีอาการอ่อนแรง แพทย์นัดมาเพื่อผ่าตัดกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดต้นคอ มือขาทั้งสองข้าง ปวดร้าวลงแขนและขาทั้งสองข้าง หยิบของไม่ได้ มีอาการอ่อนแรงร่วมด้วย เดินเกร็งรักษาด้วยการรับประทานยาพร้อมกับทำกายภาพบำบัด อาการไม่ดีขึ้นแพทย์นัดมาเพื่อผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 20 ปีก่อนเคยผ่าตัดไส้ติ่ง 6 ปีก่อนเคยผ่าตัดหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทไขสันหลังระดับ 4 - 5 (Lumbar Spine L4 - L5)

โรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวานนาน 6 ปี โรคความดันโลหิตสูงนาน 4 ปี และโรคไขมันในเลือดสูงนาน 2 เดือน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ประวัติครอบครัว มารดาเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผลการตรวจการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI):

(15 ธันวาคม 2565): Cervical cord myelopathy C4-5 level, C6-7 disc level posterior central disc protrusion causing severe spinal stenosis and compression to the cervical cord.

ผลตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) วันที่ 20 ธันวาคม 2566 ผลปกติ

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) วันที่ 20 ธันวาคม 2566 ผลปกติ

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

แพทย์รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 3 มกราคม 2566 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเวลา 9.30 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ปกติ หูฟังเสียงได้ยินชัดเจน ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับร้อยละ 181 มิลลิกรัม ได้รับการวินิจฉัยหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทระดับ 6-7 (Cervical Spondylotic Myelopathy C6-7) ศัลยแพทย์วางแผน การผ่าตัด Anterior Cervical Discectomy and Fusion C6-7 with Iliac bone graft โดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) วันที่ 4 มกราคม 2566 เวลา 9.00 นาฬิกา โดยวันผ่าตัดให้เตรียมเลือด (Packed red cells) จำนวน 2 ถุง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงร้อยละ 80-180 มิลลิกรัม เตรียมยาปฏิชีวนะ Cefazolin 4 กรัม เพื่อกดแบคทีเรีย (Soft Collar) มาพร้อมผู้ป่วย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar ringer 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80

มิลลิกรัม/นาที่ ใส่สายสวนปัสสาวะ งดรับประทานยาลดความดันโลหิต Enalapril และงดยาเบาหวานในเช้าวันผ่าตัด

เวลา 10.00 นาฬิกา วิทยาลัยพยาบาลตรวจเยี่ยมและประเมินอาการผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินปัญหาความต้องการ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตรวจสอบทางเดินหายใจ ประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ รูปร่างลักษณะทั่วไป ประเมินความเสี่ยงจากการให้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ และประวัติที่ผ่านมา พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ปกติ มีอาการปวดต้นคอ มือขาทั้งสองข้างปวดร้าวลงแขนและขาทั้งสองข้าง หิบบอกไม่ได้ มีอาการอ่อนแรงร่วมด้วย เดินเกร็ง 2 สัปดาห์ ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ประเมินทางเดินหายใจส่วนบน ผู้ป่วยมีคอตัน น้ำหนักเกินมาตรฐาน มีภาวะโรคอ้วนระดับ 2, ตรวจ Modified Mallampati class II ตรวจ Thyromental distance เท่ากับ 5.5 เซนติเมตร ผู้ป่วยแหว่งคอได้น้อย มีภาวะเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก รายงานวิสัญญีแพทย์ทราบ สั่งยาวันผ่าตัดลดความดันโลหิต Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทางปาก เวลา 7.00 นาฬิกา และดื่มน้ำตาม 30 มิลลิกรัม ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเวลา 6.00 และ 8.00 นาฬิกา ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในช่วงร้อยละ 80-180 มิลลิกรัม ตามแผนการรักษา เลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) โดยให้เตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจยาก อุปกรณ์เปิดหลอดเลือดดำ 2 เส้น ผู้ป่วยรายนี้ประเมินความเสี่ยงสูงระดับ 3 ตาม The American Society of Anesthesiologists Classification จากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และภาวะอ้วนระดับ 2 เน้นการดูแลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอเพิ่มขึ้นขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด เช่น ภาวะโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด และอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด เป็นต้น

ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก

วันที่ 4 มกราคม 2566 วิสัญญีพยาบาลเตรียมอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ก่อนเริ่มผ่าตัดทำการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพแรก รับความดันโลหิต 156/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 89 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ค่าปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือดย้อยละ 166 มิลลิกรัม ภายหลังทำ Surgical Safety Checklist เวลา 9.00 น. ดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยยานำสลบ Propofol ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับ

ยาคุมสลบชนิดสูดดมชนิด Sevoflurane เมื่อผู้ป่วยหลับ เนื่องจากผู้ป่วยมีคอตัน มีภาวะโรคอ้วนระดับ 2 แหว่งคอได้น้อย มีภาวะเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ให้ผู้ช่วยวิสัญญีพยาบาล 2 คน ทำ Manual inline Stabilization ทดสอบช่วยหายใจผ่านหน้ากากช่วยหายใจ (Mask ventilation) ได้ดี ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Succinylcholine ทางหลอดเลือดดำเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถใส่ท่อช่วยหายใจชนิดมีกระเปาะลมเบอร์ 7.5 ความลึก 20 เซนติเมตร ด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว ตรวจสอบท่อช่วยหายใจอยู่ตำแหน่งเหมาะสม ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร (Volume Control) ควบคุมยาสลบด้วยเทคนิคแบบผสมผสาน (Balance technique) ประกอบด้วย ไนตรัสออกไซด์ (N₂O) และ ออกซิเจน (O₂) ในอัตราส่วนร้อยละ 50 ยาสลบชนิดสูดดมชนิด Sevoflurane 1 - 2 เปอร์เซ็นต์ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Cisatracurium และยาแก้ปวด Morphine ทางหลอดเลือดดำ ขณะให้ยาระงับความรู้สึกเฝ้าระวังสัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ชีพจร และบันทึกทุก 5 นาที เฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (SpO₂) ค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออก (EtCO₂) วัดอุณหภูมิ และบันทึกทุก 15 นาที บันทึกปริมาณสารน้ำ Acetate Ringer ปริมาณการสูญเสียเลือดและปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและบันทึกทุก 2 ชั่วโมง ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะโลหิตสูง 180/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที่ จึงเพิ่มระดับยาคุมสลบเพื่อลดการตอบสนองของร่างกายต่อการกระตุ้นที่รุนแรง (1.5 MAC) ความดันโลหิต 170/92 มิลลิเมตรปรอท ไม่ลดลงตามเกณฑ์ รายงานวิสัญญีแพทย์ทราบ ให้ยาลดความดันโลหิต Nicardipine 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 2 ครั้งเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ระหว่างผ่าตัดควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 130/80-160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที่ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออกอยู่ในช่วง 33-36 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกายระหว่างผ่าตัด 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมง เวลา 11.00 นาฬิกา 13.00 นาฬิกา 15.00 นาฬิกา ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับร้อยละ 140, 150, 158 มิลลิกรัม ตามลำดับ ตรวจค่าความเข้มข้นเลือดเท่ากับร้อยละ 12.3 มิลลิกรัม

ศัลยแพทย์ทำผ่าตัด 6 ชั่วโมง สูญเสียเลือดประมาณ 50 มิลลิกรัม ดูแลการให้สารน้ำทดแทน Acetate Ringer 2,400 มิลลิกรัม ปัสสาวะออก 300 มิลลิกรัม เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด ทดสอบ Cuff leak test ให้ผลบวก สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ (มานะ ปิงจะแก้ว, วารินทร์ บินโชนัน และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2562) แก่ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Cisatracurium ได้แก้ยา Neostigmine 2.5 มิลลิกรัม ร่วมกับ Atropine 1.2 มิลลิกรัม

ทางหลอดเลือดดำ เป็นผลให้กล้ามเนื้อกลับหดตัวได้ดี เมื่อผู้ป่วยหายใจได้ด้วยอัตราสม่ำเสมอ รู้สึกตัวดี มีกลไกป้องกันการสูดสำลัก ยกศีรษะได้ กลืนน้ำลาย แลกลืนได้ เวลา 15.00 น. พิจารณาถอดท่อหายใจ ให้สูดลมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 6 ลิตร/นาที่ ต่อเนื่องนาน 5 นาที บันทึกข้อมูลลงใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก สรุปปริมาณยา สารน้ำ การสูญเสียเลือดและปริมาณปัสสาวะ นำส่งผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น ขณะเคลื่อนย้ายให้ออกซิเจนสูดลมผ่านหน้ากาก 8 ลิตร/นาที่ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องให้พยาบาลห้องพักฟื้น

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง คะแนน PAR Score แรกรับเท่ากับ 8 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวดได้ 6 คะแนน ได้ยาแก้ปวดมอร์ฟีน 2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80-160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 - 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 99 - 100 เปอร์เซ็นต์ ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยประเมินระดับความปวดได้ 3 คะแนน PAR Score เท่ากับ 10 ความดันโลหิต 140/86 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 7 ชั่วโมง

วันที่ 5 มกราคม 2566 เวลา 10.00-11.00 นาฬิกา ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ เจ็บคอเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ แขนสองข้างไม่อ่อนแรง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ประเมินระดับความเจ็บปวดได้ 3 คะแนน ได้ยาแก้ปวดมอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

ผู้ศึกษานำการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้การพยาบาล สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดหอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท

ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอเพิ่มขึ้นขณะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ

แทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดหอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับการให้ยาสลบ กลัวไม่ฟื้นจากยาสลบเนื่องจากผ่าตัดบริเวณคอ มีสีหน้าแสดงออกถึงความกังวล ซักถามคำถามซ้ำๆ

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดหอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท

เกณฑ์การประเมิน:

1. สีหน้าผู้ป่วยและญาติกังวลน้อยลง ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. สามารถอธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึกได้คร่าว ๆ

3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล:

1. เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพร้อมแนะนำตัวและวัตถุประสงค์การเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติด้วยและสร้างความมั่นใจตลอดจนความรู้สึกลดลง ด้วยทำที่อบอุ่น และยอมรับความเป็นบุคคล

2. ประเมินพื้นฐานความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการกำหนดแผนการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือ

4. อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีและผลของยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับตลอดถึงวิธีการผ่าตัดที่จะได้รับ ด้วยคำพูดที่ชัดเจน

5. เปิดโอกาสให้ซักถาม หรือพูดระบายความรู้สึกกลัวและ

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น

6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง การปฏิบัติตัวต่อการให้ยาระงับความรู้สึกถูกต้องตามแผนการรักษาคือ

– การงดน้ำและอาหารทุกชนิด ตั้งแต่หลังเที่ยงคืนก่อนการผ่าตัด เพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ (Aspiration pneumonia) เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

– เข้าวันผ่าตัด เวลา 7.00 นาฬิกา รับประทานยาลดความดัน Amlodipine 5 มิลลิกรัม ทางปาก และดื่มน้ำตาม 30 มิลลิลิตร ตามแผนการรักษา

– ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไปและการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

– ถอดเครื่องประดับและของมีค่าทุกชนิด รวมทั้งของที่เป็นสื่อไฟฟ้าออก เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า

การประเมินผล:

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใส มีความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือให้การให้ยาระงับความรู้สึก

ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอเพิ่มขึ้นขณะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน: มีอาการปวดต้นคอ มือขาทั้งสองข้างปวดร้าวลงแขนและขาทั้งสองข้าง หยิบของไม่ได้ มีอาการอ่อนแรงร่วมด้วย แขนงศีรษะได้น้อย ประเมินกำลังของแขน (Motor power) เท่ากับเกรด 3 เคลื่อนไหวเองได้เต็มที่ แต่ไม่สามารถต้านแรงของผู้ตรวจได้

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่มีภาวะบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมิน: ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจประเมินกำลังของแขนขา (Motor power) ไม่น้อยกว่าเกรด 3

กิจกรรมการพยาบาล:

1. เตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมใช้ และอุปกรณ์พิเศษในการใส่ท่อช่วยหายใจจาก ได้แก่ Videolaryngoscope
2. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนผ่านหน้ากากช่วยหายใจ (Mask ventilation) ปริมาณ 6 ลิตร/นาที ต่อเนื่องนาน 5 นาที
3. ให้น้ำสลบ Propofol 150 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เปิดยาดมสลบ Sevoflurane 1 เปอร์เซ็นต์ ร่วมไปด้วยขณะนำสลบ เมื่อผู้ป่วยหลับ

4. ให้ผู้ช่วยวิสัญญีพยาบาล 2 คน ทำ manual inline stabilization ทดสอบช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากช่วยหายใจได้ดี ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Succinylcholine 125 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ สามารถใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ความลึก 20 เซนติเมตร ใส่ลมเข้ากระเปาะ 3 – 5 มิลลิลิตร

การประเมินผล: ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจประเมินกำลังของแขน (Motor power) ไม่น้อยกว่าเกรด 3

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ก่อนนำสลบ ความดันโลหิต 180/90 มิลลิเมตรปรอท

เป้าหมายการพยาบาล: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน: ความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท หรือเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตแรกรับ

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ติดอุปกรณ์เฝ้าระวังสัญญาณชีพ และประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ทำการจดบันทึกและรายงานวิสัญญีแพทย์ทราบ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาคุมสลบในระดับที่ลดการตอบสนองของร่างกายต่อการกระตุ้น
3. ให้อาลดความดันโลหิต Nicardipine 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและประเมินความดันโลหิต ภายหลังการให้ยาทุก 5 นาที

การประเมินผล: ระหว่างผ่าตัดความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80 – 160/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เท่ากับ 8.6 เปอร์เซ็นต์ เข้าวันผ่าตัดระดับน้ำตาลในเลือด 166 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ยาสลบชนิดสุดคม เช่น Sevoflurane จะยับยั้งการหลั่งอินซูลิน และเพิ่มการสร้างน้ำตาลจากตับได้

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง
2. เพื่อป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน: ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วงร้อยละ 110–180 มิลลิกรัม ตาม American Heart Association 2009 ในการทำผ่าตัด Patient underlying non-cardiac surgery

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ระหว่างผ่าตัดความดัน

โลหิตอยู่ในช่วง 130/80-160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37 องศาเซลเซียส

2. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ

3. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมง และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อมีระดับน้ำตาลมากกว่าร้อยละ 180 มิลลิกรัม ระหว่างผ่าตัดตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เวลา 11.00 นาฬิกา, 13.00, 15.00 นาฬิกา ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับร้อยละ 140, 150, 158 มิลลิกรัม ตามลำดับ

4. ดูแลให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอระหว่างผ่าตัดให้สารน้ำ Acetate Ringer ทางหลอดเลือดดำ

การประเมินผล:

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกินร้อยละ 180 มิลลิกรัม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน เป็นการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า Anterior Cervical Disectomy and Fusion C6-7 with Iliac bone graft ระยะเวลาผ่าตัดนาน 6 ชั่วโมง

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน:

1. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 120 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์

2. สูญเสียเลือดไม่เกิน 500 มิลลิกรัม

3. ค่าความเข้มข้นของเลือดไม่ต่ำกว่า (Hemoglobin: Hb) 10 มิลลิกรัม

4. จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง ไม่น้อยกว่า 30 มิลลิกรัม

5. อุณหภูมิร่างกายไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพอย่างทุก 5 นาที ตั้งแต่เริ่มให้ยาบรรเทาความรู้สึก (เวลา 9.00-15.00 นาฬิกา) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypovolemic shock ได้แก่ ตัวเย็น ภาวะช็อค ชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ระหว่างผ่าตัดความดันโลหิตผู้ป่วยอยู่ในช่วง 130/80-160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกายไม่ต่ำกว่า 36.5 - 37 องศาเซลเซียส

2. ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด

เมื่อพบผิดปกติ เช่น ถ้าเต้นเร็วอาจเป็นอาการของการพร่องน้ำพร่องเลือด

3. ติดตามการผ่าตัดอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินการเสียเลือดและให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ โดยคำนวณตามสูตรของ Holliday & Segar และ Third space losses ตลอดจนการผ่าตัดให้สารน้ำ Acetate Ringer 2,400 มิลลิกรัม

4. บันทึกลักษณะ สีและปริมาณปัสสาวะ สารคัดหลั่ง (Content) ที่ออกจากผู้ป่วย ทุก 1 ชั่วโมง ปริมาณออกระหว่างผ่าตัด ในแต่ละชั่วโมง 50, 60, 50, 50, 40, 50 มิลลิกรัม

5. ตรวจค่าความเข้มข้นของเลือดเพื่อประเมินภาวะโลหิตจาง เวลา 15.00 นาฬิกา ตรวจค่าความเข้มข้นเลือดเท่ากับ 12.3 มิลลิกรัม

6. รายงานวิสัญญีแพทย์/ศัลยแพทย์ เมื่อพบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

การประเมินผล: ระหว่างผ่าตัด 6 ชั่วโมง สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 50 มิลลิกรัม คลื่นไฟฟ้าหัวใจ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมงไม่น้อยกว่า 30 มิลลิกรัม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 18-20 องศาเซลเซียส ระยะเวลาผ่าตัดนาน 6 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์: เพื่อไม่ให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน:

1. สัมผัสตัวผู้ป่วยอุ่น ไม่มีอาการหนาวสั่น

2. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท

3. ค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออกอยู่ในช่วง 33-36 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติ เปิดผิวยร่างกายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น บริเวณที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ดูแลห่มผ้าห่มลมร้อนในอุณหภูมิที่เหมาะสม

2. ปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้สูงกว่า 21 องศาเซลเซียส

3. การให้สารน้ำการอุ่นเสมอด้วยเครื่องอุ่นสารน้ำ

4. ใส่สายวัดอุณหภูมิร่างกาย (Temperature) ทางปาก ขณะผ่าตัดและประเมินทุก 15 นาที

5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

6. ปิดเครื่องปรับอากาศก่อนเสร็จผ่าตัดอย่างน้อย 10 นาที

7. ดูแลห่มผ้าให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว

การประเมินผล:

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการไม่หนาวสั่น สัมผัสตัวผู้ป่วยอุ่น
2. อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 – 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80–160/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออกอยู่ในช่วง 33–36 มิลลิเมตรปรอท

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ข้อมูลสนับสนุน: ภายหลังการผ่าตัดและระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ฤทธิ์ยาสลบยั้งกึ่งค้างอยู่เนื้อเยื่อสมองจากการผ่าตัดบริเวณคอด้านหน้า Anterior Cervical Disectomy and Fusion C6–7 with Iliac bone graft

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน:

1. ผู้ป่วยหายใจเพียงพอสม่ำเสมอ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16–24 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
3. ไม่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน เช่น ริมฝีปากเขียวและเท้าเขียว

กิจกรรมการพยาบาล:

1. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง นอนราบท่าตรง (Neutral) เพื่อป้องกัน Aspiration pulmonary
2. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนผ่านหน้ากากออกซิเจนมีถุง (Mask with bag) ปริมาณ 8 ลิตร/นาที
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับเสมหะหรือน้ำลาย กระตุ้นผู้ป่วยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ ใช้มือพยุงแผลผ่าตัด ให้อย่างมีประสิทธิภาพและจับก้านคาร์บอนไดออกไซด์และก้านขดมยาสลบออกและรับออกซิเจนได้เพียงพอ

การประเมินผล: ผู้ป่วยหายใจสะดวก สม่ำเสมอ อัตราการหายใจในช่วง 18 – 20 ครั้ง/นาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวดได้ค่า Pain Score เท่ากับ 6 สีหน้าบ่งบอกถึงความไม่สุขสบาย ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท ลดอาการ

ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง ประเมินความปวดไม่เกิน 3 คะแนน ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น พักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. จัดท่านอนราบท่าตรง (Neutral) ศีรษะสูง 30 องศา
2. ประเมินระดับความปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ทดการหายใจ เป็นต้น
4. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย แนะนำการหายใจเข้า-ออกช้าๆ
5. งดการกระตุ้นหรือรบกวนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยหลับ
6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที และระดับความปวดทุก 15 นาที
5. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก โดยประเมินระดับความปวดและการได้รับยาแก้ปวด เพื่อประเมินความเพียงพอของยาแก้ปวดที่ได้รับ

การประเมินผล:

1. ประเมินคะแนนความปวดผู้ป่วยแรกวันที่ห้องพักรับได้ 6 คะแนน ได้รับยา Morphine 2 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม สีหน้าสดชื่น คะแนนความปวดก่อนส่งผู้ป่วยกลับ 3 คะแนน
2. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระดับคะแนนความปวด 4 – 6 คะแนน ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 60 ปี น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 142 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 31.74 มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง มาด้วยอาการปวดต้นคอ แขนขาทั้งสองข้างมีอาการอ่อนแรง สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ผลการตรวจการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI): Cervical cord myelopathy C4–5 level, C6–7 disc level posterior central disc protrusion causing severe spinal stenosis and compression to the cervical cord. ได้รับการวินิจฉัยหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทระดับ 6–7 (Cervical Spondylotic Myelopathy C6–7) ศัลยแพทย์วางแผนการผ่าตัด Anterior Cervical Disectomy and Fusion C6–7 with Iliac bone graft วันที่ 4 มกราคม 2566 วิทยาลัยพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยและประเมินก่อนให้ยาระงับความรู้สึกยาระงับความรู้สึก วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปด้วยเทคนิคผสมผสาน (General anesthesia and Balance) รับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ปกติ บันทึกสัญญาณชีพแรกพบ ความดันโลหิต 156/90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 89 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือดร้อยละ 166 มิลลิกรัม วิทยาลัยพยาบาลเตรียมอุปกรณ์และตรวจสอบความพร้อมใช้ ยา สารน้ำที่ใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วย ก่อนเริ่มผ่าตัดทำการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ภายหลังทำ Surgical Safety Checklist ก่อนนำสลบดูแลให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณ 6 ลิตร/นาที นาน 5 นาที นำสลบด้วยยา Propofol 150 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับยาผสมชนิดสูดดมชนิด Sevoflurane เมื่อผู้ป่วยหลับ ให้ผู้ช่วยวิทยาลัยพยาบาล 2 คน ทำ Manual inline Stabilization เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอเพิ่มขึ้นให้ยาห้อยอกกล้ามเนื้อ Succinylcholine 125 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ท่อช่วยหายใจชนิดมีกระเปาะลม เบอร์ 7.5 ความลึก 20 เซนติเมตร ตรวจสอบท่อช่วยหายใจอยู่ตำแหน่งเหมาะสม ความคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร (Volume Control) โดยปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมตามเกณฑ์น้ำหนักผู้ป่วย ขณะให้ยาระงับความรู้สึกเฟิร์ววังสัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออก อุณหภูมิบันทึกปริมาณสารน้ำ Acetate Ringer ปริมาณการสูญเสียเลือดและปัสสาวะที่ออก ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและบันทึกทุก 2 ชั่วโมง ดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ระหว่างผ่าตัดความดันโลหิตไม่ลดลงตามเกณฑ์ รายงานวิทยาลัยแพทย์ทราบ เพิ่มระดับยาผสมสลบเพื่อลดการตอบสนองของร่างกายต่อการกระตุ้นที่รุนแรง (1.5 MAC) ให้ยาลดความดันโลหิต Nicardipine 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 2 ครั้ง ตามแผนการรักษา ความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 130/80-160/90 มิลลิเมตรปรอท ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะผ่าตัด โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมง และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์เมื่อมีระดับน้ำตาลมากกว่าร้อยละ 180 มิลลิกรัม ระหว่างผ่าตัดตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เวลา 11.00 นาฬิกา, 13.00, 15.00 นาฬิกา ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับร้อยละ 140, 150, 158 มิลลิกรัม ตามลำดับ ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือดขณะผ่าตัดโดยติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ประเมินการเสียเลือดขณะผ่าตัด ตรวจความเข้มข้นของเลือดเป็นระยะ ดูแลให้สารน้ำทดแทน Acetate Ringer อย่างเพียงพอและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ให้ทดแทน ปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ระหว่างผ่าตัด 6 ชั่วโมง สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 50 มิลลิลิตร ตลอดจนการ

ผ่าตัดให้สารน้ำ Acetate Ringer 2,400 มิลลิลิตร ปริมาณปัสสาวะที่ออก 300 มิลลิลิตร ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัดโดยปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้สูงกว่า 21 องศาเซลเซียส ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน ให้สารน้ำด้วยเครื่องอุ่นสารน้ำ ปิดเครื่องปรับอากาศเมื่อเสร็จผ่าตัด อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดทดสอบ Cuff leak test ให้ผลบวก แก๊พทรียาห้อยอกกล้ามเนื้อ ได้แก่ยา Neostigmine 2.5 มิลลิกรัม ร่วมกับ Atropine 1.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีกลไกป้องกันการสูดสำลัก ยกศีรษะได้ กลืนน้ำลาย แผลลิ้นใต้พิจารณาถอดท่อหายใจ ให้สูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 6 ลิตร/นาที ต่อเนื่องนาน 5 นาที นำส่งผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น ขณะเคลื่อนย้ายให้ออกซิเจนสูดดมผ่านหน้ากาก 8 ลิตร/นาที ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องให้พยาบาลห้องพักฟื้น ดูแลเปิดทางเดินหายใจให้โล่งให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้อยู่ในท่าสบาย ให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

การทำผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังส่วนคอทางด้านหน้านั้นถือเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ภาวะโรคอ้วนระดับ 2 จะมีคอตัน มีไขมันสะสมที่คอและกางมาก มีภาวะของโรคเบาหวานต้องคำนึงถึงภาวะ Stiff joint Syndrome ซึ่งมีผลทำให้ข้อต่อยึดติด ระยณะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ เสี่ยงต่อการช่วยหายใจผ่านหน้ากาก (Mask Ventilation) และการใส่ท่อช่วยหายใจยาก การใส่ท่อช่วยหายใจต้องใช้ความระวังอย่างสูงโดยการจัดท่า Manual inline stabilization คือการใช้ผู้ช่วยดมยาเป็นผู้ใช้มือและแขนทั้งสองข้างจับหัวไหล่และต้นคอและตรึงศีรษะผู้ป่วยไว้ไม่ให้ขยับเพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสเกิดไขประสาทร้าวหลังได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งแตกต่างจากการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยทั่วไป ที่สามารถยับคอแขนศีรษะ ยกวางได้ในขณะช่วยหายใจทางหน้ากาก เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงมากขณะใส่ท่อช่วยหายใจ เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะผ่าตัด ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างวิทยาลัยแพทย์และศัลยแพทย์ในการเตรียมเครื่องมือให้พร้อมและอุปกรณ์พิเศษในการใส่ท่อหายใจ วิทยาลัยพยาบาลถือเป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญร่วมวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลต้องพัฒนาตนเองทั้งในด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาที่วิวัฒนาการขึ้น การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้องสอดคล้องกับแผนการรักษารวมทั้งเครื่องมือและ

เทคโนโลยีที่ทันสมัย สามารถวางแผนการระงับความรู้สึกป้องกัน และแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรคกระดูกคอเสื่อม และโรคที่เกิดร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน การผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังส่วนคอ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังผ่าตัด

2. วิทยาลัยพยาบาลต้องมีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งระยะก่อน ระหว่างและหลังของการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคกระดูกคอเสื่อมเป็นอย่างดีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกและผ่าตัด

3. วิทยาลัยพยาบาลต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลผู้ป่วยระงับความรู้สึกให้ทันกับความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

4. ผู้บริหารทางการพยาบาลส่งเสริม สนับสนุนให้พยาบาลเข้ารับการอบรมฟื้นฟูวิชาการระงับความรู้สึก ความรู้ทางการพยาบาลวิทยาลัยที่จัดโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์

สรุป

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทโดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เนื่องจากได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ร่วมกับทำกายภาพบำบัดอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ

ไขมันในเลือดสูง การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเนื่องจากความดันโลหิตสูงระหว่างผ่าตัดแต่สามารถแก้ไขเป็นปกติได้ สูญเสียเลือดประมาณ 50 มิลลิลิตร การให้ยาระงับความรู้สึกมีการเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วยอย่างระมัดระวังทุกขั้นตอนตั้งแต่ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ระยะให้ยาระงับความรู้สึกและหลังให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยปลอดภัยดี

บรรณานุกรม

- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ โรงพยาบาลพุทธโสธร. (2565). รายงานสถิติประจำปี 2565 โรงพยาบาลพุทธโสธร. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลพุทธโสธร.
- บุศรา ศิริวันสามัคคี. (2563). Anesthesia & preoperative care (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- พรสินี เต็งพานิชกุล. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ใน อรรถพรณ โตสิงห์, ธีรารณณ เชื้อคาเล้ง และณัฐมา ทองธีรธรรม (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- มานะ ปัจจะแก้ว, วรินทร์ บินโฮเซ็น และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2562). ปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของการถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต หอบผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(1), 108–117.
- มานี รักษาเกียรติศักดิ์. (2560). การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- อัญชลี ยศกรณ และอินทิรา รูปสว่าง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกเสื่อมกดทับไขสันหลัง. กรุงเทพฯ: ไอดี ออด ดิจิตอล พริน.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรกต่อระดับความดันโลหิต คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร

ชัดเจน กิณะชัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการป่วยรายใหม่ของ โรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2558 – 2560 เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) และผลการวิเคราะห์ ข้อมูลของ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17,084,586 คน (ร้อยละ 87.51) เป็นกลุ่มเสี่ยง (ค่าความดันโลหิตระหว่าง 130–139 / 85–89 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 1,311,841 คน (ร้อยละ 7.68) เป็นกลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือ เท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 41,380 คน (ร้อยละ 0.24) และเป็นกลุ่มสงสัยป่วย (ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140–179 / 90–109 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 700,034 คน (ร้อยละ 4.10) ซึ่งในกลุ่มสงสัยป่วยได้รับการ ติดตามยืนยันวินิจฉัยจำนวน 621,894 คน (ร้อยละ 88.84) และเป็นผู้ป่วยรายใหม่จากการติดตามจำนวน 51,621 คน (ร้อยละ 8.3) รวมมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากระบบ การคัดกรองจำนวน 93,001 คน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

ข้อมูลของโรงพยาบาลพุทธโสธร ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้เข้ารับบริการที่แพทย์ยืนยันวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดัน โลหิตสูง จำนวน 16,566 ราย รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 9,714 ราย, โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 5,209 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศและการสื่อสารทางการแพทย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2566) สอดคล้องกับข้อมูลของจุดคัด กรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลพุทธ โสธร ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2565 – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 พบข้อมูลผู้เข้ารับบริการที่แพทย์ยืนยันวินิจฉัยกลุ่ม ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,020 ราย รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 597 ราย, โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน

128 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะแรก ที่ผ่านการคัดกรองค่าความดันโลหิต ที่แพทย์ยังไม่ ยืนยันการวินิจฉัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าความ ดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ระหว่าง 140–159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ระหว่าง 80–99 มิลลิเมตร ปรอทที่ จำนวน 39 ราย (กลุ่มงานสารสนเทศและการสื่อสาร ทางการแพทย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2566)

จากข้อมูลและสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของโรง พยาบาลพุทธโสธร ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันและควบคุมการป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงรายใหม่ ดังนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension) ให้คำนิยามของ คำว่า “โรคความดันโลหิตสูง” หมายถึง ภาวะที่ค่าความดัน โลหิตต่อผนังของหลอดเลือดแดงมีค่าสูงเกินกว่าค่าปกติ โดย ค่าความดันตัวบนหรือค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือค่า ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (World Health Organization, 2003) โรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วย ที่เรื้อรังใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน และเสียค่าใช้จ่ายเป็น จำนวนมาก ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ มีผล โดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และส่งผลกระทบต่อครอบครัว รวมทั้งกระทบใน ชุมชนและสังคมอย่างกว้างขวาง โรคความดันโลหิตสูงยังเป็น ปัจจัยเสี่ยงซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพ มีโอกาสเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติสามเท่า และมีโอกาสเกิด โรคหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นหกเท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้มากกว่าคนปกติเจ็ดเท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560)

หากไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และโรคตา เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องได้รับการรักษาให้ค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในกรณีที่ควบคุมค่าความดันโลหิตไม่ได้ อาจส่งผลให้เกิดความพิการทางด้านร่างกายและเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวได้ (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข, 2562)

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและหาแนวทางดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรก ดังนี้ แนวคิดด้านความเชื่อต่อความตั้งใจ (Behavioral Intention) ของ Ajzen & Fishbein (1980) ที่ว่า ความเชื่อเป็นรากฐานสำคัญของความตั้งใจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมตามที่บุคคลนั้นเชื่อถือ สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) คือ บุคคลจะกระทำกิจกรรมใดเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model) ของ Wright and Bell (2009) ที่ว่า ความเชื่อความเจ็บป่วย 2 ด้าน คือ ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ (Constraining Beliefs) และความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Beliefs) ในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ทั้งสามทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องเกี่ยวกับความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยขั้นสูงของ Wright and Bell (2009) เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคขัดขวางในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี ให้เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง และนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรก นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการทำสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 1 และ 2 พบว่า เป็นอีกหนึ่งทางเลือก ที่สามารถลดค่าความดันโลหิตให้เส้นเลือดแดงหดตัวทำให้ความดันโลหิตกลับเข้าสู่ระดับปกติ (สมพร กันทรคุญี – เจริญชัยศรี, 2558) โปรแกรมการสอนสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการสอนสมาธิบำบัดแบบ SKT ด้วยทำที่ 1 และ 2 โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคลสามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเองรวมทั้งการเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามในทางที่ถูกต้องเพื่อให้ได้สุขภาพดี วิธีการสอนสมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องอาศัยความรู้ทางสังคมวิทยา จิตวิทยา ศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ เป็นการ

เตรียมประสบการณ์เรียนรู้ ข้อเท็จจริง แนวคิดหลักการที่ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ และวราภรณ์ คำரச, (2561) ที่พบว่า การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 มีผลลดค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณา ปัญญาโชติกุล, สุริยา เศษคง และสุพมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์, (2560) ที่พบว่า การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 มีผลลดค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ได้ ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางเลือกหนึ่ง เนื่องจากผลของการทำสมาธิบำบัดต่อค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ความเชื่อเป็นรากฐานของความตั้งใจและเมื่อเกิดความตั้งใจแล้วจะมีอิทธิพลทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรม ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลจึงเป็นปัจจัยสำคัญและมีผลต่อการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยจึงปรับใช้โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยขั้นสูงของ Wright and Bell (2009) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ร่วมกับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 หากมีความตั้งใจและฝึกปฏิบัติอย่างจริงจัง ผู้วิจัยคิดว่าจะสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ให้ลดลงได้ เป็นการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งการใส่ยา นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป

สำหรับกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ คัดกรองเข้ากลุ่มจากผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยผ่านการคัดกรองจากค่าความดันโลหิตบน (Systolic blood pressure) ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ระหว่าง 80-99 มิลลิเมตรปรอท และผ่านการตรวจคัดกรองจากแพทย์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพิจารณาให้ควบคุมค่าความดันโลหิตด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 36 ราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรกที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว (One group pre – post test design) ประชากรที่ศึกษา เลือกศึกษาเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรกที่ผ่านมาการตรวจคัดกรองจากแพทย์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพิจารณาให้ควบคุมค่าความดันโลหิตด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เข้ารับบริการคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 36 ราย ตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่นำเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) มีเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 35 ปี ถึง 55 ปี ไม่จำกัดเพศ
2. ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Mild hypertension) ระดับค่าความดันโลหิตตัวบนระหว่าง 140 – 159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 80 – 99 มิลลิเมตรปรอท (กำหนดตามเกณฑ์ World Health Organization)
3. ผู้ที่ผ่านการตรวจคัดกรองจากแพทย์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำคลินิกประกันสังคม และพิจารณาให้ควบคุมค่าความดันโลหิตด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ
5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
6. สื่อสารภาษาไทย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
7. ไม่อยู่ระหว่างการอดอาหารตามหลักความเชื่อทางศาสนา เช่น การถือศีลตลอดตามหลักศาสนาอิสลาม การทาน 2 มื้อตามหลักศาสนาพุทธ เป็นต้น

8. สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่นำออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริงตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดไว้
2. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Krejcie & Morgan) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจศึกษา เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป โดยใช้สูตรดังนี้

$$s = (X^2) (N) (p) (1-p) / (e^2) (N-1) + (1-\pi) + (X^2) (p)(1-p) N$$

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าเท่ากับ .83 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93 หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 และหลังได้รับโปรแกรม ๑ โดยติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ 3 ครั้ง ติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ ระยะเวลา รวม 1 เดือน ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างหนึ่งกลุ่ม (One group pre – post test design) แบบวัดซ้ำใช้สถิติ Repeated measure One – way ANOVA พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ๑ ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 1 คู่ (F = 12441.008, df = 1, sig. = < .001) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 และหลังได้รับโปรแกรม ๑ โดยติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ 3 ครั้ง ติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ ระยะเวลา รวม 1 เดือน ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างหนึ่งกลุ่ม (One group pre – post test design) แบบวัดซ้ำใช้สถิติ Repeated measure One – way ANOVA พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ๑ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 1 คู่ (F = 9545.501, df = 1, sig. = < .001)

จะเห็นได้ว่าค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) หลังทดลองมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1, 2, 3

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ก่อนและหลังทดลอง ระยะเวลา รวม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure One-way ANOVA) (n = 36)

ความดันโลหิตตัวบน	df	Mean Square	F	Sig.
ช่วงเวลา	1	2646044.444	12441.008	< .001
ความคลาดเคลื่อน	35	212.687		

P = < .001

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ก่อนและหลังทดลอง ระยะเวลา รวม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure One-way ANOVA) (n = 36)

ความดันโลหิตตัวล่าง	df	Mean Square	F	Sig.
ช่วงเวลา	1	1033611.111	9545.501	< .001
ความคลาดเคลื่อน	35	108.283		

P = < .001

ตารางที่ 3 แสดงการวัดค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ก่อนและหลังทดลอง ระยะเวลา รวม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure One-way ANOVA) (n = 36)

Variables	Mean	Std. Error	p-value (one - tailed)
Systolic blood pressure			
pre-experiment	147.861	1.803	
post-experiment - follow-up	139.889	1.772	< .001
post- experiment - follow-up	130.556	1.578	< .001
post- experiment - follow-up	123.917	1.101	< .001
χ^2	135.556	1.215	
Diastolic blood pressure			
pre-experiment	89.861	1.467	
post-experiment - follow-up	88.611	1.256	< .001
post- experiment - follow-up	82.278	1.126	< .001
post- experiment - follow-up	78.139	1.068	< .001
χ^2	84.722	1.229	

Repeated Measures ANOVA, p < .001

อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และสรุปผล

สรุปผลการวิจัย ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) หลังทดลองมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นไปตาม

สมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรก หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 มีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และ

ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปนุฑ รุ่งศรี และเมธพร เกษคำวา (2562) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลของการฝึกสมาธิบำบัด แบบ SKT ในคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ร่มเกล้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ต่ออันตรายของโรคแทรกซ้อน และการรับรู้ต่อการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และสอดคล้องกับเบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ และทศพร คำพลศิริ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยโปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 ในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนคิดถึงผลของทำกิจกรรมสนทนาบำบัด พบว่า ทำให้เกิดความเชื่อ ความคาดหวัง ความตั้งใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 แล้ววัดผลลัพธ์ที่ได้คือ ค่าความดันโลหิตลดลง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT สามารถปรับเปลี่ยนและฝึกปฏิบัติได้ตลอดเวลา ไม่ยุ่งยาก ใช้เพียงแค่ความตั้งใจ มีคนในครอบครัวร่วมฝึกอยู่ด้วย รู้สึกอบอุ่นใจ รวมทั้งความคาดหวังไม่ต้องพึ่งการใช้ยาเพื่อปรับลดค่าความดันโลหิต ร่วมกับการกลับมาสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้การควบคุมค่าความดันโลหิตให้ลดลงได้ก็ยังสามารถลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจตามมาได้ด้วย สามารถ

ลดความเครียดได้ผลดี ทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ และคณะ (2561) ที่พบว่า หลังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับมีทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรกมีการจัดการตนเองและมีการบูรณาการวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยให้ห่างไกลจากโรคความดันโลหิตสูงต่อไปได้

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามโปรแกรมการพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ 1 และ 2 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรกนั้น จึงเป็นการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นับว่าเป็นบทบาทของพยาบาลอย่างหนึ่ง ที่มีความสำคัญอย่างมาก ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมลดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม จนสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง และหากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้ เช่น โรคแทรกซ้อนระบบไต หัวใจ ประสาท โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เป็นแนวทางดูแลป้องกันแบบผสมผสานร่วมกับการรักษาของแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในเขตชุมชนเมือง ผลที่ได้อาจแตกต่างจากการศึกษาในเขตชนบท ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการวัดผลหลังการทดลองเพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

2. ควรใช้กลวิธีอื่นร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติและปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. สธ.ห่วง คนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชั่วโมงละ 37 คน เร่งวาง แนวทางป้องกัน. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2565, จาก https://www.khaosod.co.th/monitornews/news_1421769.

กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs. เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. อักษรกราฟิกแอนดัลไซน์. พฤษภาคม 2563.

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี. (2565). รายงานผลการ ดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.

กลุ่มงานสารสนเทศและการสื่อสารทางการแพทย์โรงพยาบาลพุทธโสธร.(2566). รายงานสถิติประจำปี 2566. ฉะเชิงเทรา. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. (2566). ประเด็นสารณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี2561. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565, จาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease>.

กฤษ กุลบุตรดี. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เฉพาะสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวที่มีภูมิลาเนาเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 25(3), กรกฎาคม - กันยายน 2560.

จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ และทศพร คำผลศิริ. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการ จัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิ่นทุท รุ่งศรี และ เมธาพร เกษคำขาว. (2562). ผลของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 22(3), กันยายน-ธันวาคม 2562.

พรชัย จุลเมตต์. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน. วารสารสภาการพยาบาล. 27(1), 92-108.

ฟาริดา อิบราฮิม. (ม.ป.ป.). เอกสารการสอน การส่งเสริมสุขภาพตามกรอบทฤษฎีของเพนเดอร์. Asawachaisuwikrow, W. (2001). Predictors of physical activity among older Thai adultsDoctoral dissertation, research The Universities of Texas at Austin.

สมพร กันทรคุชฎี เติริยมชัยศรี. (2561). สร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาริบำบัดแบบ SKT 1 - 7 (เทคนิคลิขสิทธิ์) [แผ่นพับ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพร กันทรคุชฎี เติริยมชัยศรี. (2552). การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทาง การรักษโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป . ทรูริชังค์

สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ และ วราภรณ์ คำรศ.(2562) รายงานวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมสมาริบำบัด (SKT) ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตในพระสงฆ์ ในเขตภาคี เจริญ กรุงเทพมหานคร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

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

สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของการปฏิบัติเทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 2 ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพพิษณุโลก. 9 (3), 14 - 22.

อรอุมา ปัญญาโชติกุล, สุธิมา เศษคงและ สุพมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์. (2560). ผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิต ของผู้ที่มารับบริการ โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.4(2), พฤษภาคม - สิงหาคม 2560.

อัมพร วรภมร. (2554). พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.

Braunwald, E., Fauci, A., Kasper, L., Hauser, S., Longo, D., and Jameson, J. (2001). Harrison's principles of internal medicine (15th ed.). New York: McGraw-Hill. Hypertension <http://en.wikipedia.org/wiki/Hypertension> [2013,July14].

- Joint National Committee, VII[JNC VII], (2003). **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report.** [ออนไลน์]. : เข้าถึงได้จาก <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12748199/> (วันที่สืบค้นข้อมูล : 9 มกราคม 2566).
- Messerli, F. (2007). **Essential hypertension.** Lancet. 370, 591,603. National Health Security Office. National Health Security System budget report for the year 2017 [Internet]. Bangkok: National Health Security Office; 2017 [cited 2016 Apr 12]. Available from : https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx.
- Panmung N, Ketjuna H, Nakkarach B, Teesara K, Supasorn S. (2022). **Guidelines for management when a person with high blood pressure is identified in a hospital.** Nonthaburi: Department of Disease Control.
- Slama, M. et al. (2002). **Prevention of hypertension.** Curr Opin Cardiol. 17. 531 – 536.
- Tracy, S.J., Lutgen – Sandvik, P., & Alberts, J.K. (2006). **Nightmares, demons and slaves: Exploring the painful metaphors of workplace bullying.** Management Communication Quarterly, 20, 148–185.
- World Health Organization (WHO). (2012). **Definition of Hypertension.** Retrieved from http://www.who.int/topics/essential_hypertension/en/.
- Wright, L. M. (2005). **Spirituality, suffering and illness: Ideas for healing.** Philadelphia : F. A. Davis.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). **Beliefs and illness a model for healing.** Alberta, Canada: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). **Beliefs: The heart of healing in families and illness.** NewYork: Basic Books.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). **Nurses and families: A guide to family assessment and intervention** (4th ed. Philadelphia: F. A. Davis.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ที่มีภาวะติดเชื้อในช่องท้องร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ณัฐชัย คำแสน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลปรังคู้ จ.ศรีสะเกษ

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease, ESKD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน หลังจากที่มีนโยบายทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้นมากกว่า 170,000 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 19,000-22,000 ราย (ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2563)

พยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางโครงสร้าง หรือหน้าที่ของไตเป็นระยะเวลานานเกิน 3 เดือน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ โดยตรวจพบลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือพบร่วมกันในสองข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีลักษณะที่แสดงถึงความผิดปกติของไต (kidney damage) อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ต่อเนื่อง นานเกิน 3 เดือน โดยไม่ขึ้นกับค่าอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR)

1.1 ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) โดยค่าปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ (albumin excretion rate, AER) ≥ 30 มก.ต่อวัน หรือสัดส่วนของอัลบูมินต่อครีเอตินีนในปัสสาวะ (albumin-to creatinine ratio, ACR) ≥ 30 มก.ต่อกรัมของครีเอตินีน

1.2 ตรวจพบความผิดปกติของการตรวจตะกอนปัสสาวะ (urine sediments) โดยเฉพาะตรวจ พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria)

1.3 มีความผิดปกติของเกลือแร่ (electrolyte) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดฝอยไต (renal tubules)

1.4 ตรวจพบความผิดปกติของไตทางรังสีวิทยา

1.5 ตรวจพบความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไต

1.6 มีประวัติการได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2. ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มล./นาท./1.73 ตร.ม. ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

(End-Stage Renal Disease: ESRD) เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของไตหรือการที่ไตไม่สามารถกรองของเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานลดลงจนความสามารถในการทำหน้าที่กรองของเสียของไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาท./1.73 ตารางเมตร เกิดพยาธิสภาพที่เนื้อไต เกิดการคั่งค้างของเสียในร่างกายจำนวนมาก อาจส่งผลทำให้ถึงเสียชีวิตได้ในที่สุด

สาเหตุการเกิดโรค

สาเหตุการเกิดโรคเกิดได้จากหลายสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคไตอักเสบ นิ่วไต และการได้รับยาหรือสมุนไพรที่มีพิษต่อไต

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมักจะมีอาการผิดปกติชัดเจน ได้แก่ หน้าบวม ขาบวม ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ปัสสาวะมีฟองหรือเลือดปน ผิวแห้งและคัน อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซึ่งผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายนี้จะไม่สามารถรักษาได้ด้วยการคุมอาหารและกินยาเหมือนโรคไตเรื้อรังระยะอื่น ๆ ค่าตรวจอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาท./1.73 ตารางเมตร

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดทดแทนไตร่วมด้วย ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) เป็นวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังวิธีหนึ่ง โดยใส่สายล้างช่องท้อง (peritoneal access) เข้าไปฝังในโพรงช่องท้อง เพื่อใส่น้ำยา

ล้างไตเข้าไปล้างไว้ในช่องท้องให้มีการแลกเปลี่ยนของเสียระหว่างน้ำยากับเยื่อช่องท้องโดยต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

การล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดทดแทนไตเพื่อรักษาภาวะไตวายเนื่องจากกระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำและสารต่างๆในร่างกายเป็นไปอย่างช้าๆ จึงมีผลกระทบต่อร่างกายเพียงเล็กน้อยเหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาโรคหัวใจ และผู้ที่มีเส้นเลือดไม่ดีพอที่จะทำผ่าตัดทำเส้นเลือดถาวร

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย นอกจากการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งประกอบด้วย การพยาบาลด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณแล้ว พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญตามบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect) ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย (Assessment) รวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันทีที่รับไว้ในความดูแล ติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น อาการบวมหรือหายใจหอบจากภาวะน้ำเกิน ภาวะซีด

2. การจัดการอาการรบกวน (Symptom Distress Management) การช่วยเหลือ บรรเทาอาการรบกวนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย ถัดตามร่างกายหรือภาวะถูกคุกคามต่อชีวิต

3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การลดความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การพลัดตกหกล้ม การได้รับบาดเจ็บจากเครื่องมือทางการแพทย์

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น ภาวะน้ำเกิน เสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย รวมถึงการป้องกันจากผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น การติดเชื้อในช่องท้องจากการล้างไตทางหน้าท้อง

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) การประสานงานในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ การประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว (Facilitation of Patient and Family Self Care) การสร้างความรู้ในการดูแลตนเอง การฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น เทคนิคการล้างไตทางช่องท้อง การทำแผล Exit side

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย (Enhancement of Patient Satisfaction) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ สร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

กรอบแนวคิดการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการดูแลระดับบุคคล โอเร็มอธิบายหลักการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิต มีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี” ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีและมีความเชื่อมโยงกัน ดังนี้

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆทางด้านการพัฒนาและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง ได้แก่ การดูแลตนเอง และ ความสามารถในการดูแลตนเอง

2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of selfcare deficit) ความต้องการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความพร่องในการดูแลตนเอง

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี BW 46 kg ความสูง 155 ซม. มีโรคประจำตัว HT และ ESRD รักษาด้วยการทำ CAPD มาเป็นระยะเวลา 2 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 9 ตุลาคม 2565

อาการสำคัญ มีไข้ ปวดท้อง ก่อนมา 3 วัน

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมา ไข้ ปวดท้องคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต มีโรคประจำตัว HT เริ่มรักษาตั้งแต่ปี 2559

ประเมินสภาพแรกพบ รู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย ปวดท้อง ไม่มีกระสับกระส่าย สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/55 mmHg MAP=64 mmHg

ตรวจร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง - ผิวคล้ำ ก่อนข้างแห้ง

ปาก - ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผล

ตา - เปลือกตาซีด

หู คอ จมูก - ปกติ

Abdomen : moderate tender at umbilicus

ผลการตรวจ X-ray - เอกซเรย์ทรวงอก ผลปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : WBC= 10,230/mm³ Neutrophil =91%
Hematocrit = 24.9 % Electrolyte: K= 2.51 mEq/l Na =132 mEq/l BUN = 37 mg/dl Creatinine = 8.92 mg/dl eGFR=6 (Stage5), PDF: Cell count ผล WBC= 4,120/mm³ RBC = 320/mm³ , Cell diff Neutrophil = 58%

การวินิจฉัยของแพทย์ Infected CAPD R/O Peritonitis with ESRD with Septic shock with Hypokalemia

การรักษา

9/10/2565 ให้ Levophed (4:250) 12 ml/hr IV titrate ทุก 15 min ครั้งละ 3 ml/hr keep MAP $\geq$ 65 mmHg , Cefazolin 1 gm OD และ Ceftazidime 1 gm OD Intraperitoneal ,E.KCL 30 ml oral ทุก 3 ชม. จำนวน 3 dose
10/10/2565 ให้ Tramol 50 mg vein prn ทุก 12 ชม. E.KCL 30 ml oral ทุก 3 ชม. จำนวน 1 dose Continue Antibiotic ต่อ Levophed (4:250) 12 ml/hr IV titrate ทุก 5 min ครั้งละ 3 ml/hr keep MAP $\geq$ 65 mmHg

11/10/2565 ให้ยาเดิมผู้ป่วย ASA (81) 1 tab oral pc, Omeprazole (20) 1 cap oral ac, Simvas (20) ¹/₂ tab hs, Moduretic (20) ¹/₂ tab oral pc, Lactulose 30 ml oral hs, Folic 1 tab oral pc, Obimin 1 tab oral pc, Doxazocin (2) 2 tab oral hs ,Ferrous Fumarate 1 tab oral tid pc

12/10/2565 ให้รับยาปรับประตวนเดิม และให้ Cefazolin 1 gm OD และ Ceftazidime 1 gm OD Intraperitoneal ไปให้ต่อ รพ.สต. ใกล้บ้าน

รายงานการติดตามเยี่ยมบ้าน

20/10/2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ADL 20/20 คะแนน สัญญาณชีพ BT=36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที RR= 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/74 mmHg. O₂ saturation Room air =98% Lung :Clear , Abdomen : Soft not tender ไม่ปวดท้อง น้ำยาล้างไตไม่ขุ่น ได้ก่ำไรดี ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวมีภรรยาและบุตร 2 คน สัมพันธภาพในครอบครัวดี สภาพที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูนชั้นเดียว ห้องเปลี่ยนน้ำยา/ ห้องน้ำ/ อ่างล้างมือสะอาดมีคิซิด ภายในบ้านวางของเป็นระเบียบ มีฝุ่นเล็กน้อย ผู้ป่วยประกอบอาหารเอง ทานอาหารรสจืด รับประทานยาสม่ำเสมอ Run CAPD จำนวน 4 cycle กำจัดถุงน้ำยาที่ใช้แล้วโดยการขาย มีคนมารับซื้อที่บ้าน ประเมินทักษะการทำแผล Exit side ยังทำได้ไม่ถูกต้อง ฝึกทักษะการทำแผลให้ถูกต้อง นัดติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องอีก 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้ยาครบ 14 วัน มาตรวจตามนัดหลังได้ยาครบ ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง สีน้ำล้างไตใส ผลตรวจน้ำ PDF ผลปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

ไข้ ปวดท้อง อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/55 mmHg MAP=64 mmHg ประเมิน SOS = 7 คะแนน น้ำยาล้างไตขุ่น Abdomen : moderate tender at umbilicus CBC : WBC= 10,230/mm³ Neutrophil = 91% น้ำ PDF: cell count ผล WBC= 4,120/mm³ RBC = 320/mm³ , Cell diff= Neutrophil 58%
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อาการตัวเย็น กระสับกระส่าย อาการปวดท้อง และ Pain score ลักษณะของน้ำ PDF
2. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา Levophed (4:250) 12 ml IV titrate ทุก 15 min ครั้งละ 3 ml/hr keep MAP $\geq$ 65 mmHg เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น เกิดเนื้อตายบริเวณที่ใส่ยา ความดันโลหิตสูง
3. ดูแลให้ยา Cefazolin 1 gm OD และ Ceftazidime 1 gm Intraperitoneal ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทำลายเชื้อแบคทีเรียและสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น แน่นหน้าอก มีผื่นตามร่างกาย
4. ดูแลเจาะ Hemo culture 2 specimen เพื่อประเมินความจำเพาะของเชื้อก่อเหตุ
5. Record Intake/Out put ทุก 8 ชม. Keep $\geq$ 200 ml /4 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อก
6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานแพทย์
7. วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชม. ถ้า SOS $\geq$ 4 คะแนน รายงานแพทย์ทราบ
8. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบ เช่น ตัวเย็น กระสับกระส่าย เหงื่อออก

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/66 mmHg วัด O₂ saturation =98% Room air PDF: cell count= WBC 870/mm³ , RBC 300/mm³ , Cell dif Neutrophil = 86% Lymphocyte 4%, Hemo culture 2 specimen ผลไม่ขึ้นเชื้อ ผลตรวจ PDF Culture : No Growth น้ำ PDF มีลักษณะใส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

มีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย Electrolyte: K = 2.80 mEq/l , Na = 132 mEq/l

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อาการซึมลง แขนขาอ่อนแรง
2. ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ
3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา E.KCL 30 ml oral ทุก 3 ชม. จำนวน 1 dose ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ติดตามผลตรวจ Electrolyte เพื่อประเมินระดับเกลือแร่ในร่างกาย
5. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง
6. กระตุ้นให้รับประทานอาหาร และแนะนำให้รับประทานผลไม้ เช่นกล้วย ส้ม เพื่อเพิ่มระดับโพแทสเซียมในร่างกาย

การประเมินผล

เกลือแร่ลดลง ผลตรวจ Electrolyte: K = 3.73 mEq/l Na = 130 mEq/l

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

มีโอกาสเกิดภาวะคั่งของของเสียในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

เกลือปัสสาวะ ผล Creatinine = 8.92 mg/dl ค่า eGFR = 6 (Stage 5)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะคั่งของของเสียในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการของเสียคั่งในร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย มึนงง เบื่ออาหาร บวมมากขึ้น หายใจหอบลึก
2. จำกัดน้ำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำได้ไม่เกิน 1,000 ml/day
3. ประเมินและติดตามการรับประทานยาตามการรักษาของแพทย์
4. ประเมินการล้างไตทางหน้าท้องด้วยน้ำยา 1.5% PDF 2,000 ml จำนวน 4 cycle/day เพื่อขับของเสียออกจากร่างกาย
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร Low salt diet
6. Record Intake/Out put Keep Urine ≥ 200 ml/4 ชม.

การประเมิน

ไม่มีอาการซึม ไม่มีสับสน ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ทำ CAPD ได้กำไร 200 ml/day, No Pitting edema

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

มีภาวะซีดเนื่องจากประสิทธิภาพการสร้างฮอร์โมน Erythropoietin ของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

เกลือปัสสาวะ Hematocrit = 24.9 % Conjunctiva pale

วัตถุประสงค์

เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเหนื่อยเพลีย ซีด วิงเวียน Capillary refill
2. ดูแลให้ได้รับยา EPIAO 4000 IU subcutaneous 2 ครั้ง / สัปดาห์ ทุกวันอังคารและพฤหัสบดี เพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือด
3. ดูแลให้รับประทานยา Folic 1 tab oral pc และ Obimin 1 tab oral pc ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. แนะนำอาหารที่เพิ่มธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับ เลือด เนื้อสัตว์
5. ติดตามผลการตรวจความเข้มข้นเลือด

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีเหนื่อยเพลีย วิงเวียน Conjunctiva mild pale, Hematocrit = 27.5%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

สีหน้าแววตาทำทางวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวล โดยการสัมภาษณ์ พูดคุย สังเกตอาการ
2. ประเมินสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เพื่อไม่ให้เกิดความวิตกกังวลมีความรุนแรงมากขึ้น
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว เพื่อคลายความกังวลและผ่อนคลายมากขึ้น
4. ให้ความสนใจและตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลหรือระบายความรู้สึก
5. พูดคุยและให้ข้อมูลโดยใช้ประโยชน์จาก กระดาษ ไม่ซับซ้อน และเข้าใจง่าย เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจได้มากขึ้น
6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พุดจาสุภาพและให้การพยาบาลด้วยความเป็นกันเอง
7. เปิดให้มีช่องทางขอคำปรึกษา กรณีผู้ป่วยและญาติมีความกังวลในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลเข้าใจแผนการรักษา สีหน้าแววตาสดชื่นขึ้น ทำทางผ่อนคลายมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

มีโอกาสกลับมารักษารักษาซ้ำด้วยโรคและอาการเดิมเนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การทำแผล Exit side ที่ไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การดูแลตนเองให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ
2. ประเมินทักษะการทำ CAPD ที่บ้าน โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำได้ถูกต้อง
3. แนะนำการสังเกตผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ ปวดท้อง และลักษณะน้ำ PDF สีขุ่น
4. เน้นย้ำผู้ป่วยและญาติในการรักษาความสะอาดห้องสำหรับล้างไต และบริเวณจัดเก็บน้ำยาล้างไตให้สะอาดอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ
5. แนะนำการดูแลตนเองในเรื่องการใช้ยา การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ แจ้งเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 พร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ ของหน่วยงานเพื่อปรึกษาปัญหาได้ตลอดเวลา
6. นัดติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพและทีมในชุมชน

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค สามารถทำแผล Exit side ได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี มีโรคประจำตัว HT และ ESRD รักษาด้วยการทำ CAPD มาเป็นระยะเวลา 2 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 9 ตุลาคม 2565 มาโรงพยาบาล ด้วยอาการ มีไข้ ปวดท้อง ก่อนมา 3 วัน แพทย์วินิจฉัย Infected CAPD R/O Peritonitis with ESRD with Septic shock with Hypokalemia พิจารณาให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตเนื่องจากมีภาวะ Septic shock และยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 gm OD และ Ceftazidime 1 gm Intraperitoneal เพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ได้วางแผนการพยาบาลร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้านและให้ยาปฏิชีวนะทาง Intraperitoneal ต่อจนครบ 14 วัน ที่ รพ.สต. ใกล้บ้านสรุปการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 4 วัน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและประสานการดูแลต่อเนื่องกับชุมชน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังได้ยาปฏิชีวนะครบ ผลการตรวจน้ำ PDF ไม่พบการติดเชื้อ

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและเกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้องร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการเกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้องจนทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมีโอกาสทำให้เกิดการเสียชีวิตค่อนข้างสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินและการรักษาที่ถูกต้องทันทั่วทั้ง เพื่อป้องกันความรุนแรงต่อชีวิต การเสริมพลังให้กับผู้ป่วย/ญาติและชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเพื่อประเมินติดตามทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง วันละ 4 รอบ ขั้นตอนในการล้างไตทางช่องท้องเป็นการใช้ทักษะจำเป็นอย่างเฉพาะที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ จึงจำเป็นต้องมีทักษะที่ถูกต้อง มีสถานที่และอุปกรณ์เครื่องมือที่มีความพร้อมสำหรับการดูแลตนเอง และเนื่องจากการดูแลในระยะยาวจำเป็นต้องมีผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีคตทนสูง มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลอยู่เสมอ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิสภาพของโรค การประเมิน การเฝ้าระวัง การวางแผน การดูแลร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย การประสานการดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านและเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำและมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมูลค่าค่อนข้างสูง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้องและมีความรุนแรงทำให้เกิดภาวะติดเชื้อที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ เพื่อให้กระบวนการดูแลรักษาได้ประสิทธิภาพมากขึ้น จึงขอเสนอแนะดังนี้

1. ด้านบุคลากร ควรมีการจัดอบรมให้กับบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอทุกปี เกี่ยวกับการความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเพื่อให้สามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
2. ด้านระบบงาน มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ในการติดตามประเมินผลทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติในการล้างไตทางช่องท้อง มีระบบการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้คำแนะนำและดูแล เนื่องจากการดูแลเป็นระยะยาวนานและเป็นการดูแลตนเองที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะและความยุ่งยาก

3. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ควรสนับสนุนอุปกรณ์/เครื่องมือให้มีความเพียงพอในการให้บริการสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการล้างไตทางช่องท้องเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว

4. ด้านการประสานงาน การส่งต่อข้อมูลจำเป็นสำคัญอย่างครบถ้วนเพื่อให้สามารถดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม มีระบบการติดตามประเมินผล การตอบกลับการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่ายและประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2556). **ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง**. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2557). **เวชบำบัดภาวะวิกฤตทางอายุรศาสตร์**. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลราชวิถี.
- พรศิริ พันธสี. (2558). **กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก**. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- ศิริลักษณ์ ญทอง. (2561). บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. **วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ**, 1(1), 46-57.

แสงวี มณีศรี. (2560) **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. **คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต**. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์

อรรณพ ชันสำรี, และสุชาดา รัชกุล. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลรัฐ, **วารสารรามธิบดีเวชสาร**, 33(2), 57-64.

Corciulo, R., & Corciulo, S. (2017). The peritoneal ultrafiltration in patients with cardio-renal disease. *Giornale Italiano di Nefrologia: Organo Ufficiale Della Societa Italiana di Nefrologia*, 34(Suppl 69), 86-103.

Ansari, N. (2011). Peritoneal dialysis in renal replacement therapy for patients with acute Kidney injury. *International Journal of Nephrology*, ID 739794. doi:10.4061/2011/739794.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)

นภาพร โพธิ์ศรี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก ประกอบด้วยลักษณะอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และมีอาการแสดง นานกว่า 24 ชั่วโมง (World Health Organization, 2006) โดยอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการแตก ตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดภายในสมอง ซึ่งการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีเป้าหมาย ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด ตั้งแต่ในระยะแรก จะช่วยลดความพิการและอัตราการตายได้ (Shephard, 2004)

องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้รายงานโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ จากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลก พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปี ตั้งแต่ 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) เป็นภาวะที่มีเลือดออกในสมอง ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของสมองของผู้ป่วยและครอบครัว จากสถิติทั่วโลกพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก ประมาณ 250,000-500,000 รายต่อปี สถาบันประสาทวิทยาพบสถิติผู้ป่วย 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2559-2561) จำนวน 27,000 ราย ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือเกิดความพิการตลอดชีวิตจากผลกระทบดังกล่าวสร้างความทุกข์ ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นภาระของครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ต้องใช้ระยะเวลานาน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2561)

จากสถิติโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่เข้า

รับการรักษา มีจำนวน 292, 350 และ 361 รายต่อปี ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกปีและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายน้อยกว่า 25%) ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 ร้อยละ 43.45, 36.04 และ 39.74 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติรายงานตัวชี้วัดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปี 2565) จากการวิเคราะห์อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปี 2563 - 2565 พบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่เสียชีวิต ร้อยละ 25.05 เป็นผู้ป่วย Severity (GCS $\leq$ 4) มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ทำให้เกิดภาวะสมองบวมร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น การมาโรงพยาบาลช้าเกิน มีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนในโรงพยาบาล ร้อยละ 64.75 จากการมีโรคประจำตัว พฤติกรรมการดื่มสุรา การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งการรับยา Anticoagulant สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่พร้อมในการผ่าตัด ญาติหรือบุตรหลานไม่พร้อมดูแล ร้อยละ 10 ปฏิเสธการผ่าตัดลดแรงดันกะโหลก เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการรักษาที่จำเพาะแบบเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิตและจำกัดความพิการไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะ ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการถือว่าเป็นโอกาสทอง ในการรักษาเพื่อจำกัดความรุนแรงของโรคและการฟื้นฟูสภาพ (นภาพร บุญสิงห์, 2562) แนวทางการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนในการรักษา โดยการประชาสัมพันธ์อาการให้ผู้มารับบริการในหลากหลายช่องทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่รวดเร็วขึ้นทั้งในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง การปรับปรุงระบบ Fast track ในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้มแข็งหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เฉพาะ (Definitive care) โดยมีการปรับปรุงระบบ Fast track ในโรงพยาบาลให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยผู้ป่วยต้องได้รับ การประเมินคัดกรองที่ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม การวินิจฉัย และการรักษาที่รวดเร็วเหมาะสม การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease) หรือเรียกว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงอันประกอบด้วยลักษณะของความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง สาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลงหรือมีอาการเลือดออกในสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่นที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก ซึ่งตามความหมายขององค์การอนามัยโลกโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงเฉพาะภาวะที่มีลิ่มเลือดหรือสิ่งอุดตันในหลอดเลือดสมอง (thrombotic หรือ embolic occlusion) ทำให้เนื้อสมองตายบางส่วนหรือมีการแตกของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวและเกิดความบกพร่องทางระบบประสาทที่อาการจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง สำหรับโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามพยาธิสภาพได้แก่โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) จากภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน พบได้ร้อยละ 80 และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด พบได้ร้อยละ 20 (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

พยาธิสภาพ

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ (ดวงทิพย์ บินไธสงค์, 2557)

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ เกิดการตีบตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง และเกิดจากการอุดตันของลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด

1.1 การตีบตันของหลอดเลือดในสมองส่วนใหญ่ มักจะมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) และความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นเวลานาน โดยภาวะหลอดเลือดแข็งตัวจะทำให้รูของหลอดเลือดแดงในสมองมีขนาดเล็กลง จนเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การตีบตันหลอดเลือดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่งของหลอดเลือดสมอง โดยจะพบมากที่บริเวณหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (middle cerebral arteries)

1.2 การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด ต้นกำเนิดของลิ่มเลือดดังกล่าวมักเกิดจากหัวใจ ภาวะหรือโรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือด ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) หรือจากการไต่ลิ้นหัวใจเทียม และภายหลังการผ่าตัดหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสิ่งอุดตันอื่น ๆ ที่ลอยในกระแสเลือด เช่น ฟองอากาศ ชิ้นส่วนของไขมันที่เกิดภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บ หรือกระดูกหัก เป็นต้น

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออก (hemorrhagic stroke) สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอ ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย เมื่อเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกมาจากการแตกของหลอดเลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (hematoma) เข้าไปเบียดแทนที่เนื้อสมองบริเวณที่มีการแตกของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกด เกิดการอักเสบ หากถูกกดและอักเสบเป็นระยะเวลา 3 - 6 ชั่วโมง ทำให้เกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือด และเกิดเนื้อสมองตาย และปัญหาสำคัญคือก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่ที่กดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าอาการเลือดออกรุนแรงทำให้เกิดภาวะสมองยื่น (brain herniation) ได้ถ้าการแตกของหลอดเลือดสมองไม่มากนักก้อนเลือดที่กดเบียดเนื้อสมองจะค่อยๆ ซึมเข้าสู่หลอดเลือดสมองจนหมดภายในระยะเวลา 2-6 เดือน ตำแหน่งของสมองที่เกิดภาวะเลือดออกได้บ่อย ได้แก่ basal ganglia, thalamus, cerebellum และ pons (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

3. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง สาเหตุการแตกของหลอดเลือด มักเกิดจากการได้รับบาดเจ็บ กระแทก อุบัติเหตุความดันโลหิตสูง หรือมีความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (ขวัญชนก เทพปิ่น, 2563)

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม โดยพบว่า เมื่ออายุยิ่งมากขึ้นจะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้นตามไปด้วย และพบอุบัติการณ์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เชื้อชาติผิวสีมากกว่าผิวขาว ส่วนปัจจัยทางพันธุกรรมนั้นพบว่า ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักมีความเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป

2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องโภชนาการ ภาวะอ้วน การมีความเครียดสะสมเรื้อรัง รวมถึงการมีพฤติกรรมไม่ใส่ใจดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้พบว่า ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะทำให้โอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน จากสมองส่วนนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากเส้นเลือดสมองแตก หรือจากก้อนเลือดที่ออกไปกดเบียดเนื้อสมองบริเวณใกล้เคียง อาการของภาวะเลือดออกในสมองพบได้ ดังนี้

1. ปวดศีรษะเป็นอาการที่พบได้บ่อยโดยจะพบมากในกลุ่มที่มีก้อนเลือดขนาดใหญ่
2. อาเจียนพบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง
3. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปโดยทั่วไปจะสัมพันธ์กับขนาดของก้อนเลือดและความดันในกะโหลกศีรษะ
4. การระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง (Meningism) ซึ่งจะพบอาการคอแข็งเกร็ง อาจพบได้ในบางรายที่มีก้อนเลือดแตกเข้าไปใน ventricle หรือมีเลือดออกที่ subarachnoid ร่วมด้วย
5. อาการตามตำแหน่งต่างๆของสมอง เช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiplegia) มักเกิดที่ตำแหน่งของ putamen, thalamus อาการชัก (seizure) มักจะพบในกรณีที่มีเลือดออกสมองชนิด lobar hematoma ส่วนถ้ามีเลือดออกใน cerebellum ก็จะพบอาการเดินเซหรือมี nystagmus เป็นต้น
6. หายใจขาด (apnea) มักจะพบร่วมกับการเกิดเลือดออกในบริเวณ posterior fossa เนื่องจากมีการกดก้านสมองหรือมีเลือดออกที่ก้านสมองเอง
7. อาการที่สัมพันธ์กับประวัติอุบัติเหตุ เช่น มีบาดแผลที่ศีรษะหรือมีหัวบวมปวดเพราะผู้ป่วยเหล่านี้มักจะได้ประวัติว่ามีการล้มหรือหมดสติแล้วศีรษะกระแทกถูกของแข็งซึ่งจำเป็นต้องนำมาพิจารณาในการซักประวัติด้วยว่าเหตุการณ์ใดเกิดก่อน

แนวทางการตรวจประเมินและการวินิจฉัย

แนวทางการประเมินและการตรวจการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

1. การซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญที่นำมาซึ่งข้อมูลที่สามารถบอกขอบเขตของปัญหาที่เฉพาะเจาะจงและนำไปสู่การตรวจต่อไป แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในการสื่อสาร และการรับรู้ดังนั้นก่อนการซักประวัติ ควรประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยและระดับการรู้สติของผู้ป่วยโดยใช้คำถามง่ายๆ ก่อน ถ้าผู้ป่วยตอบคำถามได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปควรซักประวัติจากญาติและผู้ดูแล ซึ่งส่วนสำคัญในการซักประวัติมีดังนี้

1.1 อาการสำคัญ เป็นอาการหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ ตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนกระทั่งนำส่งโรงพยาบาล เช่น วัน เวลา และสถานที่เกิดอาการ

กิจกรรมที่ผู้ป่วยกำลังทำอยู่ลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น เช่น เกิดทันทีทันใดหรือค่อยๆ เป็นมากขึ้น ความรุนแรง ตำแหน่งของร่างกายที่มีอาการ อาการที่เป็นลคลง มากขึ้น หรือทำเดิมมีอาการนำมาก่อนหรือไม่ เช่น ปวดศีรษะ มึนงง ความจำเสื่อม พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงหรือไม่ มีปัญหาการทรงตัว การเคลื่อนไหวหรือไม่ อ่อนแรงหรือไม่ มีปัญหาการพูดการได้ยิน หรือการมองเห็นหรือไม่ มีการรับรู้สติเปลี่ยนแปลงหรือไม่

1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น มีโรคประจำตัวหรือไม่ ประวัติการรักษายาบาล หรือประวัติการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

1.4 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว หรือโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย

2.1 ตรวจร่างกายทั่วไป ประกอบด้วยตรวจร่างกายในระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบหัวใจ ระบบหายใจ เป็นต้น

2.2 ตรวจร่างกายทางระบบประสาท เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมิน neurological sign ได้แก่ Glasgow Coma Scale (GCS), pupil reaction และ motor power เป็นต้น

การประเมินโดยใช้ Stroke Scale Score

- The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เป็น scale มาตรฐานที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการยอมรับในด้าน reliability และ validity โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงกว่าแปลผลว่า มีความรุนแรงของอาการมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่าในการศึกษาทางคลินิกจัดคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ขึ้นไป เป็น severe stroke และคะแนน 15 ขึ้นไปเป็น moderate stroke

- Barthel index ใช้น้อยกว่า NIHSS เป็นการให้คะแนนตามระดับของกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากการสังเกตและสอบถามผู้ป่วย โดยมีการประเมินทั้งหมด 10 กิจกรรม คะแนนเต็มเป็น 100 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำชี้ให้เห็นว่าเป็นต้องพึ่งพาการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (depend-dency)

- Modified Rankin scale ใช้น้อยเช่นกันในการประเมิน disability ของผู้ป่วยหลังเกิด stroke เป็น scale ที่พิจารณาความสามารถในการกระทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

3. การหา vascular risk factors และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Complete blood count with platelet count ดูภาวะเลือดหนืดความเข้มข้นเลือดสูง ก่อให้เกิดการไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกมักพบในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัดหรือเป็นโรคเลือดบางชนิด

- Fasting plasma glucose เพื่อช่วยวินิจฉัยโรคเบาหวานหรือในรายที่เป็นเบาหวานและใช้ยาลดน้ำตาล อาจเกิดภาวะน้ำตาลซึ่งทำให้มีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมองได้

- Lipid profile เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง และให้การรักษาร่วมด้วย

- Coagulogram, prothrombin time, activated partial thromboplastin time

- Electrolyte ช่วยแยกภาวะเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ เช่น เกลือแร่ต่ำอาจทำให้มีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง และ Blood chemistry เช่น BUN, Creatinine, LFT

4. การตรวจทางรังสีวิทยาได้แก่

4.1 การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์สมอง (Com-puted Tomography Scan; CT scan) เป็นการตรวจความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยใช้ลำแสงเอกซเรย์ผ่านอวัยวะที่ต้องการตรวจในแนวตัดขวาง และให้คอมพิวเตอร์สร้างภาพภาพที่ได้จะเป็นภาพตัดขวางส่วนที่ต้องการตรวจอย่างละเอียด ข้อดีคือ สามารถตัดภาพเอกซเรย์สมองได้ละเอียดและทำได้รวดเร็ว โดยมีประโยชน์ในการแยกโรคให้ชัดเจนว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกอีกทั้งยังช่วยแยกภาวะก้อนเนื้อในสมองที่ในสมองที่อาจมาด้วยอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมองได้

4.2 การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging; MRI) เป็นเครื่องมือบันทึกภาพทางการแพทย์โดยการส่งถ่ายพลังงานคลื่นวิทยุจากขดลวดส่งคลื่นความถี่วิทยุไปยังผู้ป่วยที่นอนอยู่ในสนามแม่เหล็กแรงสูง และพลังงานเหล่านี้จะสะท้อนกลับมายังตัวรับสัญญาณ (Receiver coil) โดยสัญญาณที่สะท้อนกลับมานี้จะถูกเปลี่ยนแปลงไปตามคุณสมบัติของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก็ถือข้อมูลสำหรับการสร้างภาพคอมพิวเตอร์ ตามสรีระของผู้ป่วยจากส่วนของร่างกายที่ถูกกระตุ้นด้วยพลังงานนี้ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าช่วยให้เห็นความผิดปกติของเนื้อสมองที่ได้รับบาดเจ็บจากการขาดเลือดให้รายละเอียด ความแม่นยำและประสิทธิภาพการวินิจฉัยโรคได้ดีกว่าการทำคอมพิวเตอร์สมองซึ่งในบางรายที่ได้รับการตรวจด้วยคอมพิวเตอร์สมองอย่างเร่งด่วนหรือความผิดปกติในเนื้อสมองมีขนาดเล็กอาจไม่เห็นสิ่งผิดปกติในการทำคอมพิวเตอร์ได้ Magnetic Resonance Angiography (MRA) ช่วยให้เห็นความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่หลอดเลือดที่ค่อนข้างไปถึงหลอดเลือดในสมองอย่างละเอียด มักนิยมทำควบคู่กับ MRI เป็นการตรวจที่มีความปลอดภัยสูง

การรักษา

1. การบำบัดรักษาทางศัลยกรรมของโรคหลอดเลือดสมองแตก การบำบัดรักษาทางศัลยกรรมของโรคหลอดเลือดสมองแตกที่สำคัญ คือ การผ่าตัด เพื่อนำก้อนเลือดออก และ/หรือ ผ่าตัด arteriovenous malformation (AVM), aneurysm เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ สำหรับการผ่าตัดก้อนเลือดที่อยู่ลึก อาจทำให้เกิดภาวะสมองบวมเพิ่มมากขึ้น ผลการรักษาจึงไม่ดี ดังนั้น การพิจารณาผ่าตัดจำเป็นต้องมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน

2. การบำบัดรักษาทางอายุรกรรมในระยะแรกของโรคหลอดเลือดสมองแตก

2.1 การบำบัดรักษาความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปจะไม่ให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะแรก ยกเว้นในรายที่มีความดันโลหิตสูงมาก ซึ่งอาจทำให้ขนาดของก้อนเลือดใหญ่ขึ้น เป้าหมายในการบำบัดรักษาความดันโลหิตสูง หลีกเลี่ยงภาวะ hypotension และควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมง

2.2 การบำบัดรักษาอุณหภูมิร่างกาย ในระยะแรกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมักมีไข้สูง กรณีที่อุณหภูมิร่างกายสูงมาก จะมีผล ต่อ brain metabolism ทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง

2.3 การบำบัดรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะแรกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก อาจตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งอาจเกิดจาก stress หรือ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเดิม การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ทำให้อัตราการเพิ่มขึ้น ฉะนั้นหากระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรพิจารณาให้ยารักษาเบาหวาน

2.4 การป้องกันอาการชัก ในผู้ป่วยที่มีอาการชัก ควรให้ยากันชักทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี lobar hemorrhage

2.5 การให้สารน้ำและเกลือแร่ การให้สารน้ำเป็นการช่วยเพิ่มปริมาตรในระบบการไหลเวียนโลหิต ควรให้ isotonic solution เช่น Normal saline และควบคุมสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte) ให้ปกติ

2.6 การบำบัดรักษาความดันในกะโหลกศีรษะสูง กรณีที่สงสัยมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ผู้ป่วยปวดศีรษะรุนแรง ชีพจร อาเจียน เห็นภาพซ้อน รูม่านตาขยาย ชีพจรช้า pulse pressure กว้าง เป็นต้น ให้การรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และปรึกษาประสาทศัลยแพทย์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะเฉียบพลันมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองระยะที่ 2 (second brain injury) จากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure) ป้องกันการล้มเหลวของระบบการหายใจ ระบบทั่วไปของร่างกายมีความสมดุล การพยาบาลพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว และการเปลี่ยนแปลง ทางระบบประสาท วัตถุประสงค์ของสาารน้ำ การดูแลให้ ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสาารน้ำ และอิเล็กโตรลัยท์ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดแฟบหรือปอดบวม การติดเชื้อ ลิ้มเลือดอุดตัน การเกิดแผลกดทับ และการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ

การรักษาในเบื้องต้นคือการควบคุมไม่ให้ความดันโลหิตสูงจนเกินไป โดยใช้ยาลดความดันโลหิต (anti-hypertensive drug) กรณีที่ SBP > 180 มิลลิเมตรปรอท อาจลดความดันโลหิตลงด้วยการให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ โดยมีเป้าหมายให้ความดันโลหิตลดลงร้อยละ 15 ของค่าความดันโลหิตเริ่มต้นหรือ SBP ต่ำกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท การลดความดันโลหิตอาจช่วยให้ขนาดของก้อนเลือดในสมองไม่เพิ่มขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรก แต่ไม่ควรลด SBP ให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท เพราะไม่มีประโยชน์และอาจมีผลเสียกรณีที่ SBP > 180 มิลลิเมตรปรอทและไม่มีอาการแสดงของการเพิ่มความดันโลหิตสูง อาจใช้วิธีติดตามความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดโดยยังไม่ให้ยาลดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) นอกจากนี้การดูแลรักษาด้วยยาต้านชักผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสชักร้อยละ 8 - 10 โดยเฉพาะใน lobar hemorrhage ส่วนการผ่าตัดรักษา มีเป้าหมายเพื่อลดความดันในช่องกะโหลกสมองเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายมักจะหวังผลในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการพอสสมควร แต่ในรายที่จะพิจารณาไม่ผ่าตัดนั้นจะมีผู้ป่วย 2 กลุ่มกลุ่มแรก คือกลุ่มผู้ป่วยที่อาการรุนแรงไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้หรืออาการแย่ลงอย่างรวดเร็วจากกรณีที่มีเลือดออกปริมาณมาก (massive bleeding) และกลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการน้อยหรือขนาดก้อนเลือดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร นอกจากนี้ยังประกอบอื่นที่ช่วยพิจารณาก็มีหลายประการเช่นการเบียดดันแนวกิ่งกลางโดยทั่วไปถ้าเบียดดันออกไปเกินกว่า 0.5 เซนติเมตรในผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะพิจารณาทำการผ่าตัดหรือกรณีเลือดออกบางบริเวณที่สำคัญจำเป็นต้องพิจารณาผ่าตัด (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ตั้งแต่แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยจนจำหน่ายคือการดูแลตั้งแต่ในระยะวิกฤติ การประเมินระบบประสาท การเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด การให้ยาลดความดันโลหิตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้ยาป้องกันการชัก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การประสานการดูแลกับแพทย์ระบบประสาท ต่อมาเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติจะเป็นระยะฟื้นฟู พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสมร่วมกับทีมการฟื้นฟูสภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ให้คำแนะนำการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำและร่วมวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ชายไทยอายุ 45 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพค้าขาย สถานภาพสมรส

รับไว้ในโรงพยาบาล : วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เวลา 15.25 น.

อาการสำคัญ : แขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบหลังตื่นนอน เวลา 13.00 น. มีแขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว (ญาติพบว่าอาการปกติดี เวลา 11.00 น.) จึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษา 5 ปี ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร รับยาไม่สม่ำเสมอ

การรักษา

เวลา 14.20 น. แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน เรียกทีมดูแลตามสั่งได้ ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 52 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่า Oxygen saturation 100% ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score; GCS) ได้ 14 คะแนน (E3V5M6) ขนาดของรูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงขนาด 3 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 123 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ การประเมินกำลังแขนและขาซ้าย อยู่ในระดับ 1 แขนและขาขวาอยู่ในระดับ 5 ประเมิน National institutes of health stroke score (NIHSS) ได้ 13 คะแนน แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองให้การรักษาโดยการให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประสานส่งต่อมาโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเพื่อทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ศูนย์ส่งต่อประสานห้องบัตรทำประวัติผู้ป่วย แจ้งห้องฉุกเฉินเตรียมความพร้อมในแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ใน 4.5 ชั่วโมง และแจ้งศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์เตรียมความพร้อม

เวลา 15.25 น. แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยซึม ไม่ทำตามสั่ง มีอาเจียน 1 ครั้ง มีเสียงกรน ตรวจร่างกายพบอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ความดันโลหิต 185/119 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่า Oxygen saturation 98 % ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score; GCS) ได้ 10 คะแนน (E1V4M5) รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง การประเมินกำลังแขนและขาซ้ายอยู่ในระดับ 1 แขนและขาขวาอยู่ในระดับ 5 ประเมิน National institutes of health stroke score (NIHSS) ได้ 13 คะแนน ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่ามีเลือดออกในสมองส่วน Right basal ganglia with intraventricular hemorrhage with midline shift แพทย์ให้การรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด 7.5 มิลลิเมตร ลึก 22 เซนติเมตร ให้ยา Valium 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และ ยา propofol 14 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การรักษาตามแนวทางปฏิบัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโดย ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร

ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ normal sinus rhythm rate 68 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดไม่พบน้ำและลมในปอด

เวลา 15.50 น. ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทให้ยาควบคุมความดันโลหิตให้ยา nicardipine 20 มิลลิกรัมผสมใน 0.9 % NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และวางแผนเตรียมผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ให้รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยมีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) จากมีเลือดออกในสมอง
3. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักกะโหลกศีรษะใส่ท่อช่วยหายใจ
4. มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอันเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
1. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม Glasgow Coma Score : GCS ได้ 10 คะแนน (E1 V4 M5) 3. ผู้ป่วยมีอาเจียน 1 ครั้ง 4. มีเสียงกรน เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจนชีพจรเร็ว เยื่อปอดแห้งชื้นเขียว และไม่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ 2. ค่าสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80-150/90 มิลลิเมตรปรอท - ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที - อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16 - 20 ครั้งต่อนาที - อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส - ค่า Oxygen saturation 95-100 % 3. ค่า EtCO₂ อยู่ในช่วง 35 -45 mmHg. 4. Glasgow coma scale 15 คะแนน หรือไม่ลดลงกว่าเดิม รุ่มนานตามมีปฏิกิริยาต่อแสงขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง	1. สังเกตอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ชีพจรเร็ว เยื่อปอดแห้งชื้นเขียว 2. ดูแลจัดทำทางเปิดทางเดินหายใจ หายใจแบบ Jawthrust ดูแลและนำลายในปากให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจแบบ RSI (Rapid Sequence Induction) โดย - เตรียมผู้ป่วยก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยการจัดทำเปิดทางเดินหายใจ pre-oxygenation ให้ผู้ป่วยหายใจผ่าน face mask และ self- inflating bag with reservoir เปิดออกซิเจน flow 15 ลิตร/นาทีโดยให้ mask แนบแน่นกับหน้าผู้ป่วย นาน 3- 5 นาที - เตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจแบบรวดเร็วให้พร้อม - เตรียม EtCO₂ monitoring หลังการใส่ท่อช่วยหายใจ monitoring - เตรียมเครื่องช่วยหายใจ Setting PSV mode PS=8 ,PEEP=5, FiO₂=0.4 อยู่ใน stand by mode - ดูแลให้ยา ให้ยา Valium 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และ ยา propofol 14 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ และสังเกตอาการหลังได้รับยาและภาวะแทรกซ้อน - ดำเนินการใส่ท่อทางเดินหายใจ หลังรอน้อย 1 นาทีโดยต้องมั่นใจว่าผู้ป่วย	1. ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจนไม่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ หายใจได้สะดวก 2. หลังเปิดทางเดินหายใจผู้ป่วยไม่พบเสียงกรนหรือลิ้นตก 3. ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแบบ RSI (Rapid Sequence Induction) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ - ค่า EtCO₂ = 40 - 45 mmHg. - หายใจตามเครื่องได้ 20 ครั้งต่อนาที ค่า Oxygen saturation 98-100 % 4. อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 185/119 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 ครั้ง ต่อนาที หายใจตามเครื่อง 20 ครั้งต่อนาที ค่า Oxygen saturation 98-100 % 5. ตำแหน่งท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ 22 เซนติเมตรที่มุมปาก ผลผลเอกซเรย์ปอดท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 6. ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Score : GCS ได้ E2 VTM5 รุ่มนานตามมีปฏิกิริยาต่อแสงขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	อยู่ในภาวะ full paralysis จึงทำการใส่ท่อทางเดินหายใจ กิจกรรมการพยาบาล -ประเมินค่า EtCO₂ หลังการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อยืนยันตำแหน่งท่อทางเดินหายใจ - ดูแลให้ผู้ป่วย On Ventilator setting PSV mode PS=8 ,PEEP=5, FiO₂=0.4 ตามแผนการรักษา 5. วัดสัญญาณชีพและวัดซ้ำทุก 5 นาที และบันทึกอาการ หากพบความดันเลือดสูง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว, ช้ำ หรือผิดปกติ ภาวะหายใจล้มเหลว และการหยุดหายใจ รายงานแพทย์ทันที 6. ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจและผลเอ็กซเรย์ปอด 7. ประเมินลักษณะการหายใจและประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบ่งพร่อง	
2. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) จากมีเลือดออกในสมอง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม Glasgow Coma Score : GCS ได้ 10 คะแนน (E1V4M5) รุนานตามีปฏิกิริยาต่อแสง ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง 2. ความดันโลหิต 185/119 มิลลิเมตรปรอท 3. พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การประเมินกำลังแขนและขา ด้านซ้าย อยู่ในระดับ 1 แขนและขาขวา อยู่ในระดับ 5 2. ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Right basal ganglia with intraventricular hemorrhage with midline shift เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ระดับความรู้สึกตัวลดลง รุนานตามีปฏิกิริยาต่อแสง ไม่เท่ากัน ชักเกร็ง Pulse pressure แคบ หัวใจเต้นช้า หรือหยุดหายใจ	1. ประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ระดับความรู้สึกตัวลดลง รุนานตามีปฏิกิริยาต่อแสง ชักเกร็ง Pulse pressure แคบ หัวใจเต้นช้า หรือหยุดหายใจ 2. การจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ 3. ดูแลให้ผู้ป่วย On Ventilator setting PSV mode PS=8 ,PEEP=5, FiO₂=0.4 ตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต nicardipine 20 มิลลิกรัมผสมใน 0.9 % NaCl 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 5 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา 5. ดูแลดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ และใช้เวลาในการดูดเสมหะไม่เกิน 10 วินาทีต่อครั้ง และเว้นระยะเวลายาวน้อย 2 นาที ก่อนดูดเสมหะครั้งต่อไป เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ	1. ผู้ป่วย ไม่มีอาการชักเกร็ง รุนานตามีปฏิกิริยาต่อแสงขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ชีพจร 68 ครั้งต่อ นาที ความดันโลหิต 179/110 มิลลิเมตรปรอท 2. จัดทำนอนการจัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงได้ 3. ผู้ป่วยหายใจตามเครื่องได้ อัตรา 18-20 ครั้งต่อนาที ค่า Oxygen saturation 98-100 % 3. ปรับยา nicardipine 20 มิลลิกรัมผสมใน 0.9 % NaCl 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือด อยู่ 15 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 4. ไม่เกิดแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง ขณะดูดเสมหะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
2. Motor power ดีขึ้นหรือไม่แย่ง Pupil เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ เท่ากันสองข้าง 3. ค่าสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80-150/90 มิลลิเมตรปรอท - ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที - อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16 - 20 ครั้งต่อนาที - อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส - ค่า Oxygen saturation 95-100 % - ผล Electrolytes อยู่ในเกณฑ์ปกติ Sodium (Na) = 135-145 mEq/L Potassium (K) = 3.5-5.0 mEq/L Chloride = 90-106 mEq/L CO₂ = 24 -30 mEq/L - ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 70-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ -Urine ออก 0.5-1 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง	6. ดูแลให้สารน้ำ 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง เพื่อเพิ่มปริมาตรการไหลเวียนเลือด ตามแผนการรักษา 7. สังเกตเลือด CBC, Electrolyte, Creatinine, BUN, PT, PTT, INR, VDRL, anti HIV และระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินสมดุลอิเล็กโทรลัยท์ 8. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามและประเมินน้ำเข้าออกจากร่างกายและบันทึกข้อมูล 9. ดูแลห่มผ้าให้ความอบอุ่นร่างกาย 10. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น การเกร็งตัวการเบ่งถ่าย การไอ และการงอข้อสะโพก และดูแลให้พักผ่อนบนเตียง 11. ประเมินสัญญาณชีพและประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที และบันทึกอาการ	5. ได้สารน้ำในห้องฉุกเฉินรวม 150 มิลลิลิตร 6. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolytes Sodium (Na) = 135 mEq/L Potassium (K) = 4 mEq/L Chloride = 100 mEq/L CO₂ = 24 mEq/L DTX= 123 mg% 7. ปัสสาวะออกรวม 200 มิลลิลิตร 8. ร่างกายอบอุ่นดี 9. ไม่มีการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะและพักผ่อนบนเตียงได้ 10. อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียสชีพจร 68 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 179/110 มิลลิเมตรปรอท หายใจตามเครื่องได้สม่ำเสมอ 18-20 ครั้งต่อนาที Glasgow Coma Score : GCS ได้ E2VTM5 การประเมินกำลังแขนและขาข้างซ้าย อยู่ในระดับ 1 แขนและขาขวาอยู่ในระดับ 5 รุนานตามีปฏิกิริยาต่อแสงขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง
3. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชีพ Glasgow Coma Score : GCS ได้ 10 คะแนน (E1V4M5) 2. อาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว การประเมินกำลังแขนและขาข้างซ้ายอยู่ในระดับ 1 แขนและขาขวาอยู่ในระดับ 5 2. ผู้ป่วยมีคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง เกณฑ์การประเมินผล 1. ผลการตรวจร่างกายโดยการฟังปอดไม่ได้ยินเสียง rales หรือ crepitation หรือเคาะปอดได้เสียงทึบ	1. ประเมินปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการสำลักและปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ มีประวัติการสำลักภาวะกลืนลำบากหรือการอาเจียนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง 2. ประเมินอาการทางระบบประสาทและสังเกตอาการแสดงของภาวะกลืนลำบากได้แก่อาการเสียงแหบพูดไม่ชัด 3. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และดูดเสมหะ ใช้หลัก Sterile Technique 4. ล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง	1. แกร็บผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิม และมีอาเจียน 1 ครั้ง 2. Glasgow Coma Score : GCS ได้ 10 คะแนน (E1V4M5) อาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว 3. ได้รับดูดเสมหะ ใช้หลัก Sterile Technique 4. หายใจตามเครื่องได้ 18- 20 ครั้งต่อนาที 5. ฟังเสียงปอดเท่ากันทั้งสองข้างไม่พบเสียงผิดปกติ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบ infiltration

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
2. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ไม่พบ infiltration 3. ค่าสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ – ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80–150/90 มิลลิเมตรปรอท – ชีพจรอยู่ในช่วง 60–100 ครั้งต่อนาที – อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16 – 20 ครั้งต่อนาที – อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส – ค่า Oxygen saturation 95–100 %	5. ดูแลให้ผู้ป่วย On Ventilator setting PSV mode PS=8 ,PEEP=5, FiO2=0.4 ตามแผนการรักษา 6. ประเมินภาวะปอดอักเสบจากการสำลักจากภาวะดูแลโดยประเมินสิ่งผิดปกติ เช่นการตรวจร่างกายโดยการฟังปอดได้ยินเสียง rales หรือ crepitation หรือเคาะปอดได้เสียงทึบและประเมินจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก 7. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการและการติดเชื้อที่ปอด เช่นอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว อัตราการหายใจที่ผิดปกติ Oxygen saturation < 95 % เป็นต้น	6. อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 185/119 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 ครั้ง ต่อนาที หายใจตามเครื่อง 20 ครั้งต่อนาทีค่าOxygen saturation 98–100 %
4. มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การรับรู้ต่อความเจ็บปวด อุณหภูมิ การสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ข้างซ้ายลดลง 2. การประเมินกำลังแขนและขาข้างซ้าย อยู่ในระดับ 1 แขนและขาขวาอยู่ในระดับ 5 เกณฑ์การประเมินผล 1. ผิวหนังไม่มีแผลจากการกดทับ 2. สามารถออกกำลังกาย หมุนข้อทุกข้อได้ 3. ไหล่ไม่บวม ไม่ปวด เคลื่อนไหวข้อไหล่ได้ 4. ญาติช่วยทำ passive exercise ให้ผู้ป่วยที่เตียงได้	1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วย และญาติในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม 2. ให้ความช่วยเหลือและแนะนำญาติในการดูแลสุขอนามัย (Hygiene care) ลดการหมกหมมของเชื้อโรค 3. สอนญาติให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise 4. การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดย เน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อน ที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ 5. ดูแลผ้าปูที่นอนสะอาด ไม่ อับชื้น จึงตั้งไม้มีรอยย่น รอยยับ เพื่อป้องกันไม่ให้ถูกลับผิวหนังของผู้ป่วยจนเกิดแผล 6. ดูแลและจัดทำท่าของร่างกายของผู้ป่วย โดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้อง เหมาะสม และสอนให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตัวเอง 7. ดูแลช่วยเหลือและแนะนำญาติในการพลิกตะแคงตัว 8. สังเกตรอยแดงบริเวณผิวหนังและปุ่มกระดูก	1. ผู้ป่วยไม่สามารถขยับแขนขาซ้ายได้ มีปากเบี้ยว 2. ญาติรับทราบเข้าใจและอธิบายถึงการดูแลสุขอนามัยผู้ป่วยได้ 3. ญาติช่วยทำ passive exercise ให้ผู้ป่วยที่เตียงได้ 4. ผ้าปูที่นอนสะอาด ไม่พบเงื่อนหรือปมที่ผ้าปูที่นอน 5. ผ้าปูที่นอนเรียบตึง ไม่อับชื้น 6. ไม่พบอาการข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อลีบ ผู้ป่วยสามารถ เคลื่อนไหวข้อไหล่และแขนได้ขยับได้ 7. ญาติช่วยทำช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยที่เตียงได้ 8. ไม่พบรอยแดงที่ผิวหนังและปุ่มกระดูก
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอันเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ญาติมักจะถามอาการของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรบ่อย ๆ	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ โดยพูดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ ให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมผัส	ญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินโรค และแผนการรักษาสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนและการดูแลผู้ป่วยให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้ ญาติมีส่วนร่วมในการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
2. ญาติมีสีหน้าเครียด วิตกกังวล 3. ญาติซักถามเรื่องการผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล 1. ญาติบอกว่าคลายความวิตกกังวล 2. ญาติเข้าใจแผนการรักษาและบอกวิธีการดูแลและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 3. ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการรักษา	2. ร่วมรับฟังปัญหาที่ญาติระบายให้ฟังอย่างสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและให้ความสำคัญกับปัญหา อย่างจริงใจ 3. ประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่ออธิบายสภาพของ ผู้ป่วย พร้อมทั้งแนวทางการรักษาให้ญาติรับรู้เพื่อวางแผนร่วมกัน 4. ให้การรักษาพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้การดูแลใกล้ชิด ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติเมื่ออาการ ดีขึ้น เพื่อความเชื่อมั่นในการรักษา 5. อธิบายกระบวนการดำเนินของโรค แผนการรักษา แนวทางการผ่าตัด และวิธีการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการรักษา 6. แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด 7. อธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและวิธีการดูแลผู้ป่วย 8. จัดเวลาให้ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ผู้ทำการรักษาได้พูดคุยถึงแนวทางการรักษา และแนวทางการผ่าตัด และสิ่งที่ต้องการทราบหรือสงสัย ให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ญาติได้เข้าใจถึงสภาพการเจ็บป่วย	ตัดสินใจโดยญาติยินยอมรักษาโดยการผ่าตัด กรณีที่แพทย์ตัดสินใจผ่าตัดเร่งด่วน

หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มต้น มีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้นเรียกสิ่งได้ (Glasgow Coma Score; GCS) (E3VtM6) รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประเมินกำลังแขนและขาข้างซ้าย อยู่ในระดับ 1 แขนและขาขวาอยู่ในระดับ 5 ความดันโลหิต 174/108 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ 20 ครั้งต่อนาที Oxygen saturation 100% เวลาไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับระดับความรู้สึกขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาลดความดันโลหิต เวลา 17.10 น. ได้ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม รวมเวลาอยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 55 นาที เวลา 17.20 น. ถึงหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผู้ป่วยเรียกสิ่งได้ ทำตามสั่งได้ ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score; GCS) E3VtM6 ความดันโลหิต 170/106 มิลลิเมตรปรอท

ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ 20 ครั้งต่อนาที รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงขนาด 2 มิลลิเมตร การประเมินกำลังแขนและขาข้างซ้าย อยู่ระดับ 1 แขนและขาขวาอยู่ในระดับ 5 ระหว่างนอนโรงพยาบาล มีปัญหาภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำ ผู้ป่วยนอนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เป็นเวลา 10 วัน อาการดีขึ้นจึงย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ได้รับการทำกายภาพบำบัด อาการดีขึ้น แพทย์จึงให้กลับบ้าน รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 14 วัน

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งในการประเมินผู้ป่วย จนกระทั่งโรงพยาบาล ทำให้ได้รับการรักษา ที่ถูกต้องรวดเร็ว และปลอดภัย พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินชีวิต

การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการบริหารยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตและยาที่ผู้ป่วยได้รับ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อลดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มอัตราการรอดชีวิต

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ตำแหน่งบริเวณที่มีเลือดออกในสมอง และปริมาณเลือดที่ออก มีผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP) ได้ ต่อให้มีการประเินและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทรุดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย หากได้รับการดูแลถูกต้อง รวดเร็วเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่นการใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Rapid Sequence Intubation, RSI เพื่อช่วยลดแรงดันในกะโหลกศีรษะที่อาจเกิดขึ้นขณะใส่ท่อช่วยหายใจ รวมถึงการประเินและเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และการรายงานแพทย์อย่างทันทั่วทั้งที่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. มีการใช้ ICH score เพื่อใช้ในการพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยดูจาก Glasgow coma score, hematoma volume, location ที่อยู่ infratentorial และอายุที่มากกว่า 80 ปี และในการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ score 0-1 มีอัตราการเสียชีวิตที่ 30 วัน ต่ำมาก และกลุ่มที่ score 5 ไม่มีผู้รอดชีวิตเลย กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ มีคะแนน ICH score = 2 ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่า 20% (สถาบันประสาทวิทยา, 2561)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP) การรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤตในระยะแรกจึงมีความสำคัญ ทั้งเรื่องการประเินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะในการประเินผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตและให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง รายงานแพทย์อย่างทันทั่วทั้งที่ การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาทั้งภายในและนอกหน่วยงาน ซึ่งในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินร้อยละ 26.90 และมีประสบการณ์ในการทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 33.33 พยาบาลที่มีประสบการณ์ 5-10 ปี ร้อยละ 29.63 พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 37.04 ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังมีการส่งอบรมฟื้นฟูเกี่ยวกับการดูแลโรคหลอดเลือดสมองแตกได้น้อย และใน

ปัจจุบันมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก รวมถึงแนวปฏิบัติเพื่อการให้ยาควบคุมความดันโลหิต จึงต้องมีการอบรมฟื้นฟูความรู้กับบุคลากรร่วมกับทีมสหสาขาอยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเสริมสร้างความตระหนักในการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และการรับประเินยา อย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิต

2. การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองถือว่ามีความสำคัญ ในปัจจุบันแนวโน้มการพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมาก่อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์การเกิดพบมีอายุน้อยลง หากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนแก่ประชาชน เกี่ยวกับโรค การให้องค์ความรู้ และประชาชนได้รับรู้ว่าการสำคัญ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ และมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้มีการประชาสัมพันธ์ในหลากหลายช่องทางให้เข้ากับยุคสมัย

3. พัฒนาระบบระบบการจัดการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในส่วนก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ได้แก่การเพิ่มความตระหนักรู้ของประชาชนต่อโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และจัดระบบ Fast track ในการผ่าตัดเปิดกะโหลก แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ การดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

5. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้มแข็ง

บรรณานุกรม

- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke. กรุงเทพฯ.
- นลินี พุคคัณธิกิจ, สายสมร บริสุทธิและวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาท กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก Care map for Hemorrhagic stroke. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองสำหรับทีมสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา รื่นทอง, พรทิพย์พา ธิมาขอม และพรพิมล วิเชียรไพศาล. (2559). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation). กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

ภัทรา วัฒนพันธุ์. (2560). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน. North-Eastern Thai journal of neuroscience, 12(1), 31-45.

นิภาพร บุตรสิงห์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2566 เข้าถึงได้จาก : <https://he02.tcithaijo.org/index.php/TJONC/article/view/154122>.

เสาวรส จันทมาศ, กาญจนา ปุกคำ. (2561). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. มหราชนครศรีธรรมราช เวชสาร ปีที่ 1 ฉบับที่ 2. สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2566. เข้าถึงได้จาก: http://www.mnsth.go.th/NSTMJ/journal_Archives/20469875_160218.

กรรมนิภา รักษ์ยิ่งเจริญ, อภรณ์ ไทยกล้า และประภาพร สุวรรณภูมิ. (2561). การใช้หลัก ABCs ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง. Journal of Health Science Research ,Volume 12. สืบค้นเมื่อ 24 กรกฎาคม 2566 จาก เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/164195>.

วรรณชนานันท์ คูหาศักดิ์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า. ปีที่ 34 ฉบับที่ 2. สืบค้นเมื่อ วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 เข้าถึงได้จาก : <https://he02.tcithaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/88164>.

จรรยาฤกษ์ ป็องเจริญและคณะ. (2563). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสาขาวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. หน้า 91-105. สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2566 เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/242796>.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

ยุพาพร บำรุงยา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 9 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.92 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทราอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัวและเพื่อน การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะควรนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานทางสาธารณสุขในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ ในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีและดูแลตนเองได้

บทนำ

ประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 6,070.6 ล้านคนใน ปี พ.ศ.2543 เป็น 7,851.4 ล้านคน ในปี พ.ศ.2568 และจากสถิติพบว่า ยุโรปเป็นภูมิภาคที่กำลังเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” มากที่สุดในโลก โดยมีสัดส่วนของประชากรวัยเด็กน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 16 และมีสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุมากที่สุดร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมดในยุโรป ในขณะที่ประเทศไทยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันจาก 62.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2543 เป็น 72.3 ล้านคนในปี พ.ศ.2568 ซึ่งจะเห็นได้ว่าโครงสร้างของประชากรโลก และประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่คล้ายคลึงกัน ดังจะเห็นได้จากสารประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำรวจประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2550 จำนวน 62,829,000 คน พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 6,824,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมดและจากการคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2568 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2543 เท่ากับร้อยละ 9.22 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2548 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2570 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมด จะเพิ่มขึ้นถึงระดับ ร้อยละ 11 และ 22 ตามลำดับ (วันดี โภคะกุล, 2565) เห็นว่า ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันยังมีโครงสร้างประชากรที่มีประชากรวัยสูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับโลก ส่วนในระดับภูมิภาคเอเชีย พบว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุในระดับปานกลาง แต่ถ้าพิจารณาปัจจัยภายในประเทศ ไม่ว่าจะเป็นอัตราเจริญพันธุ์รวมของหญิง 1 คน พบว่าเป็นอัตราที่ต่ำกว่าระดับทดแทน (1.9 คน) โดยมีแนวโน้มลดลงจากอดีตและคาดว่าจะลดลงอีกในอนาคต

(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ทั้งนี้เนื่องจากสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพัฒนาทางการแพทย์ ด้าน สุขภาพในปัจจุบันกำลังเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชากร ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้คนไทยมี อัตราตายที่มีแนวโน้มต่ำลงและมีอายุยืนยาวขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้โครงสร้างของประชากรไทยมีการ เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ (Aging Society)” การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สถานการณ์ดังกล่าว นั้น เป็นสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับนานาประเทศในโลก ซึ่ง ประเทศไทยก็ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้นเป็น ลำดับ มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้นเป็นนโยบาย ระดับชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13

นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่ใช้คุ้มครองผู้สูงอายุโดยตรงคือ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2547 และในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัย การเก็บ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุและพัฒนาความรู้เพื่อแก้ปัญหา และปรับปรุงนโยบายในการดูแลประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาที่เน้นคุณภาพของคนเป็นศูนย์กลางของ การพัฒนา ซึ่งจะทำให้สังคมไทยในอนาคตเป็น “สังคมผู้สูง อายุที่มีคุณภาพ” และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศได้ อย่างไรก็ตาม จากโครงสร้างทางประชากรของผู้สูงอายุที่เพิ่ม มากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญตามมา เช่น ปัญหาเกี่ยวกับ ปริมาณและอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาที่อยู่อาศัย เพราะเมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงจากเกษตรไปสู่ภาค อุตสาหกรรม การเคลื่อนย้ายแรงงานคนหนุ่มสาวเข้าสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ปัญหาเรื่องรายได้ที่ลดลงและเมื่อไม่ สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ไม่มีรายได้ หากการเกื้อหนุน จากบุตรหลานที่ไม่เพียงพอ ภาระจะเป็นผู้ดูแล ปัญหาสวัสดิการ ด้านต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุ ควรได้รับในฐานะที่เคยเป็นผู้เสียภาษี หรือผู้ให้แก่สังคม (ในขณะที่ยังหนุ่มสาว) ปัญหาสุขภาพทั้ง กายและจิตที่เสื่อมโทรมลงตามวันเวลา เป็นต้น (บรรลุ ศิริพา นิษ, 2555) สาเหตุของปัญหาสุขภาพได้เปลี่ยนไปจากการเจ็บ ป่วยด้วยโรคติดเชื้อกลายเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือความ เสี่ยงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น มีผล ทำให้พฤติกรรมแย่ลง เช่น การบริโภคไขมันสูง การพักผ่อน และการออกกำลังกายน้อยลง ส่วนด้านสุขภาพจิตที่มีความ เครียดสูงขึ้น เนื่องจากวิถีทางเศรษฐกิจและสังคมที่มี ความรุนแรงจนไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ ด้าน สุขภาพทางสังคม เช่น ความเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น มีผล ให้ชีวิตที่เคยแวดล้อมด้วยความอบอุ่นของครอบครัวต้องลดลง สมาชิกในครอบครัวขาดที่พึ่ง ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบ ต่อสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น มลพิษทางอากาศ ฝุ่นละออง คลื่นพิษ มลพิษทางน้ำและทางเสียง การเพิ่มขึ้นของประชากร ผู้สูงอายุทำให้ความต้องการการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะมี

การศึกษาพบว่าสุขภาพนับเป็นปัญหาของผู้สูงอายุโดยพบว่าผู้ สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อยมากกว่าหนึ่งโรค องค์การ อนามัยโลกรายงานว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือโรคหัวใจ และหลอดเลือด มะเร็งและเบาหวาน รวมทั้งอาจพบโรคเรื้อรัง อื่นๆเช่น สมอเสื่อม โรคกระดูกและข้อ ทั้งนี้พบว่าโรคหัวใจ มะเร็งและเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายใน 3 อันดับแรกของ ผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2564) จากการสำรวจปัญหา ของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหา สุขภาพ คือ 1) โรคและภาวะบกพร่องของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น โรคที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวและมีลำดับความ สำคัญสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข้า/เข้า อักเสบ อุบัติเหตุ ตาบอด และสั่นหลังโกง 2) ปัญหาโรคเรื้อรัง ของผู้สูงอายุ เช่นโรคความดัน ซึ่งเป็นโรคที่มีลักษณะสัมพันธ์ กับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในเขต เมืองจะเป็นโรคนี้สูงกว่าในชนบท กลุ่มอาการสมอเสื่อม ซึ่ง เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตทั้งแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคมเป็นอย่างมาก

ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยายมีสมาชิกอยู่รวม กันหลายคนทั้ง ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูก หลาน สมาชิกทุก คนในครอบครัวช่วยเหลือเกื้อกูลดูแลซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุใน ครอบครัวได้รับการยกย่องและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตร หลาน เป็นผู้คอยอบรมสั่งสอนแก่บุตรหลาน ปัจจุบันสังคมไทย เปลี่ยนแปลงกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกในครอบครัวมี ความเป็นปัจเจกมากขึ้น และแยกตัวออกตั้งครอบครัวใหม่หรือ ไปสู่ตลาดแรงงานในสังคมเมืองและโรงงานอุตสาหกรรมมาก ขึ้น เมื่อสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปค่านิยมดั้งเดิม เกี่ยวกับความเคารพนับถือที่มีต่อผู้สูงอายุ และความผูกพันของ คนรุ่นใหม่ที่มีต่อผู้สูงอายุเริ่มลดลง ระบบการศึกษาในปัจจุบัน ได้เน้นการศึกษอบรมในสถาบันการศึกษามากกว่าที่จะมีการ ถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุไปสู่ลูกหลาน ส่งผลให้ บทบาทของผู้สูงอายุในการสั่งสอนอบรมสมาชิกในครอบครัว ลดน้อยลงไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของ ร่างกายไปในทางเสื่อมสภาพจึงมีปัญหาสุขภาพได้ง่าย ผู้สูงอายุ พบการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ จากบทบาทการเป็นผู้ ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์มาเป็นผู้ถูกดูแล เพราะลูก หลาน มีการศึกษาสูงขึ้นและมีเจตคติที่เห็นความสำคัญของผู้ สูงอายุลดลง จึงมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า หงา ไม่มีความ อบอุ่นทางด้านจิตใจ ประชากรผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาทาง ด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงของ อวัยวะทางด้านร่างกาย

จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออก ของประเทศไทยที่ยังคงมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

โดยการสำรวจข้อมูลประชากร ประจำปี 2565 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2565) จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประชากรทั้งสิ้น 714,365 คน มีประชากรสูงอายุ จำนวน 725,566 คน คิดเป็นร้อยละ 10.25 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2553 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุ 26,706 คน คิดเป็นร้อยละ 8.19 ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่า ปี 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 4,875 คน คิดเป็นร้อยละ 13.48 และปี 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุ 5,346 คน คิดเป็นร้อยละ 14.61 ปี 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ 6,795 คนคิดเป็นร้อยละ 16.72 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลให้เขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรากำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังในการเพิ่มระดับภาวะสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความสุขและเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุควรให้มีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และเป็นการลดอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เปลี่ยนแปลงไป และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร และมีอะไรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายรรวมทั้งประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ จากครอบครัวและเพื่อน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจาก

ครอบครัวและเพื่อน และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์การเงินและแรงงาน จากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2566- มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 6,795 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี และมอร์แกน (1973, อ้างถึงใน ชีรวิทย์ เอกะกุล, 2546) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 363 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 เปอร์เซ็นต์ (ชีรวิทย์ เอกะกุล.,2546) เป็นจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.50 มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 49.80 อายุมากที่สุด 95 ปี อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 70.23 ปี ส่วนใหญ่ สถานภาพส่วนใหญ่ เป็นคู่ จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 52.80 ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 384 คน คิดเป็นร้อยละ 96.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 57.00 และรายได้ต่อปี เฉลี่ย 17,760 บาท

โดยมีรายได้ต่ำสุด 5,000 บาทต่อปี และรายได้สูงสุด 240,000 บาทต่อปี

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับสูงเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทั้ง 3 ด้านได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยเรียงจากมาก

ไปหาน้อย ได้แก่ มีการสนับสนุนทางอารมณ์ รองลงมา คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์การเงินและแรงงาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวและเพื่อน	3.17	0.42	ระดับสูง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน	3.07	0.42	ระดับสูง
การสนับสนุนทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ การเงินและแรงงาน	2.97	0.42	ระดับสูง
รวม	3.07	0.38	ระดับสูง

3. การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดีมาก

จำนวน 1 ด้าน อยู่ในระดับดี 8 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการพัฒนาการการรู้จักตนเอง รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการพักผ่อน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาพรวมค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
ด้านการบริโภคอาหาร	3.04	0.37	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	2.66	0.48	ดี
ด้านการพักผ่อน	2.65	0.52	ดี
ด้านการพัฒนาการการรู้จักตนเอง	3.27	0.45	ดีมาก
ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	3.04	0.41	ดี
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	2.79	0.46	ดี
ด้านการเผชิญปัญหา	2.98	0.48	ดี
ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม	3.08	0.52	ดี
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	3.12	0.51	ดี
รวม	3.15	0.54	ดี

4. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทราอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจาก

ครอบครัวและเพื่อน การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	3.45	0.05*
เพศ	2.56	0.05*

ต่อตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามของผู้สูงอายุในเขต เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวแปร	r	p-value
สถานภาพสมรส	3.45	0.05*
ระดับการศึกษา	0.79	0.14
รายได้	3.24	0.03*
โรคประจำตัว	0.85	0.12
การสนับสนุนทางอารมณ์ จากครอบครัวและเพื่อน	4.15	0.03*
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน	5.86	0.04*
การสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน จากครอบครัวและเพื่อน	5.05	0.02*

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว พบว่า

1.1 อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพราะอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจและเป็นตัวกำหนดความต้องการ ในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งหมด ตลอดจนความสามารถในการดูแลของบุคคลนั้น ทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติ หรือภาวะเจ็บป่วย และ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สนองพร ขาวบาง นิภาพรรณ สุขศิริ และ นริศา กุลสรารุช (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ยตามเกณฑ์การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 520 คน พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Frey and Denyes (2019) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวัยรุ่นที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกันคือ อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด

ฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรภาพ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดคบบาบาท และบุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม (Orem, 1980) สอดคล้องกับการศึกษาของพรพริน ลังกาพินธุ์ (2563) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มีเพศต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองไม่แตกต่างกัน

1.3 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจมีความเชื่อมั่น คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิด จึงส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนึกคิดโดยส่วนรวมของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์เกิดความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลในบั้นปลาย คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทราซึ่งสอดคล้องกับ สนองพร ขาวบาง นิภาพรรณ สุขศิริ และ นริศา กุลสรารุช (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ยตามเกณฑ์การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 520 คน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.4 ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

จังหวัดฉะเชิงเทรา อธิบายได้ว่าในการวิจัยในครั้งนี้ผู้สูงอายุมีการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งทำให้ไม่มีความแตกต่างกัน ด้วยการศึกษาจึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับประภัสสร สุธรรมวิจิตร (2564) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างศึกษาเฉพาะกรณีแรงงานก่อสร้างในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าการศึกษาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานไม่แตกต่างกัน

1.5 รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเนื่องจากความสูงอายุทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะเกี่ยวข้องไปถึงสุขภาพร่างกายด้วยกล่าวคือผู้ที่มีความวิตกกังวลอยู่เสมอสุขภาพจะเสื่อมโทรม (จำเรียง กุระสุวรรณ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของพรศรีน ถังกาพินธุ์ (2563) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองไม่แตกต่างกัน

1.6 โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา อธิบายได้ว่าการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ไม่ได้ระบุแยกโรคประจำตัวที่ชัดเจนและผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคต่างๆใกล้เคียงกันเนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินาถ คำใจหนัก (2564) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติถูกต้องโดยรวมทั้ง 6 ด้าน

2. ปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า

2.1 การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (1998) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นปัจจัยด้านความรักใคร่ความใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การยอมรับ เอาใจใส่ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักใคร่และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (1998) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สามารถให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาได้ หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์เมืองไทยเชิงแรงของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตจังหวัดอุบลราชธานีของเด่นดวงดี ศรีสุระ (2563) พบว่า การได้รับความรู้ คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพจากสถานศึกษาและกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ

2.3 การสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงานจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (1998) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงินและแรงงานเป็นปัจจัยด้านการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยสิ่งของ เงินทอง เวลา หรือบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์ระวีวงศ์ (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่พยาบาลวิชาชีพได้รับจากหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อร่วมงาน เพื่อน/ญาติ ในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน ด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการได้รับจากพ่อแม่/คู่สมรส/ลูก อยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และกระตุ้นให้ตระหนักถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีต่อไป

1.2 ควรมีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องในการให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการจัดการความเครียด รวมทั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมากต่อไป

1.3 ควรนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานทางสาธารณสุขในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีและดูแลตนเองได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในระดับจังหวัด เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

2.2 ควรศึกษาปัจจัยในด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม ที่น่าจะมีความ

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2.3 การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

2.4 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์หารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

2.5 ควรศึกษาถึงความรู้ของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นภูมิปัญญา วัฒนธรรมประเพณี ท้องถิ่นและมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- จำเริญ ฐรมะสุวรรณ นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ดันติบูล. (2564). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้าน สถานภาพส่วนบุคคลความสามารถในการดูแลสุขภาพและ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เด่นดวงดี ศรีสุระ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์เมืองไทย แฉ่งแรงของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในเขตจังหวัด อุบลราชธานี.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ธีรวิมล เอกะกุล.(2546). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุบลราชธานี : วิทยาการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2555). รายงานการวิจัยชมรมผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. นนทบุรี : วิญญาน.
- ประภัสสร สุธรรมวิจิตร. (2564). การดูแลสุขภาพของ ผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง : ศึกษาเฉพาะกรณี แรงงานก่อสร้าง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- พรรคริน ลังกาพันธ์. (2563). การดูแลสุขภาพอนามัยของ ตนเองในผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง ศึกษาเฉพาะกรณี: ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์

โรงพยาบาลราชวิถี.วิทยานิพนธ์สังคม สงเคราะห์ศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วันดี โกะกุล. (2565). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพและ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ศิริพร พงษ์ระวีวงศ์.(2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้น ฐานกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สนองพร ขาวบาง นิภาพรรณ สุขศิริ และนริศ กุลสรารุ. (2563). การผลิตสื่อวีดิทัศน์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอายุยืน จังหวัดนนทบุรี, วารสารสุศึกษา คณะ สาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล. 22 (ตุลาคม - ธันวาคม 2558) : 120.

สิรินาถ กำโหนด. (2564). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2565). พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของประชากรไทย. กรุงเทพฯ : กลุ่มงานวิเคราะห์และ พยากรณ์สถิติเชิงสังคม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.(2565). ข้อมูล ประชากร.ออนไลน์. www.cco.moph.go.th.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2564). ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุ และระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Frey, M. A. and Denyes, M.J. (2019). Health and illness self care in adolescents with IDDM : A test of Orem's theory, Advance nursing science. 12 (January 1999) : 67 – 75.

Orem, E.D..(1980). Nursing : Concepts of Practice. 1st ed. New York : Mc Graw Hill. Tiden, V.P. (1998). Issues of conceptualization and measurement of social support in the Construction of nursing theory, Research in Nursing and Health. (January 1998) : 199–206.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาในยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา

วันดี ทับทิมทอง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา และศึกษารูปแบบการดำเนินงานผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 329 คน ที่เข้ารับการรักษาในยาเสพติด ระหว่างกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2566 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับบิดามารดา ความสัมพันธ์กับเพื่อน ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกัน ทักษะการต่อต้านยาเสพติด สุขภาพจิตและการปรับตัวบุคลิกภาพและการติดยาเสพติด มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.21 – 0.79 มีความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.83 – 0.93 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์ข้อมูลงานยาเสพติดด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาในยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี และความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบ โดยมีความสัมพันธ์กันทางลบกับการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันมาก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านลบ สุขภาพจิตและการปรับตัวดี สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี บุคลิกภาพแบบเก็บตัว และบุคลิกภาพแบบเปิดเผย ไม่พบความสัมพันธ์ สำหรับปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดอาการระดับเบื้องต้นของผู้เข้ารับการรักษาในยาเสพติดในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวน 14 ตัวแปร ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ความสัมพันธ์กับเพื่อน

ทางลบ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันมาก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านบวก ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านลบ สุขภาพจิตและการปรับตัวดี สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี บุคลิกภาพแบบเก็บตัว และบุคลิกภาพแบบเปิดเผย

ข้อเสนอแนะ ควรเน้นให้ครอบครัวและชุมชนบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ผ่านการบำบัด และควรศึกษาปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาในประเด็นสิ่งที่ชักจูงและช่วยที่นำไปสู่การเสพยาเสพติดเพื่อจะได้หาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทนำ

การระบาดของยาเสพติดมีผลกระทบต่อมวลมนุษยชาติอย่างมากโดยในด้านสุขภาพของผู้เสพยาเสพติดให้ทรุดโทรมอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ในสังคมอีกมากมายอาทิ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว เนื่องจากผู้เสพยาจะมีความต้องการใช้ยาเสพติดในปริมาณเพิ่มขึ้นตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องหาเงินมาซื้อยาเสพติดให้เพียงพอกับความต้องการ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565)

การศึกษาเกี่ยวกับประมาณการจำนวนผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้เสพยาเสพติด 3,650,000 คน และในแต่ละภาคมีปัญหายาเสพติดแตกต่างกัน คือ ภาคอีสานมีจำนวนผู้เสพยาเสพติดมากที่สุด รองลงมาคือ กรุงเทพฯ ภาคใต้ ภาคกลางและภาคเหนือตามลำดับ ชนิดยาเสพติดที่พบมากที่สุดคือ ยาบ้า สารระเหย เฮโรอีน และกัญชา ตามลำดับ (สุกัญญา เจริญประชา ,2564) อัตราผู้เสพยาเสพติดจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี พบมากที่สุดถึงร้อยละ 99.01 กลุ่มอายุ 25 – 59 ปี และกลุ่ม 10 – 14 ปี พบตามลำดับ ผู้เสพยาเสพติดเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.34 และพบว่าจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มผู้เสพยาบ้าร้อยละ 82.5 เป็นเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 25 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้ยาบ้าเปลี่ยนจากจุดประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานไปเป็นเพื่อความสนุกสนาน และต้องการเข้ากับกลุ่มเพื่อน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด, 2564)

สิ่งที่เริ่มจุดเริ่มต้นของการทดลองเสพยาเสพติดคือ สภาพครอบครัวไม่สมบูรณ์ ครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ครอบครัวมีปัญหาการหย่าร้างครอบครัวที่บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต ครอบครัวที่บิดามารดาไม่มีเวลาดูแลอบรมสั่งสอนลูกอันเนื่องมาจากการงานหรือปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งครอบครัวที่ลูกรู้สึกว่ามีบิดามารดารักลูกไม่เท่ากัน ทั้งนี้ปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุจากบิดามากกว่ามารดา และส่วนใหญ่ช่วงเวลาที่เกิดปัญหาคือครอบครัวจะเป็นช่วงที่ลูกอยู่ในวัยเด็กจนถึงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการเพื่อนเมื่อไม่มีความสุขในครอบครัวก็จะหาความสุขจากการคบเพื่อนมาชดเชย เนื่องจากเด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัวไม่สมบูรณ์ จึงขาดทักษะหรือวิจารณญาณในการเลือกคบเพื่อน และพร้อมที่จะทำตามสิ่งที่เพื่อนชักชวนโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสม ประกอบกับลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล เช่น การชอบลอง ชอบการท้าทาย มีบุคลิกภาพแบบทะเลาะวิวาท รวมถึงการขาดความรัก ความภาคภูมิใจในครอบครัว เด็กก็จะมีโอกาสกลายเป็นคนคิดยาเสพติดในที่สุด (วันชัย ธรรมสังการ และคณะ, 2564)

ผู้ติดยาเสพติดให้โทษจะถูกพิษภัยของยาเสพติดครอบงำจนก่อให้เกิดโทษร้ายแรงต่าง ๆ นับตั้งแต่ร่างกายและจิตใจของตนเอง ทรัพย์สินทั่วไป นั่นคือสิ่งเสพติดมีโทษต่อตนเองทั้งต่อร่างกายและจิตใจมีโทษต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและการปกครอง สูญเสียความมั่นคงของประเทศด้านต่าง ๆ จนหมดสิ้น (สนิท สมักรการ และคณะ, 2563) ดังนั้นหากประชาชนได้รู้ถึงโทษและอันตรายของยาเสพติดดังกล่าวมาแล้ว ก็จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้รู้จักป้องกันตนเอง และหลีกเลี่ยงจากยาเสพติดให้โทษได้ สาเหตุที่ทำให้เยาวชนติดยาเสพติดให้โทษนั้น กองกำกับการสวัสดิภาพเด็กและเยาวชนกรมตำรวจ ได้รวบรวมสาเหตุที่ทำให้ติดยาเสพติดไว้ 6 ประการ ประการแรกสาเหตุมาจากครอบครัวและผู้ปกครองแตกแยกหรือหย่าร้าง การไม่เอาใจใส่และทอดทิ้งเด็ก ผู้ปกครองเด็กกลุ่มหนึ่งในอบายมุขต่าง ๆ ขาดความรู้ทางจิตวิทยารวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัว สาเหตุที่สองสาเหตุจากโรงเรียนและการศึกษา เช่น อัตราส่วนของครูกับนักเรียนไม่เพียงพอ มีการอบรมทางด้านศีลธรรมน้อย การส่งเสริมด้านกีฬาไม่เพียงพอ ขาดการควบคุมด้านระเบียบวินัย ครูมีคุณสมบัติไม่เพียงพอ สถานที่และสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนไม่เหมาะสม ประการที่สามสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและการถูกชักชวน เช่น บ้านพักหรือโรงเรียนมีตัวอย่างที่ไม่ดีให้เห็นเป็นประจำ ทุกวัน เช่น หนังสือเอกสารต่าง ๆ และสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์เป็นตัวอย่างไม่ดีให้เด็กประพฤติตามมีอิทธิพลหรือถูกพี่ที่ไม่ดีเป็น

ผู้ชักนำ เพื่อนฝูงชักนำไปในทางที่ชั่ว ประการที่สี่ สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การหลงเชื่อความขลังและลัทธิบางอย่าง การรับเอาวัฒนธรรมต่างชาติเข้ามา โดยมีได้คำนึงถึงความเหมาะสม การส่งเสริมสิทธิเสรีภาพจนเกินควรการแพร่ข่าวเกินความจริง การเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว เป็นต้น ประการที่ทำให้สาเหตุจากปัญหาทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความคิดผิดปกติของร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บ เชื้อไวรัสและยาเสพติดและความสามารถเฉพาะตัว อารมณ์และบุคลิกภาพที่แตกต่างจากคนอื่น ความคิดผิดปกติทางจิตใจ ประการที่หก สาเหตุจากปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น พ่อแม่ ผู้ปกครองมีฐานะครอบครัวที่ยากจนมาก หรือพ่อแม่ ร่ำรวย แต่ตามใจเด็กมากเกินไป หรือตระหนี่มากเกินไป เด็กและเยาวชนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นชุมชนหนาแน่น แหล่งเสื่อมโทรม แหล่งอบายมุข หรือแหล่งอุตสาหกรรม ได้พบเห็นตัวอย่างที่ไม่ดีอยู่เป็นประจำ ได้พบเห็นคนที่ไม่ดีมีความร่ำรวย จึงเป็นสิ่งยั่วยอให้อยากรวยมากขึ้น ซึ่งการค้าเสพติดก็เป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้รวยเร็ว ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่ดีและผิดกฎหมาย (บุญสม มาร์ติน และคณะ, 2563)

อย่างไรก็ดีสาเหตุที่นักเรียนติดยาเสพติดให้โทษนั้นเป็นผลมาจากการอยากทดลอง หรืออยากสนุกคิดเป็นร้อยละ 72.4 รองลงมาจากเพื่อนหรือบุคคลที่รู้จักชักชวนให้เสพ คิดเป็นร้อยละ 28.6 สภาพสังคมปัจจุบันเข้าวนให้ประพฤติตาม คิดเป็นร้อยละ 16.3 มีปัญหาภายในครอบครัวของตนคิดเป็นร้อยละ 15.3 และมีสาเหตุจากโรงเรียนหรือครูน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.3 (กษมา สุขสวนนท์, 2563) และผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นในทำนองเดียวกันว่าสิ่งที่เริ่มจุดเริ่มต้นของการทดลองเสพยาเสพติดคือสภาพครอบครัวไม่สมบูรณ์ครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะเบาะแว้งกัน เป็นประจำ ครอบครัวมีปัญหาการหย่าร้าง ครอบครัวที่บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต ครอบครัวที่บิดามารดาไม่มีเวลาดูแลอบรมสั่งสอนลูกอันเนื่องมาจากการงานหรือปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งครอบครัวที่ลูกรู้สึกว่ามีบิดามารดารักลูกไม่เท่ากัน ทั้งนี้ปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุจากบิดามากกว่ามารดา และส่วนใหญ่ช่วงเวลาที่เกิดปัญหาคือครอบครัวจะเป็นช่วงที่ลูกอยู่ในวัยเด็กจนถึงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการเพื่อน เมื่อไม่มีความสุขในครอบครัวก็จะหาความสุขจากการคบเพื่อนมาชดเชย แต่เนื่องจากเด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัวไม่สมบูรณ์จึงขาดทักษะหรือวิจารณญาณในการเลือกคบเพื่อน และพร้อมที่จะทำตามสิ่งที่เพื่อนชักชวนโดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสม ถ้าสถานการณ์เช่นนี้ผนวกเข้ากับลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล เช่น การชอบลอง ชอบการท้าทาย มีบุคลิกภาพแบบทะเลาะวิวาท รวมถึงการขาดความรักความภาคภูมิใจในครอบครัว เด็กก็จะมีโอกาสกลายเป็นคนติดยาในที่สุด (บุญชู เจือดี, 2564)

ผู้วิจัยในฐานะรับผิดชอบงานปัญหาเสพติดเป็นอีกปัญหา

หนึ่งที่เป็นปัญหาหลักของชาติ ที่ต้องร่วมมือร่วมใจกันแก้ไข ปัญหาทุกภาคส่วน ซึ่งศึกษาค้นคว้าปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ติดยาเสพติดจากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องซึ่งมีทั้งปัจจัยภายในของผู้ติดยาและปัจจัยภายนอก รวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาวิจัยเรื่องยาเสพติด จึงได้สนใจศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติด ซึ่งเป็นการศึกษาทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก กล่าวคือปัจจัยภายใน ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับพ่อแม่และความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกัน ทักษะการต่อต้านยาเสพติด สุขภาพจิต และการปรับตัว และบุคลิกภาพ ซึ่งการวิจัยนี้ถือเป็นแนวทางไปสู่การช่วยให้ได้ข้อมูลสารสนเทศ โดยผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้ประโยชน์ต่อการวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของจังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับบิดามารดาความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการติดยาเสพติด
2. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกัน ทักษะการต่อต้านยาเสพติด สุขภาพจิตและการปรับตัว บุคลิกภาพ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการติดยาเสพติด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่มีอายุระหว่าง 15 - 30 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 365 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่มีอายุระหว่าง 15 - 30 ปี ที่เข้ารับการ

บำบัดรักษายาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 329 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามฐานะทางเศรษฐกิจ 2) แบบวัดความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง 3) แบบวัดความสัมพันธ์กับเพื่อน 4) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 5) แบบวัดสุขภาพจิตและการปรับตัว ตอนที่ 6) แบบวัดทัศนคติต่อยาเสพติด ตอนที่ 7) แบบวัดบุคลิกภาพ เป็นแบบวัดบุคลิกภาพ และ 8) การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลงานยาเสพติด

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดยาเสพติด
2. ศึกษาเครื่องมือและเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. สร้างแบบสอบถามตามจุดมุ่งหมายและตัวแปรที่ต้องการศึกษา
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน โดยผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ปรับปรุง การใช้ภาษาและจำนวนข้อ ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับปรุงตามที่เสนอแนะ
5. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารายงานตัวที่สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพดังนี้

5.1 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Item-total Correlation) ของแบบสอบถามแต่ละข้อ (บุญชม ศรีสะอาด, 2555) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกผ่านเกณฑ์ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.21 ถึง 0.75

5.2 หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน (ชุดที่ตรวจแบบสอบถาม) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .80 -1.00

5.3 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยให้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Bach) (บุญชม ศรีสะอาด, 2555) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ระหว่าง 0.83-0.93

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วและตรวจสอบคุณภาพแล้ว จัดพิมพ์เป็นฉบับสมบูรณ์ สำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและเส้นเบี่ยงเบนมาตรฐานของ

คะแนนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดและการติดยาเสพติด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยภายนอก ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง และความสัมพันธ์กับเพื่อน และปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกัน ทักษะการต่อต้านยาเสพติด สุขภาพจิตและการปรับตัวและบุคลิกภาพ โดยใช้วิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (The Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

3. วิเคราะห์ข้อมูลงานยาเสพติด ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับรักษา ยาเสพติดที่ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี (ร้อยละ 91.49) มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองไม่ดี (ร้อยละ 58.97) มีความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก (ร้อยละ 58.97) มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย (ร้อยละ 55.92) มีทัศนคติด้านบวก (ร้อยละ 57.45) มีสุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี (ร้อยละ 64.44) และมีอาการระดับเบื้องต้น (ร้อยละ 69.91)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดยาเสพติดโดยรวม ($\bar{X} = 4.38$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน 2 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้ ด้านปัจจัยภายนอกมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ($\bar{X} = 2.96$) ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี ($\bar{X} = 3.40$) และความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ($\bar{X} = 3.65$) และด้านปัจจัยภายใน มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ($\bar{X} = 10.22$) ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านลบ ($\bar{X} = 3.51$) สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี ($\bar{X} = 3.40$) และมีบุคลิกภาพแบบเปิดเผย ($\bar{X} = 3.55$) และผู้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติดที่ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยรวมมีการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง ($\bar{X} = 3.76$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี และความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบ โดยมีความสัมพันธ์กันทางลบกับการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันมาก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านบวก ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านลบ สุขภาพจิตและการปรับตัวดี สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี บุคลิกภาพแบบเก็บตัว และบุคลิกภาพแบบเปิดเผย ไม่พบความสัมพันธ์ สำหรับปัจจัยที่ไม่พบความ

สัมพันธ์กับการติดยาเสพติดอาการระดับเบื้องต้นของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวน 14 ตัวแปร ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ดี ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางบวก ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันมาก ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันน้อย ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านบวก ทักษะการต่อต้านยาเสพติดด้านลบ สุขภาพจิตและการปรับตัวดี สุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี บุคลิกภาพแบบเก็บตัว และบุคลิกภาพแบบเปิดเผย

4. การวิเคราะห์งานบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในระบบสมัครใจ

4.1 รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในระบบสมัครใจ ของจังหวัดฉะเชิงเทราได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการดำเนินงานที่ยึดนโยบายของรัฐบาลที่ได้กำหนดให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด โดยให้องค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับนำไปปฏิบัติและให้พลังมวลชนเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด การนำนโยบายด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด / ผู้ติดยาเสพติด มาดำเนินการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ มีการประชุมผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และบูรณาการในการจัดทำแผนงาน / โครงการด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด และกำหนดเป้าหมายการบำบัดรักษาร่วมกัน พร้อมทั้งนำปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานมาวางแผนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และใช้เวทีการประชุมศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา ในการติดตามความก้าวหน้า เพื่อรับทราบผลการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหายาเสพติดและข้อเสนอแนะ

4.1.3 กำหนดให้การรายงานผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นวาระสำคัญที่ต้องรายงานภาพรวม โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายเป็นการติดตามควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนและเป้าหมายของจังหวัดฉะเชิงเทรา

4.1.4 จุดเด่นของการคัดกรองของจังหวัดฉะเชิงเทรา การคัดกรองผู้เสพทำหลากหลายตั้งแต่ทำประชาคมของปลัดตำบลขึ้นท้องถิ่น ประชุมหมู่บ้านเข้าโปรแกรมประชาคม นอกจากนี้ การประชาสัมพันธ์ให้คนรู้ว่ามีทางเลือกในการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดการที่ตำรวจแนะนำผู้เสพมาขอความช่วยเหลือกับลูกบ้านในการเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจ มีการคุยแบบไม่เป็นทางการ เข้าไปปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในครอบครัวด้วย โดยคุยกับผู้บำบัดแบบเป็นกันเอง ผู้ปกครองต้องเป็นหม่อป้าในการช่วยบำบัด ไม่ต้องมีแบบกรอกแต่ใช้วิธีสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ทำให้ได้รับความร่วมมือจากครอบครัว

ชุมชนและโรงงาน จนสามารถคัดกรองได้เกินเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนดและสามารถนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อไป

4.2 ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรามีการบริหารจัดการโดยการจัดตั้งค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรองรับการบำบัดในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเมื่อได้รับการคัดกรองแล้วว่าเป็นผู้เสพโดยในการจัดค่ายใช้พื้นที่ของวัด/ส่วนราชการ เมื่อบำบัดครบแล้วจะส่งผู้ผ่านการบำบัดสู่ชุมชน โดยมีผู้นำชุมชนหรือผู้ปกครองมารับกลับ และส่งข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดให้อำเภอ รวมทั้งความพยายามในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจ

อภิปรายผล

การวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

1. อาการติดยาเสพติดเบื้องต้นไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรภายในและตัวแปรภายนอกทั้ง 14 ตัวแปร เนื่องจากการติดยาเสพติดอาการระดับเบื้องต้น เป็นระยะแรกของการติดยาเสพติดซึ่งผู้ป่วยยังมีความสามารถในการควบคุมตนเองสามารถรับประทานยาเองได้ ทำให้อาการระดับนี้ ไม่ปรากฏลักษณะพฤติกรรมที่เด่นชัด ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายพฤติกรรมทางสังคมก็จะมีลักษณะเหมือนคนปกติทั่วไปหรือการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ นิสัย ความประพฤติกและบุคลิกภาพ ก็ยังถือได้ว่าเหมือนกับคนปกติที่ไม่ติดยาเสพติด จึงทำให้ไม่พบตัวแปรทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์ทั้ง 14 ตัวแปร

2. อาการติดยาเสพติดรุนแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความ สัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดีและความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบ สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับการติดยาเสพติด อาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดีจะมีการติดยาเสพติดระดับรุนแรงน้อย ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี จะมีการติดยาเสพติดระดับรุนแรงน้อยทั้งนี้เพราะว่า ครอบครัวเป็นจุดกำเนิดของทุกคน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรจิรา วงศ์ชนะภัย (2565) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างนักเรียนกับสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการ

ศึกษาของจอห์นสัน (นิลวรรณ ศิริอังกุล, 2560) ที่พบว่าเด็กวัยรุ่นในประเทศอุตสาหกรรม เช่น สวีเดนกับประเทศกำลังพัฒนาทำให้พ่อแม่มีโอกาสควบคุมลูกน้อยลงความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง บางครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กันเลย

2.2 ความสัมพันธ์กับเพื่อนทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับการติดยาเสพติดอาการระดับรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ไม่ดี จะมีการติดยาเสพติดระดับรุนแรงน้อย ทั้งนี้เนื่องจากเนื่องจากการทดลองเสพยาเสพติด ส่วนใหญ่จะเริ่มในช่วงวัยรุ่น ทั้งนี้มีเหตุผลหลายประการ ประการหนึ่งเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง อีกประการหนึ่งต้องยอมรับว่าวัยรุ่นกับเพื่อนเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ออก เพราะเพื่อนคือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก ถึงกับมีผู้กล่าวว่า วัยรุ่นจะเชื่อ และปฏิบัติตามเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ของตน ดังนั้นพฤติกรรมใดของวัยรุ่นไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมทางบวกหรือทางลบ ล้วนแต่มีอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งสิ้น ทั้งนี้รวมถึงพฤติกรรมการเสพยาหรือสารเสพติดด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของ ไซยณรงค์ (2565) ที่ได้รวบรวมงานวิจัยในระหว่างปี 2561 - 2565 ก็พบว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นสาเหตุสำคัญในระดับต้น ๆ ที่ทำให้เยาวชนหรือวัยรุ่นติดยาเสพติด

3. รูปแบบการบำบัดที่มีความหลากหลาย มีความยืดหยุ่น เข้าถึงง่ายและการแบ่งประเภทของผู้บำบัดรักษาอย่างชัดเจน ทำให้การบำบัดรักษาประสบความสำเร็จ ความสำเร็จในการบำบัดรักษามีปัจจัยสำคัญอยู่ที่การยอมรับว่าคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในทางที่ดีเมื่อได้รับการชี้แนะและได้รับคำปรึกษาแนะแนวทางที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิต ตามคำกล่าวจากคำสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดที่ว่า “ทัศนคติและแนวคิดพื้นฐานในการทำงานบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดคือคนเปลี่ยนแปลงได้ ทำงานกับผู้ติดยาเสพติดจะต้องเชื่อว่าคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ มิฉะนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้...ทุกคนเปลี่ยนได้ ถ้าได้รับโอกาสที่ดีและการอุทิศตนเพื่อเขาจริงๆ” ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของสถาบันวิจัยด้านยาเสพติดของประเทศสหรัฐอเมริกา (Nation Institute of Drug Abuse - NIDA) ที่กล่าวว่าโรคติดสารเสพติดเป็นโรคที่มีความซับซ้อนทั้งทางสมองและพฤติกรรมแต่สามารถรักษาให้หายได้

4. การกำกับดูแลผู้บริหารงานการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับนโยบายหลักของภาครัฐ ระดับปฏิบัติการและระดับชุมชนท้องถิ่น หน่วยงานทุกหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษามีการดูแลกำกับกับการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การให้ความสำคัญของนโยบายของรัฐบาลที่ระบุให้การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดเป็นนโยบายหลักของรัฐโดยมีการจัดทำคำสั่งเป็นทางการและให้ทุกจังหวัดยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การให้ความสำคัญของผู้บริหารระดับสูง

ที่มีการดูแลการทำงานตามนโยบายอย่างใกล้ชิดและแก้ไขปัญหาในการทำงานอย่างทันท่วงที การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพทำให้งบประมาณสามารถสนับสนุนการดำเนินงานอย่างทั่วถึงและเกิดประโยชน์สูงสุด มีการกำหนดแผนการดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงาน (roadmap) ในทุกแผนงานไว้ล่วงหน้าก่อนการดำเนินงานและมีแผนในการติดตามและประเมินผลควบคู่ไปด้วย การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานอย่างชัดเจนเพื่อให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ในขณะเดียวกันก็มีการแบ่งอำนาจให้ท้องถิ่นสามารถบริหารงานได้ด้วยตนเองตามความเหมาะสม สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาขององค์การสหประชาชาติ (Principle of Drug Dependence Treatment) ที่ว่าการดำเนินการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดต้องได้รับการกำกับดูแลที่ถูกต้อง (Clinical Governance of Drug Dependence Treatment Serviced) หมายถึงการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดต้องได้รับการดำเนินงานที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ โดยที่นโยบายกำหนดการและความร่วมมือต่างๆ จะต้องมีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจนเพื่อแจ้งไปที่กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารและกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัด มีจุดมุ่งหมายและการบริหารจัดการอย่างชัดเจน การบำบัดรักษาต้องมีความเชื่อมโยงกับการป้องกัน การแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้ใหญ่ และกลุ่มชุมชน โดยการให้ความรู้ ทักษะในการเลี่ยงจากการใช้ยาเสพติด ความเชื่อมโยงระหว่างมาตรการป้องกันและการให้บริการบำบัดมีส่วนสำคัญในการส่งต่อผู้บำบัดยาเสพติดที่เพิ่งจะเริ่มใช้ยาให้เข้าสู่กระบวนการแนะแนวและให้คำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม

5. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทำงานไปในทิศทางเดียวกันอย่างมุ่งมั่นและต่อเนื่องรวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาในทุกระยะ หน่วยงานทุกหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษาเนื่องมาจากการได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากหลายหน่วยงานภาคสังคม (Social unit) ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน สถานประกอบการ หน่วยงานในท้องถิ่นรวมถึงครอบครัวทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จและทำให้ผู้เสพไม่หันเหยาเสพติดซ้ำอีกโดยการทำงานเป็นเครือข่าย (Network) ที่มีการติดต่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอการยอมรับและการสนับสนุนและการยอมรับของหน่วยงานภาคสังคมในการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดเป็นการป้องกันการติดยาซ้ำและเปิดโอกาสให้ผู้เสพสามารถกลับตัวเป็นคนดีของสังคมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ingrid A Binswanger และคณะ (2022) พบว่า การกลับมาติดยาของผู้ติดยาเสพติดและผู้ดื่มสุราเป็นผลมาจากการขาดการสนับสนุนทางสังคม (Poor social support) การมีอาการ

เจ็บป่วย (Medical co-morbidity) และการไม่มีปัจจัยทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ (Inadequate economic resources) นอกจากนั้นทฤษฎีทางอาชญาวิทยายังได้กล่าวถึงการที่ผู้เสพได้รับความรักและการยอมรับจากครอบครัวและสังคมทำให้ป้องกันการกระทำผิดและการกระทำผิดซ้ำได้อีกตามแนวคิดของทฤษฎี การควบคุม (Control Theory ของ Travis's Hirschi) ถือความรู้สึกผูกพันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะให้ผลในทางยับยั้งบุคคลไม่ให้กระทำผิดหรือกระทำผิดซ้ำอีก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ผู้ปกครอง หน่วยงานทางการศึกษา โรงเรียนหรือภาคสังคมที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจแก่เยาวชน ให้เยาวชนได้มีความรู้ ความเข้าใจ ต่อยาเสพติดที่ถูกต้อง สามารถปรับตัวได้เมื่อประสบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และมีบุคลิกภาพที่ดีหลีกเลี่ยงให้ห่างไกลจากยาเสพติด

1.2 โรงเรียน ครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประสานข้อมูลกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเสพติด

1.3 ควรกำหนดนโยบายการป้องกันยาเสพติดที่มุ่งไปที่การป้องกันปัญหาเสพติดโดยการเตรียมความพร้อมให้กับเยาวชน ดังนั้นหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ต้องทำงานระดับนโยบายร่วมกันก่อนนำแผนลงสู่การปฏิบัติ

1.4 การใช้แนวคิดแก้ปัญหาโดยชุมชน (Community Based) เป็นแนวทางหลักในการบำบัดรักษา การให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัดและดูแลผู้บำบัดหลังการบำบัดรักษา/การแบ่งกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนในการสอดส่องดูแล/คัดกรอง/ติดตามผลผู้บำบัดในชุมชน การขยายเครือข่ายสถานศึกษา ผู้นำและอาสาสมัครในชุมชนโดยเฉพาะอาสาสมัครรุ่นใหม่และวิทยากรกลุ่มเยาวชน เน้นการทำงานแบบจิตอาสาและอาสาสมัคร (Volunteer) ทำให้งานบำบัดรักษาสามารถดำเนินการได้โดยความเข้มแข็งของชุมชน

1.5 ควรเน้นให้ครอบครัวและชุมชนบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ผ่านการบำบัด โดยเฉพาะการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดตั้งแต่เริ่มการบำบัดรักษา และการรายงานตัวของผู้ผ่านการบำบัดในทุกระยะ โดยมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลเป็นที่ปรึกษาและประสานงานช่วยเหลือในกรณีที่ผู้บำบัดมีความเดือดร้อนในเรื่องต่าง ๆ เช่น การจัดการศึกษาต่อการทำงานในสถานประกอบการ การพัฒนาทักษะชีวิตต่อเนื่องหลังจากผ่านค่ายบำบัดมาแล้ว เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัญหาเสพติดในสถานศึกษาในประเด็น

สิ่งที่ยกย่องและช่วยย่นนำไปสู่การเสพสารเสพติดเพื่อจะได้หาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การศึกษาเจาะลึกแนวทางการพัฒนาระบบเครือข่ายความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ระบบอาสาสมัคร ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาสนับสนุนและให้คำแนะนำด้านวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยและทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กษมา สุขสวคนธ์.(2563). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคกลุ่มอาชีพศึกษาภาคกลางสังกัดกรมอาชีวศึกษา.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- กฤษกร เจือดี. (2564). การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครอง. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ทิพย์อร ไชยณรงค์.(2565). การวิเคราะห์ผลงานวิจัยด้านยาเสพติด. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2555). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

บุญสม มาร์ติน และคณะ.(2563). หนังสือเรียนพลานามัย รายวิชา พ 013- พ 014 สุขศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนต้น พุทธศักราช 2551(ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2563). กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์. นิลวรรณ ศิริอังกุล. (2560). สุขภาพจิตของนักเรียนในชุมชนแออัดเขตห้วยขวางกรุงเทพมหานคร.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

พรจิรา วงศ์ชนะภัย.(2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนมัธยมศึกษาในสหวิทยาเขตเสรีไทยกรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

วันชัย ธรรมสังการ และคณะ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดยาและสารเสพติดของผู้ป่วยในศูนย์บำบัดยาเสพติดภาคใต้. สงขลา : ศูนย์วิจัยพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนาภาควิชาสารคดีศึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สนธิ สมักรการ และคณะ.(2563). พฤติกรรมและทัศนคติที่เกี่ยวกับยาเสพติดของหนุ่มสาวไทย.กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). สรุปสถานการณ์การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย.กรุงเทพฯ : สำนักงานรัฐมนตรี.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักงานรัฐมนตรี.

สุกัญญา เจียมประชา. (2564). การศึกษารายกรณีการเสพยาบ้า : ปัญหาสาเหตุและแนวทางในการแก้ไข. สารนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะและมีโรคร่วม

กรรณิกา สัมฤทธิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคต คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2569 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 15 ล้านคน และในปีพ.ศ. 2581 มีผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) ในปี 2561 มีการคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมากกว่า 42,000 คนต่อปี และอุบัติการณ์ของการเกิดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มขึ้นอีกอย่างน้อย 3 เท่าตัวอีก 30 ปีข้างหน้า ภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุส่วนใหญ่สาเหตุเกิดเพียงจากอุบัติเหตุเบา ๆ ไม่รุนแรงภายในบ้าน เช่น ลื่นล้มในห้องน้ำ เดินแล้วสะดุดล้ม ตกจากเตียง เป็นต้น แม้จะเป็นเพียงอุบัติเหตุเบา ๆ ก็ถือเป็นภาวะเร่งด่วนในการรักษา อาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา การรักษาโดยการผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะทำให้บรรเทาอาการปวด ลดภาวะแทรกซ้อน แก้ไขภาวะกระดูกผิดรูป และฟื้นตัวได้เร็ว แต่ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนมากมักมีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน และโรคไต เป็นต้น ซึ่งหากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งฝึกฟื้นฟูตนเองต่อที่บ้าน และได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น ปอดบวม แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ โลหะตามกระดูกหลุด ซึ่งจะส่งผลก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงการเสียชีวิต

จากสถิติโรงพยาบาลพุทธโสธร พบว่า จำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 139, 141 และ 136 ราย และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมีจำนวน 60, 62 และ 80 รายตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (งานสถิติ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2566) และพบว่าผู้สูงอายุมีโรคร่วมในปี พ.ศ. 2563 - 2565 ดังนี้ ปีพ.ศ. 2563 พบ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.33 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 16.12 โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.33 ปีพ.ศ. 2564 พบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.09 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.96 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 16.12 โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 6.45 และ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4.83 ปีพ.ศ. 2565 พบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.25 โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.25 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.50 โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 8.75 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.50 และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 5, 6 และ 6 ราย ตามลำดับ โดยพบว่า มีภาวะปอดอักเสบ 1, 2 และ 1 ราย ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 2, 1 และ 1 ราย แผลกดทับ 2, 3 และ 4 รายตามลำดับ

ดังนั้นพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยในทุกระยะ ตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

กระดูกสะโพกหัก

คือภาวะที่มีกระดูกหักบริเวณข้อสะโพก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะมีกระดูกพรุนร่วมด้วย โดยผู้หญิงจะมีความเสี่ยงในการเกิดกระดูกพรุนมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงหลังหมดประจำเดือนจะทำให้มวลกระดูกลดลงอย่างรวดเร็วทำให้มีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะมีกระดูกสะโพกหักจากการล้ม

พยาธิสภาพ

การเกิดกระดูกสะโพกหักเกิดจากมีแรงมากกว่าความแข็งแรงของกระดูกกระทำต่ออวัยวะทำให้เกิดกระดูกหัก เมื่อมีภาวะกระดูกสะโพกหักจะไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อสะโพกและอวัยวะใกล้เคียงได้ตามปกติจากอาการขา และอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆ กระดูกมีการหดเกร็งทำให้เกิดอาการปวดและกดเจ็บและจากการฉีกขาดของ

เยื่อหุ้มกระดูกภายใน(endosteum) เยื่อหุ้มกระดูกภายนอก(periosteum) และเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ เช่น กล้ามเนื้อ เอ็น เอ็นยึดทำให้เกิดความเจ็บปวดโดยมีสาเหตุมาจากเนื้อเยื่อที่ผิดปกติมีการหลั่งสารเคมีต่างๆ(Histamine, Bradykinin, Prostaglandin, Serotonin, substancep, Acetylcholine) ออกมาซึ่งสารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทที่รับความรู้สึกให้มีความไวต่อการกระตุ้นทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวด นอกจากนี้การอักเสบของเส้นเลือดยังทำให้มีเลือดออกบริเวณปลายกระดูกที่หักและจากเนื้อเยื่อรอบกระดูกหักทำให้เกิดอาการบวม สูญเสียหน้าที่และความมั่นคงของอวัยวะตลอดจนทำให้รูปร่างของกระดูกเสียไปเกิดลักษณะผิดรูป โดยกระดูกที่หักบริเวณสะโพกจะมีความยาวสั้นลงจากแรงดึงของกล้ามเนื้อตามแกนยาวของกระดูก

อาการและอาการแสดงกระดูกสะโพกหัก

1. อาการปวดข้อสะโพก
2. ผู้ป่วยจะไม่สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บ
3. ขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บสั้นลง
4. พบรอยบวม/จำเลือดบริเวณต้นขาหรือขาหนีบ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

การรักษากระดูกสะโพกหักสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด โดยใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบการใส่เครื่องดึงให้ติดกับผิวหนัง (Skin traction) โดยใช้ น้ำหนักในการถ่วงดึงประมาณ 2-3 กิโลกรัม หรือ 1 ใน 10 ของน้ำหนักตัว การรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่ทำในผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือในกรณีที่ไม่ผ่าตัด (จิมพิชญ์ชา มะมม, 2562)
2. การรักษาโดยการผ่าตัด ควรทำการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยเร็วที่สุดอย่างช้าภายใน 7 วัน หลังเกิดกระดูกสะโพกหัก เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นจากเตียงได้โดยเร็วที่สุด ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการแตกหัก มี 2 วิธี ได้แก่การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และการผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกภายใน

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ
2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย
 - 2.1 ประเมินอาการปวด และการจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม
 - 2.2 งดยาละลายลิ่มเลือดก่อนผ่าตัด 7 วัน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์
 - 2.3 เตรียมผลทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อุปกรณ์และยาให้พร้อม

2.4 เตรียมความสะอาดของร่างกาย ช่องปาก ผม หนวด เล็บ และบริเวณที่ผ่าตัด

2.5 งดน้ำอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

2.6 ฝึกการหายใจลึกๆ การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (Skin traction) ในช่วงระหว่างรอผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด มีดังนี้ (จิมพิชญ์ชา มะมม, 2562)

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยหลังผ่าตัดบันทึกค่าสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ให้อ่านที่สัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง หากพบความผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตลดลงมากให้รีบรายงานแพทย์
2. การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก
3. การประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด บันทึกลักษณะและปริมาณเลือดหลังจากแผล และสายระบายเลือด (Vacuum drain)
4. การประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด กรณีได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ต้องเฝ้าระวังอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาเช่น กดการหายใจ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น
5. การป้องกันการเคลื่อนหลุดของโลหะตามกระดูก
6. การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ
7. การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
8. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนานๆ ได้แก่ ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง หรือลิ่มเลือดอุดตันเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อปอดอักเสบ ปอดแฟบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก

การวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

1. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแล สภาพแวดล้อมที่บ้าน ความจำเป็นในการส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้าน
2. การให้ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันโลหะตามกระดูกหลุดเคลื่อนก่อนเวลาอันควร ได้แก่ อาหารการออกกำลังกาย การนั่ง การเดิน หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การวิ่ง กระโดด และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนเพื่อลดแรงกดบริเวณข้อสะโพก การขับถ่าย การนอน การแต่งตัว การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบุตร วันที่รับไว้หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก วันที่ 26 มิถุนายน 2566 เวลา 19.30 น.

อาการสำคัญที่มารักษา : เดินแล้วล้ม ปวดสะโพกข้างซ้าย ลูกเดินไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเดินแล้วล้มปวดบวมสะโพกซ้าย มีรอยช้ำสะโพกซ้าย ลูกเดินไม่ได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เคยนอนรักษาที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องปอดอักเสบ

โรคประจำตัว : โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension), ไขมันในเลือดสูง (Dilipidemia), ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 (CKD stage 3) และ เก๊าท์ (Gout) รักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ได้รับยา Manidipine (20 มิลลิกรัม) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า Carvedilol (6.25 มิลลิกรัม) 1/2 เม็ดหลังอาหารเช้า Atrvastatin (40 มิลลิกรัม) 1 เม็ดก่อนนอน Vit D2 (20,000 ไอู) 1 เม็ด วันพุธหลังอาหารเช้า สัปดาห์ละครั้ง Sodamint (300 มิลลิกรัม) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน ยีน Allopurinol (100 มิลลิกรัม) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า Colchicine (0.6 มิลลิกรัม) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า วันจันทร์ พุธ ศุกร์ รับประทานเนื่อง

การวินิจฉัยโรค กระดูกสะโพกซ้ายหักบริเวณอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริกหักแบบปิด (Closed Fracture intertrochanteric left femur)

สรุปอาการแรกเริ่มถึงจำหน่าย

วันที่ 26 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี แรกเริ่มที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เดินแล้วล้ม ปวดสะโพกข้างซ้าย ลูกเดินไม่ได้ film x-ray พบกระดูกสะโพกซ้ายหัก (Closed Fracture intertrochanteric left femur) สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/83 มิลลิเมตรปรอท ดูแลถึง skin traction ขาซ้ายถ่วงน้ำหนัก 2 กิโลกรัม ส่งตรวจเอกซเรย์ปอด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลปกติ เจาะเลือด CBC, BUN, Cr, E'lyte, และ Uric acid ส่งตรวจ พบว่ามีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Potassium 3.3 mmol/L) ดูแลให้ยา Elixir KCL 30 มิลลิลิตรทางปาก และตรวจเลือดซ้ำหลังให้ยา ผลตรวจโพแทสเซียมในเลือดเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Potassium 3.9 mmol/L) ปวดสะโพกซ้าย pain score ระดับ 10 ได้รับยาแก้ปวด Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา

วันที่ 27 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขาข้างซ้ายคิ๊งถ่วงน้ำหนัก 2 กิโลกรัม ขาไม่ชา ปลายเท้าไม่ตึง ปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย pain score ระดับ 4 ดูแลให้ยาแก้ปวด Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังได้รับยา อาการปวดทุเลาลง pain score ระดับ 2 พลิกตะแคงตัวได้น้อย ปัสสาวะได้เองใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เวลา 6.00 น. มีไข้ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/90 มิลลิเมตรปรอท ดูแลเก็บปัสสาวะส่งตรวจ ผลการตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ (WBC 30-50 cell/ml) มีการรักษาเพิ่ม โดยดูแลให้ Ceftriazone 2 กรัมทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง เน้นย้ำการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายและดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมหลังปัสสาวะ 1-2 ครั้ง เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะ (Open reduction and internal fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation left hip) โดยวิธีดมยาสลบ วันที่ 28 มิถุนายน 2566 เวลา 9.00 น. ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมทั่วไปเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงในการผ่าตัด ประเมินว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดระดับ intermediate risk ที่ 1-5% เตรียมเลือดชนิด Pack Red Cell 1 ยูนิต งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/NSS/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เตรียมยา Cefazoline 2 กรัมไปห้องผ่าตัด ดูแลสวนปัสสาวะตอนเช้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูล พร้อมรับการผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลการผ่าตัดเนื่องจากอายุมาก และมีโรคประจำตัวหลายโรค จึงอธิบายแนวทางการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบและซักถามข้อสงสัย ผู้ป่วยและญาติจึงคลายความวิตกกังวลลง

วันที่ 28 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขาข้างซ้ายคิ๊งถ่วงน้ำหนัก 2 กิโลกรัม ขาไม่ชา ปลายเท้าไม่ตึง pain score ระดับ 2 ห้องผ่าตัดคมรับผู้ป่วยเวลา 8.00 น. สัญญาณชีพก่อนไป อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/77 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะ (Open reduction and internal fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation left hip) โดยวิธีดมยาสลบ เวลา 9.00 น. กลับจากห้องผ่าตัดเวลา 12.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว ปลุกตื่นเข้าใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด bird's ventilator สูญเสียเลือดหลังผ่าตัด 100 มิลลิลิตร แรกเริ่มที่หอผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % มีเสมหะในปากและในท่อช่วยหายใจสีขาวยาวสีเทาเหนียวเล็กน้อย ฟังปอดพบ wheezing both lung ดูแลพ่นยา Beradual 1 หลอดทุก 4 ชั่วโมง และดูแลเสมหะ แผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย ปิด sealed ไม่มี Bleed ชิม

เจาะความเข้มข้นเลือดปลายนิ้วได้ 27 % คู่มือให้เลือดชนิด Pack Red Cell 1 ยูนิต ติดตามความเข้มข้นของเลือดปลายนิ้วได้ 41% ใส่สายสวนปัสสาวะคา ปัสสาวะสีเหลืองใส ปัสสาวะออก 80 มิลลิลิตรใน 4 ชั่วโมง คู่มือให้ Lasix 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ปัสสาวะออกเพิ่ม 1,200 มิลลิลิตร

วันที่ 29 มิถุนายน 2566 (หลังผ่าตัดวันที่ 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจชนิด Bird's ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง แผลผ่าตัดไม่ซึม พลิกตะแคงตัวเองไม่ไหว ยังยกขาซ้ายไม่ขึ้น ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณ 1,000 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/80 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100 % เตรียมหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นชนิดให้ออกซิเจน T-piece 1 ชั่วโมง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 88 -89 % คู่มือต่อเครื่องช่วยหายใจชนิด Bird's ventilator ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ผลการเจาะความเข้มข้นเลือดปลายนิ้วทุก 8 ชั่วโมง พบว่า ความเข้มข้นเลือดลดลงมากกว่า 3 % จาก 41 % ลดลงเหลือ 33% คู่มือให้เลือดชนิด Pack Red Cell 1 ยูนิต ขณะให้เลือดไม่มีการแพ้เลือด ค่าความเข้มข้นเลือดปลายนิ้วเพิ่มขึ้นเป็น 38% ปวดแผลผ่าตัด Pain score ระดับ 6-10 ได้รับยาแก้ปวด Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา Pain score ลดลงเหลือ ระดับ 3

วันที่ 30 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด Bird's ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง แผลผ่าตัดไม่ซึม พลิกตะแคงตัวเองยังไม่ไหว ยกขาขึ้นได้เล็กน้อย มีแผลกดทับ ระดับ 2 บริเวณก้นกบ ขนาด 2x3 เซนติเมตร เนื้อแผลแดง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณ 800 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/73 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % เวลา 3.00 น. ขณะดูแลพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยหันหน้าไปฝั่งตรงข้ามอย่างรวดเร็ว จึงเกิดการเลื่อนของท่อช่วยหายใจ วัดสัญญาณชีพ ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 143/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 % หายใจไม่มีเหนื่อยหอบ รายงานแพทย์ พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจได้ คู่มือให้ออกซิเจนแบบ Cannula 3 LPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 % ปวดแผลผ่าตัด Pain score ระดับ 8 ได้รับยาแก้ปวด Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา Pain score ลดลงเหลือ ระดับ 3

วันที่ 1-2 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คู่มือให้ออกซิเจนแบบ Cannula 3 LPM ต่อเนื่อง ยังมีอาการอ่อนเพลียไม่ค่อย

มีแรง โอนานๆครั้ง ไม่มีเสมหะ แผลผ่าตัดไม่ซึม พลิกตะแคงตัวได้แต่ต้องมีคนช่วย แผลกดทับ ระดับ 2 บริเวณก้นกบ ขนาด 2x3 เซนติเมตร เนื้อแผลแดง เริ่มแห้ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณ 1,300 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/57 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 %

วันที่ 3-4 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ออกซิเจนแบบ Cannula 3 LPM ต่อเนื่อง ยังมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง โอนานๆครั้ง ไม่มีเสมหะ แผลผ่าตัดไม่ซึม พลิกตะแคงตัวได้ แผลกดทับ ระดับ 2 บริเวณก้นกบ ขนาด 2x3 เซนติเมตร เนื้อแผลแดง เริ่มแห้ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณ 900 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % เจาะเลือด CBC, BUN, Cr, E'lyte, ส่งตรวจ (วันที่ 3 กรกฎาคม 2566) พบมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Potassium 2.9 mmol/L) คู่มือให้ยา Elixir KCL 30 มิลลิกรัม ทางปาก จำนวน 1 ครั้ง และตรวจเลือดซ้ำหลังให้ยา ผลตรวจโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (Potassium 3 mmol/L) คู่มือให้ยา Elixir KCL 30 มิลลิกรัม ทางปาก ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง และตรวจเลือดซ้ำหลังให้ยาผลตรวจโพแทสเซียมในเลือดเพิ่มขึ้นอยู่เกณฑ์ปกติ (Potassium 3.8 mmol/L)

วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขยับลุกนั่งบนเตียงได้ แผลผ่าตัดไม่ซึม แผลกดทับบริเวณก้นกบเกือบแห้ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณ 1,000 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง ใส่ออกซิเจนแบบ Cannula 3 LPM ต่อเนื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % หายใจมีเสียงผิดปกติ คู่มือฟังปอดได้ยินเสียง Creptitation right lower lobe คู่มือส่งเอกซเรย์ปอด ผลเอกซเรย์พบ Lung infiltration right lower lobe ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) คู่มือพ่นยา Beradual 1 หลอดทุก 6 ชั่วโมง และให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที ส่งเสมหะเพาะเชื้อผลปกติ ส่งตรวจเพาะเชื้อในกระแสเลือดไม่พบเชื้อ เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Clindamycin 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ ปรีกษากายภาพเพื่อฝึกเดินแบบไม่ลงน้ำหนักโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน walker (Non weight bearing with walker) พยาบาลร่วมกับนักกายภาพบำบัดประเมินพบว่า

กล้ามเนื้อขาซ้ายอ่อนแรง จึงดูแลฝึกบริหารกล้ามเนื้อต่อเนื่อง วันที่ 6 -8 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขยับลูกนั่งบนเตียงได้ แผลผ่าตัดไม่ซึม แผลกดทับบริเวณก้นกบแห้ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณ 1,200 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง ใส่ออกซิเจนแบบ Cannula 3 LPM ต่อเนื่อง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % ดูแลฝึกให้ผู้ปวยนั่งห้อยขาข้างเตียง ผู้ป่วยเริ่มขยับและช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลูกนั่งบนเตียงได้คล่อง ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้

วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขยับลูกนั่งบนเตียงได้ แผลผ่าตัดไม่ซึม แผลกดทับบริเวณก้นกบแห้ง ดูแลให้ออกซิเจนแบบ Cannula 3 LPM ต่อเนื่อง เวลา 10.00 น. เตรียมห้อยออกซิเจน ผู้ป่วยหายใจไม่มีหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ดูแลส่งเอกซเรย์ปอด ผลการตรวจปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ขณะหายใจเอง 96-98 % เวลา 11.00 น. ถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะเองได้ ลูกยืนข้างเตียง และสามารถฝึกเดินแบบไม่ลงน้ำหนักโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน walker ได้แต่ยังไม่คล่อง เดินได้ 10 ก้าว

วันที่ 10-11 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยลูกนั่งห้อยขาข้างเตียงได้เอง ลูกเดินแบบไม่ลงน้ำหนักโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน walker ได้คล่องขึ้น 10-20 ก้าว

วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยลูกนั่งห้อยขาข้างเตียงได้เอง ลูกเดินแบบไม่ลงน้ำหนักโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน walker ได้คล่องขึ้น 10-20 ก้าว แผลผ่าตัดครบตัดไหม 14 วัน แผลแห้งดีขอบแผลปิดสนิท แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับบ้านได้ แนะนำญาติในการเตรียมความพร้อมที่บ้าน โดยแนะนำจัดให้ผู้ปวยอยู่ชั้นล่าง แนะนำการจัดบริเวณภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ระวังสิ่งกีดขวางในบ้าน แนะนำการปฏิบัติตนสำหรับผู้ปวยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะ แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติพร้อมเอกสารคำแนะนำ รวมจำนวนวันนอนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 16 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณสะโพกซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเอกซเรย์พบ กระดูกสะโพกซ้ายหัก (Closed Fracture intertrochanteric left femur)
2. ผู้ป่วยบ่นปวดบริเวณสะโพกซ้าย pain score ระดับ 10
3. สีหน้าแสดงความเจ็บปวด

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดสะโพก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าการปวดสะโพกซ้ายบรรเทาลง pain score $\leq$ ระดับ 3
2. สีหน้าสดชื่นขึ้น แจ่มใสขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย พร้อมอธิบายให้ผู้ปวยทราบและเข้าใจถึงสาเหตุ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
2. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้
3. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว และเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกาย
4. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายหายใจโดยการสูดลมหายใจเข้า-ออก โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ขอบบริเวณที่ปวดเบาๆ

5. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเมื่อต้องการทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ผื่นคัน เป็นต้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการปวดสะโพกซ้ายลดลงน้อยลง pain score ระดับ 3
2. ผู้ป่วยมีความสุขสบาย สีหน้าแจ่มใสขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มีอาการอ่อนเพลีย
2. ผลการตรวจเลือดวันที่ 26 มิถุนายน 2566 พบ โพแทสเซียม 3.3 mmol/L

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลของโพแทสเซียมในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการค่าโพแทสเซียม 3.5 - 5.1 mmol/L
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะไม่สมดุลของโพแทสเซียมในร่างกาย ได้แก่ ชี้น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นช้า ชีพจรเต้นเบากว่าปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหยุดเต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการ อาการแสดงทางระบบประสาท
2. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา Elixer KCL 30 มิลลิลิตรทางปาก จำนวน 1 ครั้ง

3. สังเกตอาการ อาการแสดงที่แสดงถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ เช่นอาการอ่อนแรงของแขนขามากขึ้น เกร็งสั่น เป็นตะคริว เหน็บชา กลืนลำบาก ท้องอืด ท้องผูก หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นผิดปกติ

4. ดูแลการทำความสะอาดปาก-ฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร และจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากรับประทานอาหาร

5. ติดตามผลการตรวจเลือดโพแทสเซียมจากห้องปฏิบัติการการประเมินผล

1. ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการค่าโพแทสเซียม 3.9 mmol/L

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการ อ่อนแรงของแขนขา เกร็งสั่น เป็นตะคริว เหน็บชา กลืนลำบาก ท้องอืด ท้องผูก หน้ามืด ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/88 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ปัสสาวะชุ่มผ้าอ้อม ญาติเปลี่ยนผ้าอ้อมเมื่อชุ่ม

2. ผลการตรวจปัสสาวะ พบเม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ (WBC 30-50 cell/ml) วันที่ 27 มิถุนายน 2566

3. มีไข้ 38 องศาเซลเซียส วันที่ 27 มิถุนายน 2566 เวลา 6.00 น.

วัตถุประสงค์

เพื่อลดเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปัสสาวะไม่มีมีเสกซ์

2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36-37.4 องศาเซลเซียส

3. ผลตรวจปัสสาวะปกติ (WBC 0-3 cell/ml)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง

2. ดูแลทำความสะอาด และแนะนำเรื่องทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายและช่วยเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และสอนญาติในการเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งหลังปัสสาวะ

3. กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 มิลลิตร

4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง

5. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ

การประเมินผล 1. ปัสสาวะไม่มีมีเสกซ์

2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

3. ผลตรวจปัสสาวะวันที่ 29 มิถุนายน 2566 (WBC 5-10 cell/ml) ยังมีการติดเชื้อ แต่การติดเชื้อลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและแผนการรักษาของแพทย์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติถามว่า “ผ่าตัดแล้วเป็นอย่างไร” “นอนโรงพยาบาลนานไหม”

2. ผู้ป่วยและญาติแสดงอาการทางสีหน้าแสดงถึงความกังวล

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้ายิ้มแย้มกว่าเดิม

2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง สีหน้ายิ้มแย้มขึ้น

2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการซักถามและจากการสังเกตท่าทางที่แสดงออกมาของผู้ป่วย

2. อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคกระดูกสะโพกหัก และแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์และความสำคัญของขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการเตรียมความพร้อมกลับไปอยู่บ้าน

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆ

5. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะ และได้รับการรักษาเหมือนกัน เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและแผนการรักษา

6. เปิดโอกาสให้ผู้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส คลายความวิตกกังวลลง

2. ผู้ป่วยและญาติยินยอมและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายนี้ออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานปอดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดลดความกระดุกด้วยโลหะ (Open reduction and internal fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation left hip) โดยวิธีดามยาสลบ วันที่ 28 มิถุนายน 2566 ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด bird's ventilator

2. ภายหลังท่อช่วยหายใจเลื่อนจากหน้าไปฝั่งตรงข้ามกับท่าพลิกตะแคงตัว แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ วันที่ 30 มิถุนายน 2566 เวลา 3.00 น. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95%

3. ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation right lower lobe ผลเอกซเรย์พบ Lung infiltration right lower lobe ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) วันที่ 2 กรกฎาคม 2566

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ฟังเสียงหายใจเข้า-ออก ปกติ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดปกติ
2. อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที
3. อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36-37.4 องศาเซลเซียส
4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด มากกว่า 95 %
5. ผลการตรวจเพาะเชื้อในเลือดและเสมหะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาลขณะผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ วันที่ 28 - 29 มิถุนายน 2566

1. ประเมินการหายใจ ติดตามการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนโดยวัดปลายนิ้ว และติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
2. ดูแลจัดท่านอนกึ่งศีรษะสูง และดูแลตำแหน่งของ ET - tube บิดพลาสติกความถี่ 18 เซนติเมตร ระงับการคั่งรังคคูลเสมหะทุกครั้งที่มีเสมหะ และใช้เวลาดูดเสมหะไม่นานเกิน 10 วินาที

3. ประเมินอาการด้านเครื่องช่วยหายใจซึ่งอาจเกิดจากอาการปวด กลั้วขาดออกซิเจน หรือเสมหะอุดตัน

4. ฝีเาะวังข้อต่อของท่อหลอดลมหรือเครื่องช่วยหายใจหลุด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลม Beradual 1 หลอดทุก 4 ชั่วโมง

5. แนะนำการปฏิบัติตัวในขณะที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยหลังดึงท่อช่วยหายใจออกเอง วันที่ 30 มิถุนายน 2566

1. ประเมินการหายใจ ติดตามการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีจนอาการคงที่ หลังจากนั้นติดตามทุก 4 ชั่วโมง

2. จัดให้อนอนินท่ากึ่งศีรษะสูง และกระตุ้นให้หายใจเข้า-ออก ยาวๆลึกๆ

3. ดูแลให้ออกซิเจนแบบ Cannula 3 LPM

4. ดูแลพ่นยาขยายหลอดลม Beradual 1 หลอดทุก 6

ชั่วโมง ติดตามเสียงการหายใจและฟังเสียงปอด

5. ให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และติดตามบันทึกน้ำเข้า-ออก

6. ดูแลให้ยา Clindamycin 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ และติดตามอาการหลังให้ยา

7. ดูแลส่งเสมหะและเลือดเพาะเชื้อ ดูแลส่งเอกซเรย์ พร้อมทั้งติดตามการตรวจ

การประเมินผล

1. ฟังเสียงหายใจเข้า-ออก ปกติ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดปกติ

2. อัตราการหายใจ 16-22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด มากกว่า 95 %

3. ผลการตรวจเพาะเชื้อในเลือดและเสมหะปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยมีภาวะช็อค**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย
2. ความเข้มข้นเลือดจากปลายนิ้ว 27 % (ภายหลังกลับจากห้องผ่าตัด วันที่ 28 มิถุนายน 2566)
3. ความเข้มข้นเลือดจากปลายนิ้วลดลงมากกว่า 3 % (หลังได้รับ Pack red cell 1 ยูนิต วันที่ 28 มิถุนายน 2566 ความเข้มข้นเลือดจากปลายนิ้วหลังเลือดหมด 2 ชั่วโมง ได้ 41 % หลังจากนั้น 8 ชั่วโมง ความเข้มข้นเลือดจากปลายนิ้วลดลงเหลือ 33 %)

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย
2. ความเข้มข้นของเลือดมากกว่า 30 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะช็อคจากการซักถามอาการเหนื่อยอ่อนเพลียของผู้ป่วย

2. ดูแลให้เลือดชนิด Pack red cell 1 ยูนิต (จำนวน 2 ครั้ง ตามแผนการรักษา) ดูแลให้ยาแก้แพ้ (CPM) 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำก่อนให้เลือด และสังเกตอาการแพ้เลือด พร้อมทั้งแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติจากการให้เลือด เช่น ไ้ หนาวสั่น มีผื่นขึ้น คัน เมื่อเกิดอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทันที

3. ดูแลให้ Ferrous Fumarate 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร เข้า-เย็น ตามแผนการรักษา แนะนำรับประทานอาหารที่มีเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ตับ ไข่แดง เต้าหู้ ผักใบเขียว และนม เป็นต้น

4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพราะการพักผ่อนบนเตียงจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ทำให้อาการเหนื่อยอ่อนเพลียลดลง

5. ติดตามค่าความเข้มข้นเลือดจากปลายนิ้ว

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการสดชื่นมากขึ้น
2. ความเข้มข้นเลือดจากปลายนิ้วครั้งที่ 1 หลังได้รับเลือด มีค่าเท่ากับ 41% (วันที่ 28 มิถุนายน 2566) หลังจากนั้นอีก 8 ชั่วโมง ความเข้มข้นเลือดจากปลายนิ้วลดลงมากกว่า 3% คือ ลดลงเหลือ 33 % ได้รับเลือดชนิด Pack red cell 1 ยูนิต ความเข้มข้นเลือดจากปลายนิ้วได้ 38% (วันที่ 29 มิถุนายน 2566)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจาก ปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะ (Open reduction and internal fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation left hip) โดยวิธีดมยาสลบ วันที่ 28 มิถุนายน 2566
2. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย pain score 10 คะแนน
3. สีหน้าผู้ป่วยไม่แจ่มใส
4. ไม่ยอมพลิกตะแคงตัวกลัวปวดแผล

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย ลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้ายลดลงลง pain score ≤ 3 คะแนน
2. สีหน้าแจ่มใสขึ้น สดชื่นขึ้น
3. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น
4. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง รวมทั้งประเมินความต้องการยาแก้ปวด พร้อมทั้ง แนะนำวิธีการประเมินความปวดโดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวด แบบชุดตัวเลข 1-10 Numeric rating scale (NRS)
2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เบามือ โดยเฉพาะ กิจกรรมที่ต้องเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่าทางผู้ป่วย
3. จัดท่าทางให้ผู้ป่วยสุขสบาย ดูแลช่วยเหลือและสาธิต ญาติในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโดยให้ตะแคงตัวไปข้างที่ไม่ได้ ทำผ่าตัด ขณะพลิกตะแคงตัวต้องวางหมอนไว้ระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง
4. แนะนำให้หายใจเข้าออกลึกๆ ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด จัดที่นอนให้เรียบดี ทำความ

สะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น และลดการกระตุ้นของสิ่งเร้าทางด้านจิตใจและอารมณ์

6. ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เมื่อต้องการทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการและผลข้างเคียงและอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ผื่นคัน เป็นต้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้ายลดลงลง pain score 2-3 คะแนน
2. สีหน้าแจ่มใสขึ้น สดชื่นขึ้น
3. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น
4. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น พลิกตะแคงตัว ลุกนั่ง ยืน เดิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณ ก้นกบเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงภายหลัง ได้รับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่กล้าพลิกตะแคงตัวเนื่องจากกลัวปวดแผลเพิ่มขึ้น”
2. ผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับ 2 บริเวณก้นกบ ขนาด 2x3 เซนติเมตร วันที่ 30 มิถุนายน 2566 (วันที่ 2 หลังผ่าตัด)

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมไม่เกิดแผลกดทับลูกกลาม

เกณฑ์การประเมินผล

แผลกดทับแห้งและไม่เกิดแผลกดทับลูกกลาม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเพื่อป้องกันการเจ็บปวด
2. ประเมินผิวหนังผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณหลังและก้น บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง สันเท้า ทุก 4 ชั่วโมง และทำการส่งเสริมให้ผิวหนังมีความยืดหยุ่นดี โดยการดูแลผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ จัดที่นอน ผ้าปูที่นอนไม่ยับย่น
3. ดูแลช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัวให้สังเกตรอยแดงบริเวณผิวหนัง
4. ให้ความระมัดระวังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเปลี่ยนเสื้อผ้า การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน หลีกเลี่ยงการเกิดแรงเสียดทานบริเวณผิวหนัง ใช้ผ้ารอง/ผ้าขาว ยกตัวไม่ควรใช้การดึงหรือการลาก
5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยเฉพาะ โปรตีนควรเป็นโปรตีนจากเนื้อปลา ถั่ว และไข่
6. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานน้ำอย่างน้อย 2,500 มิลลิลิตร

ต่อวัน กระตุ้นให้ทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

7. ดูแลทำแผลให้ถูกวิธีโดยใช้น้ำเกลือทำความสะอาดแผล และปิดแผลด้วยวาสลีนก๊อช

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับลูกกลม แผลกดทับแห้ง (วันที่ 6 กรกฎาคม 2566)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มีอาการอ่อนเพลีย
2. ผลการตรวจโพแทสเซียม วันที่ 3 กรกฎาคม 2566 พบโพแทสเซียม 2.9 mmol/L ผลการตรวจโพแทสเซียม วันที่ 4 กรกฎาคม 2566 3 mmol/L

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลของโพแทสเซียมในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการค่าโพแทสเซียม 3.5-5.1 mmol/L
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะไม่สมดุลของโพแทสเซียมในร่างกาย ได้แก่ ชี้น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นช้า ชีพจรเต้นเบาว่าปกติ หัวใจเต้นผิดปกติ และหยุดเต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการ อาการแสดงทางระบบประสาท
2. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา Elixer KCL 30 มิลลิตรทางปาก จำนวน 1 ครั้ง วันที่ 3 กรกฎาคม 2566 และ Elixer KCL 30 มิลลิตร ทางปาก ห่างกัน 3 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง วันที่ 4 กรกฎาคม 2566
3. สังเกตอาการ อาการแสดงที่แสดงถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ เช่นอาการอ่อนแรงของแขนขามากขึ้น เกร็งสั่น เป็นตะคริว เหน็บชา คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นผิดปกติ
4. ดูแลการทำมาความสะอาดปาก - ฟันทุกครั้งหลังรับประทาน และจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากรับประทาน
5. ติดตามผลการตรวจเลือดโพแทสเซียมจากห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

1. ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการหลังได้รับได้รับยา Elixer KCL 30 มิลลิตร ทางปาก จำนวน 1 ครั้ง (วันที่ 3 กรกฎาคม 2566) ค่าโพแทสเซียม 3 mmol/L (วันที่ 4 กรกฎาคม 2566) ได้รับได้รับยา Elixer KCL30 มิลลิตรทางปาก จำนวน 2 ครั้ง ค่าโพแทสเซียม 3.8 mmol/L (วันที่ 5 กรกฎาคม 2566)

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการ อ่อนแรงของแขนขา เกร็งสั่น เป็นตะคริว เหน็บชา คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก หน้ามืด ชีพจร 76- 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/76 - 139/84 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : ผู้ป่วยพร้อมความสามารถในการลุกเดินและทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเปลี่ยนท่า พลิกตะแคงตัว ลุกนั่งลำบากต้องมีคนช่วยตลอด
2. ผู้ป่วยกลัวที่จะลุกนั่ง เดิน เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้ายและก้นซ้าย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยลุกเดินและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง ยืน ลุกเดินแบบไม่ลงน้ำหนักโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน walker และทำกิจวัตรประจำวันเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษา และร่วมวางแผนการฝึกการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน
2. ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการเคลื่อนไหว - ลง เพื่อบริหารขาและเพิ่มการไหลเวียนเลือด และฝึกให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียงทำ Active ROM exercise ของข้อเข่า ข้อเท้า ข้อสะโพก
3. ดูแลความสบาย โดยจัดทำให้ผู้ป่วยวางขาข้างที่ทำผ่าตัดบนหมอนลดความยาวของขา ให้ขาอยู่ในท่าองศาเล็กน้อย
4. ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น ลุกนั่ง ล้างหน้า แปรงฟัน ทำความสะอาดร่างกาย กินข้าวเอง เป็นต้น
5. ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อประเมินกล้ามเนื้อ และฝึกเดินโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่หักด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน walker

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง ยืน ลุกเดินแบบไม่ลงน้ำหนักโดยใช้ อุปกรณ์ช่วยเดิน walker และทำกิจวัตรประจำวันเองได้

ระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติ แจ้งว่ากลับบ้านต้องเตรียมอะไรเป็นพิเศษหรือไม่
2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวต้องทำอะไร ระวังอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลงมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดยุติสอบถามและให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. แนะนำญาติในการเตรียมพร้อมที่บ้าน สภาพบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีราวจับ และราวช่วยพยุงตัว มีแสงไฟสว่างพอเพียง ระวังสิ่งกรีดขวางในบ้าน จัดวางสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบ ห้องน้ำควรอยู่ใกล้ห้องนอน พื้นห้องน้ำไม่ลื่น ไม่มีธรณีประตู
3. แนะนำการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การเข้าห้องน้ำ ให้นั่งชักโครก หลีกเลี่ยงการนั่งยอง การอาบน้ำให้แห้งทั่วๆ การขึ้นลงจากเตียงโดยใช้ของที่ขอมเตียงแล้วค่อยๆ เอนตัวลงนอน ใช้ข้อศอกยันที่นอน แล้วค่อยๆ หนุนก้นแล้วยกขาสองข้างขึ้นเตียง หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได จัดให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านชั้นล่าง
4. แนะนำให้บริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับที่อยู่ในโรงพยาบาล ทำอย่างน้อยวันละ 10-15 นาที เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง
5. การป้องกันอุบัติเหตุขณะเดิน ระวังลื่นเพราะต้องเดินโดยใช้ walker
6. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อซ่อมแซมและเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูกและการหายของแผล เช่น เนื้อ ปลา ไข่ นม ผัก ผลไม้
7. แนะนำให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งจนครบ สังเกตอาการข้างเคียงของยา และอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้น
8. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการผิดปกติปวดสะโพกมาก ขาบวม ขาผิดรูป ให้รีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอถึงวันนัด
9. แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง
10. ประสานงานกับหน่วยงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลงมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถอธิบายการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

บทสรุป

ในปัจจุบันผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก คือบรรเทาอาการปวด และสามารถกลับมาใช้งานข้อสะโพกได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด โรงพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการให้การดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ระยะ ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะก่อนกลับบ้าน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในทุกๆ ระยะจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

- งานสถิติ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2566). สถิติผู้ป่วยประจำปี 2566. โรงพยาบาลพุทธโสธร. จะเข้. เจริญ. โรงพยาบาลพุทธโสธร.
- จิเมพิชญ์ มะมม. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชุดิถายณ์ เสี่ยงม. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วารสารวิชาการแพทย์, 31(1), 171-178.
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และ กรรณิการ์ เทพกิจ. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 186-195.
- จิตตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. (2561). ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารการแพทย์, 43(3), 56-59.
- ธีรารธรรม เชื้อตาเล้ง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพส.
- ธัญญาสิริ ธนยสวัสดิ์, สุณันทา ทรัพย์านนท์, ชุศรี ทองกลม, วิภาวรรณ คงชนะ, ปาณมกช มุลสิน, ปราณี บุญถูก และหทัยรัตน์ จิงสุวดี. (2561). การศึกษาผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1), 201-209.
- ธำรงค์ศักดิ์ คงมัน. (2563). ประสิทธิภาพของการพัฒนาการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(1), 55-60.
- พัชรพร ตาใจ, บุญญศักดิ์ เหมนาเลน และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช. (2563). กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 26(4), 116-128.
- วิจิตรา กุศลภักดิ์ และสุลิตา ทองวิเชียร. (2564). ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: พี.เค.เค.พรินท์ติ้ง.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้น 8 กรกฎาคม 2566, จาก <https://opendata.nesdc.go.th/>.
- สุภาพ ลิ้มเจริญ. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารบำราศนราดูร, 12(1), 32-42.
- อรพรรณ โดสิงห์. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยทางออโรโธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่บ้าน

ชุลีพร สารอารมณ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยที่ทำให้เกิดภาวะอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ พบสถิติอัตราป่วย/ตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นจากสถิติสำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ รายงานสถิติโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการจำนวน 1,476, 1,418 และ 1,495 ราย พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจำนวน 985, 923 และ 895 ราย คิดเป็นร้อยละ 67, 65 และ 69 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ายังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่บ้าน ปี 2563 - 2565 จำนวน 132, 157 และ 126 คน พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานไม่เปลี่ยนแปลง 52, 135 และ 93 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 39.39, 85.99 และ 73.81 และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานลดลง 16, 18 และ 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.12, 11.46 และ 18.25 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานคงเดิมและลดลง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หลังจำหน่ายกลับบ้าน จะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการดูแลตนเอง และไม่สามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาโดยเฉพาะแผลกดทับ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ดังนั้น พยาบาลชุมชน มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเหล่านี้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองให้ได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด สร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ลดภาระพึ่งพิงญาติผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคมต่อไป

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

เกิดจากภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งเป็นผลมาจาก Atheroma, Thrombi หรือ Emboli ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดมีการขาดเลือดในหลอดเลือดบริเวณนั้น ถ้าเกิดการอุดตันที่สมบูรณ์จะทำให้เกิดการขาดขวางการนำส่ง Oxygen และ Glucose ที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิด

การไหลเวียนเลือดที่ลดน้อยลง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมองภายใน 4-10 นาที

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

1. หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง พบร้อยละ 20 ของการเกิดโรคเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดมีการแตกเป็นแผล จนทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดออกมาไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง
2. หลอดเลือดฝอยในสมองตีบ พบร้อยละ 20-25 เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดฝอยที่อยู่ลึกลงไปเนื้อสมอง
3. ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองจากหัวใจ พบร้อยละ 20 สาเหตุมาจากโรคหัวใจ
4. สาเหตุที่พบไม่บ่อยพบร้อยละ 5 จากความผิดปกติของระบบโลหิต การเกิดการอักเสบ ไมเกรน การใช้สารเสพติด
5. ไม่ทราบสาเหตุ พบร้อยละ 30 ของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุที่ไม่แน่นอน

อาการและอาการแสดง

1. อ่อนแรง (weakness) และ / หรือชาร่วมกับอาการชาใบหน้าข้างใดข้างหนึ่ง (numbness)
2. ตามองเห็นไม่ชัดหรือมืด ทันทีทันใด หรือมองไม่เห็นครึ่งซีกของลานสายตา / มองเห็นภาพซ้อน ตาเหล่
3. ปากเบี้ยว (facial droop) พูดไม่ชัด รู้สึกลิ้นแข็งเวลาพูด พูดไม่ออก พูดไม่เข้าใจ มีความผิดปกติในการใช้ภาษา
4. ปวดศีรษะหรือ เวียนศีรษะ หรือบ้านหมุน เดินเซ

การวินิจฉัยโรค

1. ซักประวัติ และตรวจร่างกาย ประวัติการรับรักษา อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ และประวัติครอบครัว / การตรวจเลือด
2. เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan brain) / เอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)
3. ตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid Ultrasound)
4. นิดสีที่หลอดเลือดสมอง (Cerebral Angiogram)
5. ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram)

การรักษาโรค

1. ยาละลายลิ่มเลือด ในการรักษามักจะใช้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อกำจัดลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ หากผู้ป่วยถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงและไม่มีความเสี่ยงเลือดออกในสมองอาจใช้ยาละลายลิ่มเลือด (rt PA) ชนิดฉีด

2. ยาต้านเกล็ดเลือดเป็นยาช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือดทำให้การอุดตันลดลงได้แก่ ยาแอสไพริน (Aspirin)
3. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เฉพาะผู้ที่มียาต้านการแข็งตัวของหัวใจผิดปกติ มีอาการใจสั่นและผู้ที่มียาลิ่มเลือดที่ขา
4. ยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในสมองในระยะยาว / ยาลดไขมันในเลือด เพื่อป้องกันไขมันสะสม
5. การผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ (Carotid endarterectomy)

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

(Urinary Tract Infection: UTI) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คือโรคหรือภาวะที่เกิดจากอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะเกิดการอักเสบจากการติดเชื้อ ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแบบไม่ซับซ้อน คือการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะแบบซับซ้อน คือการติดเชื้อในผู้ป่วยที่อ่อนแอ มีโครงสร้างและหน้าที่ของระบบทางเดินปัสสาวะผิดปกติ เช่น สิ่งแปลกปลอมในทางเดินปัสสาวะ เช่น สายสวนปัสสาวะ

สาเหตุและกลไกการเกิด

สาเหตุเกิดจากแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ในลำไส้ของคนเรามาปนเปื้อนบริเวณส่วนนอกของรูทวาร จากนั้นเข้าสู่บริเวณช่องเปิดของท่อปัสสาวะ และเคลื่อนขึ้นไปตามท่อปัสสาวะเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ ท่อไตและไต ทำให้เกิดการติดเชื้อ ผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมากกว่าผู้ชายเนื่องจากท่อปัสสาวะของสั้นกว่าของผู้ชาย

อาการของโรค

มีอาการ ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่สุด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ น้ำปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะมีเลือดปน และปวดท้องน้อย แต่ถ้ามารับการรักษาที่ถูกต้องแล้ว ผู้ติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ มีไข้ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหลัง บริเวณเอว และถ้าเป็นรุนแรงมาก อาจมีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรและหมดสติได้ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากถ้าได้รับการรักษาที่ทันที่และเหมาะสม แต่ถ้ารักษาล่าช้าจะมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น เช่น การติดเชื้อใหม่ การติดเชื้อเป็นๆ หายๆ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง หรือลุกลามเข้ากระแสเลือดจนมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งอาจเป็นอันตรายจนทำให้เสียชีวิตได้

การวินิจฉัยโรค :

การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) ด้วยกล้องจุลทรรศน์ (microscopic) เพื่อหาเม็ดเลือดขาว (pyuria) และเชื้อแบคทีเรีย (bacteriuria) การตรวจพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 3-5 ตัวต่อกำลังขยายสูง (High Power field) บ่งชี้มีการอักเสบตอบสนองต่อการติดเชื้อ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะอาจตรวจพบเม็ดเลือดแดงได้ร้อยละ 50

การรักษาโรค :

การรักษาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อก่อโรค ความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว และภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย การรักษาประกอบด้วยการแก้ไขสภาวะแวดล้อมที่ต่อการติดเชื้อ เช่น การอุดกั้นในทางเดินปัสสาวะ สิ่งแปลกปลอมโดยเฉพาะสายสวนปัสสาวะ และการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม ชนิดและระยะเวลาในการใช้ยาปฏิชีวนะขึ้นกับตำแหน่งของการติดเชื้อ ปัจจัยและความรุนแรงของการติดเชื้อ

การพยาบาล

การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน เชื่อมบ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS (I=Immobility, N= Nutrition, H= Housing, O=Other people, M= Medication, E=Examination, S=services, S=Safety และ S= Spiritual) ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic care) การประเมินสภาพร่างกาย สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการแสดงทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การประเมินจิตสังคม สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ที่ใช้ต่างๆ วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวนสนับสนุนการดูแลตนเอง ในเรื่อง การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันการติดเชื้อจากสายสวนปัสสาวะ การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกกลิ้งล้ม การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ 76 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4
วันที่รับไว้ดูแล วันที่ 26 เมษายน 2566
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลา 84 วัน

อาการสำคัญ

รับส่งต่อจากระบบ smart COC โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อติดตามเช็มนดูแลต่อเนื่อง หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วย แขน ขาซ้ายอ่อนแรง มุมปากซ้ายเฉยๆ ฟูดไม้ชัด

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

5 เดือนก่อน ญาตินำส่งโรงพยาบาล ด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง มุมปากซ้ายเฉยๆ ฟูดไม้ชัด 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผลตรวจเอ็กซเรย์สมอง พบมีภาวะสมองขาดเลือดข้างขวา ได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด อาการคงที่ จำหน่ายกลับบ้าน รวมเวลาพักรักษาตัว 4 วัน นัดติดตามอาการซ้ำ 2 สัปดาห์

ได้รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม smart COC โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแขนขาซ้ายอ่อนแรงมุมปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด ต้องการดูแลต่อเนื่อง เรื่องการให้อาหารทางสายยาง การรับประทานยา การป้องกันการติดเชื้อจากสายสวนปัสสาวะ การฝึกกายภาพ และฟื้นฟูจิตใจหลัง จากกลับบ้านได้ 5 วันมีปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะปนเลือดบางครั้ง ปวดหน่วงท้องน้อย มีไข้ต่ำๆ ญาติพาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ส่งตรวจปัสสาวะ ค่าเม็ดเลือดแดง >100 cells/HPF, เม็ดเลือดขาว 30-50 cells/HPF, Leukocyte 3+ การวินิจฉัยโรค มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แพทย์ให้ยา Ciprofloxacin (500mg) ครั้งละ 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น ดื่มน้ำ 5 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปี 2563 ป่วยเป็นมะเร็งปอดมดลูก รักษาที่ศูนย์มะเร็งรังษบุรี ให้เคมีบำบัด 4 ครั้ง ผังแร่และฉายแสง 21 ครั้ง ปัจจุบันสิ้นสุดการรักษา เรียบร้อยแล้ว

การประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESSS

I : Immobility ผู้ป่วยนอนติดเตียง แขน ขาซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ระดับ 1 ข้างขวาปกติ กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ระดับ 5 สามารถดึงตัวเอง ตะแคงตัวไปทางขวาได้ ลูกนั่งทรงตัวเองไม่ได้ Barthel Index = 20 , MRS = 5

N : Nutrition ให้อาหารทางสายยาง เป็นอาหารทางการแพทย์ วันละ 4 มื้อรับได้ ขณะฝึกกลืนผู้ป่วย “กลืนไม่ค่อยลง เวลาดื่มน้ำมีสำลักบ้างบางครั้ง” (ชอบอาหารรสจัด รสเค็ม รสหวาน คิมเบียร์ เป็นประจำทุกวัน)

H : Home Environment บ้านปูนชั้นเดียว หน้าบ้านเปิดเป็นร้านขายของ กั้นห้องเป็นสัดส่วน ด้านหลังเป็นห้องนอนผู้ป่วย มีประตูเปิดถึงกัน ผู้ป่วยนอนเตียงแบบปรับระดับ ห้องนอนอยู่กลางบ้าน สิ่งของเครื่องใช้วางเป็นระเบียบ อากาศถ่ายเทไม่ค่อยสะดวก

O : Other People ผู้ป่วยมีบุตร 5 คนอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรสาวคนที่ 4 เป็นผู้รับผิดชอบรายจ่ายในครอบครัว ผู้ดูแลชาย เป็นเพื่อนบ้านใกล้ชิดถูกจ้างมาดูแลผู้ป่วย มีผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver : CG) ในโครงการ LTC ของเทศบาลเมืองฯ ร่วมดูแลอีก 1 คน

M : Medication ผู้ป่วยรับประทานยาที่บุตรสาวจัดไว้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

E : Examination พูดคุยรู้เรื่อง พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายเบี้ยว รูปร่างผอม น้ำหนัก 47 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 เซนติเมตร อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/68 มิลลิเมตรปรอท ผิวก่อนข้างแห้ง มีแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 2 ขนาด 3x4

เซนติเมตร รอบขอบแผลแดง กลางแผล มีเนื้อตายสีขาว ขนาด 1.2 เซนติเมตร ไม่มีกลิ่นเหม็น ตา มองเห็นปกติ เยื่อบุตาไม่ซีด หู ได้ยินชัดเจน จมูก ภายในโพรงจมูก ไม่บวมแดง รูกมูกข้างขวาใส่สายยางให้อาหาร เบอร์ 16 ริมฝีปากแห้ง เล็กน้อย มีฟัน 7 ซี่ไม่โยกคลอน คลำต่อมน้ำเหลืองไม่โต ทรวงอกปกติ หายใจไม่หอบเหนื่อย ฟังปอดไม่พบเสียงหายใจผิดปกติ ฟังเสียงหัวใจไม่พบเสียง หัวใจเต้นผิดปกติ คลำตับและม้ามไม่โต หน้าท้องบริเวณหัวเหน่าปกติใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น มีตะกอนตามสาย ปัสสาวะไหลดี

S : Safety เติงนอนปรับระดับได้ มีราวกันเตียงทั้งสองข้าง

S : Spiritual Health เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรม

S : Service เวลาเจ็บป่วยใช้สิทธิบัตรทอง จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ สะดวก ใกล้บ้าน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 26 เมษายน 2566

1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ
2. อาจเกิดการสำลักอาหาร เนื่องจากผู้ดูแลไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การให้อาหาร
3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับเพิ่มขึ้น เนื่องจาก การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง
4. พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

5. ผู้ป่วย/ญาติ ขาดประสิทธิภาพในการจัดการตนเอง ในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ และสัญญาณเตือนไม่เพียงพอ

6. เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ใจ เนื่องจากคิดว่าตนเอง เป็นภาระให้กับญาติ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 20 พฤษภาคม 2566

1. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายซีกซ้าย

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 18 กรกฎาคม 2566

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร่องความรู้และขาดทักษะในการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 26 เมษายน 2566

สภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนติดเตียง พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายเบี้ยว สีหน้าวิตกกังวล แขนขาซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ระดับ 1 ข้างขวาปกติ กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ระดับ 5 ลูกนั่งทรงตัวเองไม่ได้ Barthel Index 20 คะแนน ไม่ให้ความร่วมมือในการฝึกกายภาพบนเตียง ผู้ป่วยบอกว่า “เจ็บป่วยครั้งนี้ รู้สึกแย่กว่าครั้งที่เคยเป็นมะเร็ง” ให้อาหารทางสายยางรับได้หมด ทบทวนวิธีการให้อาหาร

ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจวิธีการทดสอบตำแหน่งสายยางก่อนให้อาหาร ขณะฝึกกลืนผู้ป่วยบอก “กลืนไม่ค่อยลง เวลาดื่มน้ำมีสำลักบ้าง บางครั้ง” ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น มีตะกอนตามสาย ปวดหน่วงท้องน้อยบางครั้งอุ้งปัสสาวะ วางสัมผัสกับพื้น สอบถามผู้ดูแล เรื่องการเทน้ำปัสสาวะทิ้ง ไม่ได้ใช้สาลิซุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดตรงปลายท่อของอุ้งปัสสาวะก่อน รับประทานยาปฏิชีวนะ Ciprofloxacin (500mg) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น ได้ 2 วัน มีผลกดทับที่ก้นกบระดับ 2 ขนาด 3x4 เซนติเมตร รอบขอบแผลแดง กลางแผลมีเนื้อตายสีขาว แผลขนาด 1.2 เซนติเมตร ไม่มีกลิ่นเหม็น วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/68 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

มีโอกาสดเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ,ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น มีตะกอน, อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส
2. ผลตรวจปัสสาวะ พบเม็ดเลือดแดง >100 cells/HPF, เม็ดเลือดขาว 30-50 cells/HPF, Leukocyte 3+
3. ได้รับยาปฏิชีวนะ Ciprofloxacin (500mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น 2 วัน
4. จากการสอบถามผู้ดูแล เทน้ำปัสสาวะทิ้ง ไม่ได้ใช้สาลิซุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดตรงปลายท่อของอุ้งปัสสาวะๆ และวางสัมผัสกับพื้น

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีไข้ (อุณหภูมิน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส) ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่ขุ่น ไม่มีกลิ่นเหม็น

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และการเกิดโรคซ้ำ เน้นย้ำการรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง และติดตามพบแพทย์ตามนัด
2. แนะนำ สอน สาธิต แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล เกี่ยวกับการทำความสะอาดผิวหนัง บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. ประเมิน ทบทวน ทักษะผู้ดูแล เรื่องการดูแลผู้ป่วย ขณะใส่สายสวนปัสสาวะที่บ้าน ตามหลักปราชญ์เชื่อ ดังนี้
 - 3.1 ดูแลให้สายสวนปัสสาวะและอุ้งปัสสาวะอยู่ในระบบปิด ไม่ให้มีรอยแตกและรั่วซึม อุ้งปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะตลอดเวลา อุ้งห้ามสัมผัสกับพื้น
 - 3.2 ดูแลให้ปัสสาวะไหลดี โดยระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะ บิด พับงอ และบีบรัดสายสวนเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ตะกอนหรือลิ่มเลือดอุดกั้นอยู่ภายในสายยาง
 - 3.3 การเทน้ำปัสสาวะทิ้งเมื่อมีปริมาณราว 1,000 ซีซี หรือทุก ๆ 3 ชั่วโมง หรือมีปริมาณ 3 ใน 4 ของอุ้งเพื่อให้

น้ำปัสสาวะไหลได้สะดวกและไม่ไหลย้อนกลับ การเทน้ำปัสสาวะ ใช้สาลิซุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดตรงบริเวณปลายท่อของอุ้งเก็บปัสสาวะ ก่อนเทน้ำปัสสาวะและเช็ดอีกครั้งก่อนปิดปลายท่อ

3.4 เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะใหม่ทุกๆ 1 เดือนหรืออาจก่อน 1 เดือนตามความจำเป็น

4. แนะนำผู้ดูแลเฝ้าระวัง สังเกตอาการสัญญาณเตือนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สังเกตสี ลักษณะจำนวนปัสสาวะที่เปลี่ยนแปลง เช่น เริ่มมีสีเหลืองขุ่น มีตะกอน มีกลิ่นเหม็น ให้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที

5. ให้ช่องทางติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์กับผู้ดูแล เมื่อพบปัญหาการดูแลที่บ้าน

การประเมินผล :

หลังจากรับประทานยาปฏิชีวนะครบ 5 วัน ผู้ป่วยยังมีปัสสาวะขุ่นบ้าง ปัสสาวะปนเลือดนานๆครั้ง อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส แพทย์พิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ ให้ยาปฏิชีวนะ cefixime (100มิลลิกรัม) ครั้งละ 2 เม็ดวันละ 2 เวลาหลังอาหารเช้า-เย็น ติดต่อกัน 10 วัน หลังรับประทานยาครบ 10 วัน ปัสสาวะปกติ สีเหลืองใส ไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

อาจเกิดการสำลักอาหาร เนื่องจากผู้ดูแลไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การให้อาหาร

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหาร ผู้ดูแลเป็นผู้ให้อาหารแต่ไม่เข้าใจวิธีการทดสอบตำแหน่งสายยางก่อนให้อาหาร
2. ขณะฝึกกลืน ผู้ป่วย “กลืนไม่ค่อยลง เวลาดื่มน้ำมีสำลักบ้างบางครั้ง”
3. ผู้ป่วย มีอาการแขนขาชาอ่อนแรง มุมปากเบี้ยว

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล :

1. สอน สาธิต ทบทวนการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแล และญาติ
2. แนะนำจัดท่านอนศีรษะสูงก่อนและหลังการให้อาหารอย่างน้อย 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลัก
3. ประสานนักกิจกรรมบำบัด สอน สาธิตผู้ป่วยและผู้ดูแล บริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน คือ กล้ามเนื้อปากกล้ามเนื้อลิ้น ครั้งละ 5 นาที วันละ 3 ครั้ง โดยพยาบาลช่วยติดตาม ทบทวน การปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
4. สอนผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงวิธีให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร และระวังการสำลัก เพื่อให้มีการกลืนอย่างปลอดภัย โดยใช้เทคนิคการฝึกกลืน (swallowing techniques) ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ แล้วกลืนหายใจไว้ ก้มหน้ากลืนน้ำลายแล้วหายใจ

ออกช้าๆ ให้ทำทุก 1 นาที จนครบ 10 นาที ใช้เวลาในการบริหาร 5 นาที

5. แนะนำญาติและผู้ดูแลเตรียมอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ พอกำทำอาหารให้นิ่ม กลืนง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม

6. แนะนำการทำสะอาดช่องปากและฟัน ก่อนและหลังให้อาหาร เพื่อลดการสะสมแบคทีเรีย

การประเมินผล :

ผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ช่องปากสะอาด ฝึกการกลืนได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน :

1. มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 2 ขนาด 3x4 ซม. รอบขอบแผลแดงกลางแผล มีเนื้อตายสีขาว แผลขนาด 1.2 ซม.
2. ผู้ป่วยนอนติดเตียง แขน ขาซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 1 นอนท่าเดียวนานๆ ไม่พลิกตะแคงตัว
3. ผู้ป่วยสูงอายุ รูปร่างผอม ผิวหนังค่อนข้างแห้ง

เกณฑ์การประเมินผล :

ไม่มีแผลกดทับตำแหน่งใหม่ แผลกดทับเดิม แดงดี ขนาดแผลเล็กลง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ระดับแผล การหายของแผลตามเกณฑ์ เปรียบเทียบในการเยี่ยม แต่ละครั้ง เพื่อทราบความก้าวหน้า
2. จัดผ้าปูที่นอน คิง เรียบ แห้ง สะอาดเสมอ
3. สอน สาธิต ทบทวน การทำแผลที่ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อแก่ผู้ดูแล
4. แนะนำการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. จัดท่านอนตะแคง ให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับพื้นเตียง ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา ใช้หมอนหรือฟารอง หรือคั่นบริเวณปุ่มกระดูก หรือสอดคั่นระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้าง
5. ประเมินและตรวจสภาพผิวหนังของผู้ป่วยให้ชุ่มชื้น ไม่เปื่อยแฉะโดยการทาโลชั่น วาสลิน และครีมทุกวันโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่
6. ประเมินภาวะโภชนาการให้ได้รับอาหารโปรตีนสูงเพียงพอ แนะนำอาหารทางแพทย์โปรตีนผงไข่ขาว มื้อละ 1 ช้อน เพื่อส่งเสริมการหายของแผล และเพิ่มน้ำระหว่างมื้อ 100 ml
7. ติดตามดูแลแผลกดทับต่อเนื่องที่บ้าน ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ของผู้ดูแล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

การประเมินผล :

แผลกดทับที่ก้นกบขนาดเล็กลง แผลแดงดี มีขนาด 1x2 เซนติเมตร ไม่มีแผลกดทับตำแหน่งใหม่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกล้ามเนื้อ แขน ขา อ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยนอนติดเตียง Barthel Index = 20 แขน-ขา ซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 1
2. ผู้ป่วยลุกนั่งทรงตัวเองไม่ได้

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน :ADL
2. สอน สาธิต การออกกำลังกายด้วยตัวเอง และการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (active- passive exercise) ให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ เช่น แปร่งฟัน หวีผม
4. แนะนำผู้ดูแลพูดคุยกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกัน
5. แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

การประเมินผล :

ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น เช่น ล้างหน้า แปร่งฟัน ผู้ป่วยยังให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายน้อย ประเมิน Barthel index เท่ากับ 50 คะแนน ต้องฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วย/ญาติ ขาดประสิทธิภาพในการจัดการตนเองในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ และสัญญาณเตือนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน :

1. จากการสังเกตและซักถามผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหาร รสจัด หวาน เค็ม เกยคั่งสุรา ไม่ออกกำลังกาย
2. จากการพูดคุยซักถามผู้ป่วย ไม่สามารถอธิบายถึงอาการแสดงของสัญญาณเตือนการกลับเป็นซ้ำได้

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วย/ญาติสามารถประเมิน เฝ้าระวัง อาการ สัญญาณเตือนได้ถูกต้อง ทันเวลา

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วยและญาติ อธิบายปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของโรคและวิธีการหลีกเลี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง และกลับมาพบแพทย์ตามนัด

3. อธิบายแผนการรักษาและความจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

4. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ถึงแนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น ไม่เครียด งดดื่มสุรา การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

5. แนะนำอาการและสัญญาณเตือน (early warning sign) ของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน ง่วงซึม กระสับกระส่าย พูดลำบาก ลิ้นแข็ง เกิดอาการใดเพียง 1 อาการ ต้องรีบไปโรงพยาบาลอย่างช้าไม่เกิน 4.5 ชม.

6. แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับช่องทางการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยติดต่อที่เบอร์ 1669

การประเมินผล :

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เพิ่มมากขึ้น เกี่ยวกับอาการ สัญญาณเตือนของการเกิดโรค รู้จักช่องทางการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน สามารถวางแผนการดูแลตนเองและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ใจ เนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นภาระให้กับญาติ

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวลใจ ผู้ป่วยบ่นว่า “เจ็บป่วยครั้งนี้ รู้สึกแย่กว่าครั้งที่เคยเป็นมาแรง”

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงความกังวล ประเมิน 2Q ผลปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและรับฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ประเมิน 2Q

2. พูดคุยกับญาติสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อให้ญาติมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น แนะนำญาติพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ชมเชยผู้ป่วยที่ปรับตัวในการเจ็บป่วยได้ดี เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจมากขึ้น

การประเมินผล :

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความกังวลใจลง ประเมิน 2Q ผลปกติ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 20 พฤษภาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทาที่ เจเมย สีหน้าดีโรย ผิวหนังแห้ง น้ำหนักลดลง 1 กิโลกรัม แขนขาซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อระดับ 1 พูดชัดขึ้น มุมปากไม่เบี้ยว ผู้ป่วยมีอาการหูดหงิด เวลาต้องการความช่วยเหลือ บอกเจ็บ ไม่ค่อยอยากขยับตัว หลังจากถอดสายให้อาหาร ผู้ป่วยรับประทานได้น้อย ไม่ลำบาก หลังจากถอดสายสวนปัสสาวะ ใส่ผ้าอ้อมอนามัยไว้ทั้งวัน รับประทานยาปฏิชีวนะครบ 10 วัน ปัสสาวะสีเหลืองใส

ไม่ปวดท้องน้อย ไม่มีไข้ แผลกดทับกับกระดูก ระดับ 2 แผลแดงดีขนาด 1x2 ซม. ผู้ดูแลทำแผลให้ทุกวัน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยรับประทานได้น้อย สีหน้าอิดโรย อ่อนเพลีย
2. จากการพูดคุยซักถามผู้ดูแล ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 1 กิโลกรัม กล้ามเนื้อแขน ขาลีบลง

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอ สีหน้าสดชื่น ไม่อ่อนเพลีย เชื้อบูตาถ่ายไม่ซิด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินภาวะขาดสารอาหาร เช่น อ่อนเพลีย เชื้อบูตาถ่ายไม่ซิด อาการบวมตามแขน ขา
2. แนะนำการดูแลความสะอาดของช่องปากก่อนอาหาร และหลังรับประทานอาหาร
3. ให้ความรู้/คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีน คุณภาพสูง เช่น ไข่ขาว นม ปลา /วิตามิน ผักผลไม้
4. แนะนำผู้ดูแลจัดอาหารให้ครั้งละน้อย และเพิ่มจำนวนมื้ออาหาร วันละ 5-6 มื้อ
5. ให้ผู้ดูแลจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบและไม่ขัดกับโรค ส่งเสริมให้รับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว
6. ปรึกษานักโภชนาการ คำนวณพลังงาน แนะนำอาหารทางการแพทย์เพิ่มในแต่ละมื้อ

การประเมินผล :

ผู้ป่วยรับประทานได้น้ำหนักขึ้นไม่อ่อนเพลีย สีหน้าสดชื่น เชื้อบูตาถ่ายไม่ซิด น้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายซีกซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยสีหน้าเฉยเมย
2. จากการพูดคุยซักถาม ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ไม่พอใจเมื่อเวลาต้องพึ่งพาคนอื่น

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยปรับตัวกับสภาพความเจ็บป่วยและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติรู้สึกตนเองมีคุณค่ามากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล :

1. กระตุ้นครอบครัวให้ความรัก ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง
2. ให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกและมีส่วนร่วมตัดสินใจวางแผน

การดูแลรักษา หรือฟื้นฟูสภาพด้วยตนเอง

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง โดยให้กำลังใจและกล่าวคำชมเชยเมื่อทำได้

การประเมินผล :

ผู้ป่วยสับสนสับสน มีปฏิสัมพันธ์กับญาติ ผู้ดูแลมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเป็นอย่างดี

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 18 กรกฎาคม 2566

ผู้ป่วยนั่งทรงตัวได้บนเตียง สับสนสับสน ช่วยเหลือตัวเอง ได้มากขึ้น Barthel index = 65 แขนขาซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อแขนซ้ายระดับ 1 ขาซ้ายแข็งแรงขึ้น กำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 3 สังเกตเห็นผู้ดูแลช่วยพยุงจับผู้ป่วยนั่งโดยดึงแขนซ้าย ที่อ่อนแรง ตรวจร่างกายพบข้อไหล่ซ้ายเคลื่อนไหว ไม่มีอาการปวดไหล่ ผู้ดูแลช่วยออกกำลังกายให้ไม่ต่อเนื่อง แขนขาขวากำลังกล้ามเนื้อ ปกติ รับประทานอาหารได้ด้วยตนเองไม่ลำบาก นอนหลับได้ จับถ่ายปกติ ผลกดทับบริเวณก้นกบเริ่มแห้งแดงดี ขนาด 0.5 x 0.5 ซม. วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร่องความรู้และขาดทักษะในการดูแล ฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยมีแขน ขาซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อแขน ระดับ 1/กำลังกล้ามเนื้อขา ระดับ 3
2. ผู้ป่วยมีภาวะข้อไหล่ซ้ายเคลื่อนไหว
3. ผู้ดูแลช่วยพยุงผู้ป่วยจับนั่ง โดยดึงรั้งแขนผู้ป่วยขึ้น

เกณฑ์การพยาบาล :

1. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ active-passive exercise ได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ข้อไหล่เคลื่อนไหว

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยประเมินกำลังกล้ามเนื้อ แขน ขา (motor power)
2. สอนและแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย แบบ active-passive exercise
3. แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังแขน-ขาอ่อนแรง ด้วยตนเอง อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
4. สอน สาธิต การจัดท่านั่ง ท่านอน อย่างถูกต้อง ป้องกัน การเกิดอาการปวดไหล่ หรือการเกิดข้อไหล่เคลื่อนไหว
5. สอน สาธิต ทบทวนการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อไหล่ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้ป่วย ใช้แขนข้างที่มีแรงช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรงขึ้นลง ผู้ดูแล สามารถช่วยออกกำลังกายให้ผู้ป่วย ไม่ควรดึงแขนกระชาก

หรือแกว่งแขนแรง ๆ ร่วมกับนักรักษาพยาบาลในการใช้อุปกรณ์ ประคองไหล่ (Bobath sling) เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อไหล่เคลื่อนไหว มากขึ้น แนะนำผู้ดูแลช่วยให้อุปกรณ์ประคองข้อไหล่ขณะ ลูกนั่งและฝึกยืนทุกครั้ง

การประเมินผล :

ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแขนซ้ายเพิ่มขึ้น ระดับ 2 ออกกำลังกาย ด้วยตนเอง ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย active-passive exercise ได้ถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ข้อไหล่เคลื่อนไหวลดลง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 76 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง มุมปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด มีภาวะสมองขาดเลือดข้างขวาจนอาการคงที่จึงจำหน่ายกลับบ้าน ได้รับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม smart COC โรงพยาบาลพุทธโสธร ให้ติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง เรื่องการให้อาหารทางสายยาง การรับประทานยา การป้องกันการ ติดเชื้อจากสายสวนปัสสาวะ การฝึกกายภาพและฟื้นฟูจิตใจ หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านได้ 5 วัน มีปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะปนเลือด มีไข้ต่ำๆ ปวดหน่วงท้องน้อย ญาติพาพบแพทย์ที่ โรงพยาบาล ส่งตรวจปัสสาวะ ค่าเม็ดเลือดแดง >100 cells/HPF, ค่าเม็ดเลือดขาว 30-50 cells/HPF, Leukocyte 3+ การวินิจฉัยโรค มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะให้ยา Ciprofloxacin (500mg) 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น ติดต่อกัน 5 วัน จากการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ผู้ป่วย พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายเบี้ยว มีอาการแขน-ขาซ้ายอ่อนแรง ลูกนั่งทรงตัวเองไม่ได้ ช่วยตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้น้อย Barthel index = 20 แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นให้กำลังใจ ผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน สอนสาธิตการออก กำลังกายด้วยตนเอง และช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น สอนสาธิตการให้อาหารทางสายยาง และฝึกการกลืนไม่มีอาการสำลัก ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น มีตะกอน ให้ความรู้ การดูแล ป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ซ้ำ หลังจากรับประทานยาครบตามแผนการรักษา ปัสสาวะ สีเหลืองใสปกติ มีผลกดทับบริเวณก้นกบ สอนสาธิต ทบทวนการทำแผล ประเมินสภาพผิวหนัง จัดทำผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อม ผลกดทับไม่มีภาวะแทรกซ้อนการหายของ แผลดีขึ้น แนะนำแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการกลับ เป็นซ้ำ อาการและสัญญาณเตือนสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องรีบไปโรงพยาบาลอย่างช้าไม่เกิน 4.5 ชม. จากการติดตาม เยี่ยมครั้งที่ 2 หลังจากรับประทานอาหารทางปาก ผู้ป่วยรับ ประทานได้น้อย อ่อนเพลีย ได้ให้ความรู้แนะนำอาหารที่เหมาะสม การจัดหาอาหารปรึกษานักโภชนาการ ผู้ป่วยรับประทาน ได้มากขึ้น ไม่อ่อนเพลีย กระตุ้นให้ครอบครัวให้ความรัก

ความเข้าใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเกิดความรู้สึกทางบวก ต่อตนเองสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง จากการติดตาม เยี่ยมครั้งที่ 3 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ตรวจร่างกาย พบข้อไหล่ซ้ายเคลื่อนไหว ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะ เรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ได้สอนและแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแล ได้ช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ active-passive exercise ได้ถูกต้อง สอน สาธิต ทบทวนการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อไหล่ร่วมกับนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีกำลังใจกล้ามเนื้อแขนซ้ายเพิ่มขึ้น ไม่มีข้อติดแข็ง ข้อไหล่เคลื่อนไหวลดลง พยาบาล ได้ใช้กระบวนการพยาบาลชุมชน แก้ไขปัญหา ประเมินติดตาม อาการต่อเนื่องแบบองค์รวม โดยญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมกิจกรรม การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจ อาการของโรค ให้คำแนะนำสอนสาธิต วิธีปฏิบัติตัวเพื่อดูแล ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำ เน้นย้ำ ถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรก ประสาน ทีมสหสาขาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ตลอดจนเสริมพลังใจ ผู้ป่วยและครอบครัว ผลการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วย สามารถฟื้นฟูร่างกายตนเองได้ดีขึ้น Barthel index = 65 ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ประสานนักกายภาพบำบัด ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อฝึกยืน เดิน ต่อไป จำหน่ายจากการดูแล รวมวันรับไว้ดูแล 84 วัน ติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลที่ถูกจ้างมา ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ ไม่ได้รับความเข้าใจใส่เสมือนการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรดึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจ ความพยายาม และความอดทน ต่อ อุปสรรค ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม มีคุณภาพชีวิตใกล้เคียง สภาพเดิมมากที่สุด

2. การสร้างความมั่นใจ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย รายนี้ ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถ ปฏิบัติได้โดยลำพัง ต้องเสริมกำลังใจโดยทีมสหวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด

3. ความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในผู้ป่วย รายนี้ทำให้มีอัมพาตในตนเองในทางลบ มองตนเองไม่มี คุณค่า ความรัก ความเข้าใจ และเอาใจใส่ของบุคคลใน ครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก มีกำลังใจ ที่จะฟื้นฟูสภาพ อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- นลินี พสุกันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์และวันเพ็ญ ภิญญาสาสกุล. (2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นิจรี ชาญณรงค์ และคณะ. (2558).โรคหลอดเลือด สมอง ยิ่งรู้เร็วยิ่งรอดไวยิ่งห่างไกลจากอัมพาต. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง
- ผกามาศ พิธรากร. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล.หัวหิน เวชสาร, 1(1), 33-48.
- พรพิมล มาศสกุลพรรณ,ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล,กาญจนา รื่นทอง, พรทิพย์พา ธิมายอมและพรพิมล วิเชียรไพศาล. (2559).แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : ธนาพรส
- วรพจน์ ชุมเหล็กชัยและอภิรักษ์ สันติงามกุล. (2558).Common Urologic Problems for Medical Student. กรุงเทพฯ : บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- เสาวลักษณ์ กองนิล. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ.วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย;4 (1): 90-97.
- ข้อไหล่เคลื่อนไหวได้อย่างไรในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง. byReBRIAN ทีมนักกายภาพบำบัดเฉพาะทาง (อินเทอร์เนต) (2565). สืบค้นเมื่อ 11 กันยายน 2566 สืบค้นจาก <http://www.rebrain-physio.com/ข้อไหล่เคลื่อนไหว>
- งานสถิติกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์.(2566). สถิติผู้ป่วย ประจำปี 2563-2565. โรงพยาบาลพุทธโสธร. ฉะเชิงเทรา : โรงพยาบาลพุทธโสธร.



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital