

Nursing Care for Patients with Guillain-Barré Syndrome Requiring Mechanical Ventilation during the Rehabilitation Phase and Continuous Home Care: A Comparative Case Study of Two Cases

Supanee Nilsa-ard

Specialized Clinic Nursing Division, Songkhla Hospital

Article info: Received: November 4, 2025 | Revised: April 16, 2026 | Accepted: April 25, 2026

Abstract

Guillain-Barré syndrome (GBS) is an immune-mediated disorder affecting the peripheral nervous system, resulting in progressive muscle weakness that may advance to paralysis and, in severe cases, respiratory failure requiring mechanical ventilation. Nursing care for patients with GBS who remain ventilator-dependent during the rehabilitation phase and continuing home care is therefore crucial for recovery and quality of life. This study aimed to compare nursing care in two patients with GBS requiring mechanical ventilation during rehabilitation and continuing home care. A comparative case study design was used. Data were collected from medical records and direct observation, and were analyzed by comparing pathophysiology, risk factors, clinical manifestations, treatment, and nursing diagnoses. The findings showed that Case 1 was a 48-year-old Thai man diagnosed with GBS with respiratory failure, whereas Case 2 was a 36-year-old Thai woman diagnosed with septic shock with acute respiratory distress syndrome (ARDS) and GBS. Although both patients had similar underlying pathophysiology, Case 2 was more severe and clinically complex because of concomitant ARDS and septic shock, which increased the complexity of respiratory management and rehabilitation. Nursing care in both cases focused on three phases: the acute phase, the rehabilitation phase, and the rehabilitation phase with continuing home care, particularly respiratory care, tracheostomy care, functional rehabilitation, and caregiver preparation before discharge. In conclusion, continuing home care is a key component of nursing care for ventilator-dependent patients with GBS. Caregiver preparation, ongoing rehabilitation, and regular home visits can help reduce complications and promote effective recovery.

Keywords: Guillain-Barré syndrome, Ventilator dependence, Rehabilitation, Continuing home care

Corresponding Author: Supanee Nilsa-ard

Email: Supanee8943@gmail.com

การพยาบาลผู้ป่วยกิลแลง-บาร์เรที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจในระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

สุปาณี นิลสะอาด

กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลสงขลา

การรับบทความ: วันที่รับ: 4 พฤศจิกายน 2568 | วันที่แก้ไข: 16 เมษายน 2569 | วันที่ตอบรับ: 25 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barré syndrome: GBS) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันทำลายระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงจนถึงอัมพาต และอาจต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจจากภาวะกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง การดูแลผู้ป่วย GBS ที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจในระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วย GBS ที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจในระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 2 ราย เป็นการศึกษาย่อยกรณีศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและการสังเกต แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี ได้รับการวินิจฉัย GBS with respiratory failure ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 36 ปี ได้รับการวินิจฉัย septic shock with acute respiratory distress syndrome (ARDS) with GBS แม้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะมีพยาธิสภาพคล้ายคลึงกัน แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีความรุนแรงและซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากมี ARDS และ septic shock ร่วมด้วย การพยาบาลในทั้ง 2 รายเน้นการดูแล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟู และระยะฟื้นฟูร่วมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะการดูแลทางเดินหายใจ การดูแล tracheostomy การฟื้นฟูสภาพ และการเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนจำหน่าย สรุปได้ว่า การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล การฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร, การพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ, การฟื้นฟูสภาพ, การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
ผู้รับผิดชอบบทความ: สุปาณี นิลสะอาด Email: Supanee8943@gmail.com

บทนำ

กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barré Syndrome: GBS) เป็นภาวะที่ระบบภูมิคุ้มกันทำลายระบบประสาทส่วนปลายส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงและอาจรุนแรงจนเกิดอัมพาตหรือหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ [1] การดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัว แม้ GBS จะพบไม่บ่อยแต่อาจมีความรุนแรงโดยพบอุบัติการณ์ประมาณ 1.1–1.8 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และร้อยละ 70 มีประวัติติดเชื้อนำมาก่อน [2] สำหรับประเทศไทยพบอัตราใกล้เคียงกันที่ประมาณ 1–2 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี [3]

ผู้ป่วยที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการติดเชื้อ การฟื้นฟูร่างกาย และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลที่บ้าน [4] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งด้านการดูแลทางคลินิก การให้ความรู้ และการเสริมศักยภาพผู้ดูแล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วย GBS ที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจในระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 2 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

วัสดุวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณีแบบเปรียบเทียบ (comparative case study) ในผู้ป่วย GBS ที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจในระยะฟื้นฟูและได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 2 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค GBS พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจในระยะฟื้นฟู มีแผนจำหน่ายกลับบ้านพร้อมเครื่องช่วยหายใจ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย แบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) [5] เวชระเบียนผู้ป่วยใน รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้องกับการรักษา โดยผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ด้วยการทบทวนเวชระเบียน บันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก อาการ อาการแสดง แผนการรักษา ข้อมูลทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิดดังกล่าว ตลอดจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งสังเกตสภาพผู้ป่วย การดูแลในระยะฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของทั้ง 2 กรณีศึกษา ในด้านพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องประกอบการวิเคราะห์ ทั้งนี้มีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะตลอดกระบวนการศึกษา

ข้อมูลกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยเพศชาย สัญชาติไทย อายุ 48 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ประกอบอาชีพเกษตรกรและประมง

อาการสำคัญ: 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการขาบริเวณปลายนิ้วมือและปลายนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้าง และมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นอาการเริ่มต้นที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย

CT brain: ไม่พบพยาธิสภาพ acute large territorial infarction หรือ acute intracranial hemorrhage อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถตัดภาวะ hyperacute หรือ recent lacunar infarction ได้ หากมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกควรติดตามประเมินต่อเนื่อง

Laboratory investigation: Urine analysis: RBC >100, WBC 10–20/HPF WBC 18,600 cells/mm³, Platelet 699,000 cells/mm³, Hct 29% Sputum culture: พบ Klebsiella pneumoniae และ Pseudomonas aeruginosa จำนวนมาก Urine culture: >10⁵ CFU/mL พบ Acinetobacter baumannii (CRAB, MDR) และ Enterococcus faecalis

การดำเนินโรคและการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการขาปลายนิ้วมือและนิ้วเท้าในระยะเริ่มต้น (Day 0–1) ได้รับการตรวจ CT brain เพื่อแยกโรคทางระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งไม่พบพยาธิสภาพเฉียบพลัน จึงมีการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ต่อมาในระยะลุกลาม (Day 1–14) อาการอ่อนแรงเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีการติดตาม SpO₂, ABG และลักษณะการหายใจอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลัง Day 14 ผู้ป่วยยังคงต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ จึงได้รับการทำ tracheostomy และเริ่มกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระหว่างการรักษาพบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและปอดอักเสบ ได้รับยาปฏิชีวนะตามผลความไวของเชื้อ และมีภาวะ dysautonomia จึงต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพและระบบไหลเวียนอย่างใกล้ชิด

การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและแผนการดูแลต่อเนื่อง

ก่อนจำหน่ายทีมสหสาขาวิชาชีพได้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเน้นความสามารถในการดูแลระบบหายใจและ tracheostomy รวมถึงความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีการให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล ได้แก่ การดูแล tracheostomy การดูดเสมหะ การใช้ BiPAP การจัดการการป้องกันแผลกดทับ และการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมแนะนำการใช้งาน วางแผนติดตามต่อเนื่อง และให้ช่องทางติดต่อ รวมทั้งสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแล

การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยภรรยาและบุตรสาว ซึ่งผ่านการฝึกทักษะก่อนจำหน่าย ในระยะดูแลที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแล tracheostomy และการดูดเสมหะ รวมถึงขาดความมั่นใจในการทำกายภาพบำบัด ทีมเยี่ยมบ้านจึงให้การสาธิตและฝึกปฏิบัติซ้ำ พร้อมจัดตารางกายภาพบำบัดที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยเพศหญิง สัญชาติไทย อายุ 36 ปี ประกอบอาชีพแม่บ้าน มีโรคประจำตัวคือ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยเคยได้รับการตรวจสอบกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 และผลการตรวจ hemoglobin typing เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 พบ normal hemoglobin typing

อาการสำคัญ: 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หายใจเหนื่อย และถ่ายเหลว 3 ครั้ง

Laboratory investigation: WBC 29,000/mm³, PMN 81% Cr 2.69 mg/dL, BUN 0.66 mg/dL AST 34 U/L, ALT 57 U/L, ALP 375 U/L, total bilirubin 2.47 mg/dL, direct bilirubin 2.2 mg/dL Urine culture (18/8): >10⁵ CFU/mL Escherichia coli Sputum culture (31/7): Acinetobacter baumannii (CRAB_MDR) Lumbar puncture (LP): Opening pressure 9.25 cmH₂O, CSF protein 132 mg/dL

การดำเนินโรคและการรักษาในโรงพยาบาล

Day 0 ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (PCV) และรับไว้รักษาใน SICU ช่วง Day 1-3 ผู้ป่วยมีภาวะ septic shock ร่วมกับ severe ARDS ได้รับการใส่ central line และ arterial line เพื่อเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ให้ยา sedation และ muscle relaxant ร่วมกับการปรับเครื่องช่วยหายใจ (lung recruitment, PEEP/FiO₂) และให้ norepinephrine เพื่อคงค่า MAP >65 mmHg รวมทั้งแก้ไข metabolic acidosis และติดตาม ABG อย่างต่อเนื่อง Day 4-7 อาการคงที่มากขึ้น เริ่ม weaning และได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ต่อมาหลังลด sedation พบผู้ป่วยมี quadriplegia และ areflexia จึงสงสัย GBS โดยผล lumbar puncture พบ CSF protein สูง สนับสนุนการวินิจฉัย และได้รับ MIG เป็นเวลา 5 วัน Day 8 การ weaning ไม่สำเร็จ จึงได้รับการทำ tracheostomy และเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและแผนการดูแลต่อเนื่อง

ก่อนจำหน่าย มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างครอบคลุม ทั้งด้านการหายใจ แผล tracheostomy ระดับการฟังฟัง และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน มีการฝึกผู้ดูแลในการดูแลระบบหายใจ ได้แก่ การดูแล tracheostomy การดูดเสมหะ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการสังเกตสัญญาณอันตราย รวมถึงการจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านการฟื้นฟู มีการวางแผนกายภาพบำบัดรายบุคคล ฝึก passive ROM การจัดทำ และการป้องกันแผลกดทับ พร้อมประเมินทักษะผู้ดูแลด้วยการสาธิตย้อนกลับ นอกจากนี้ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การดูแลพื้นฐาน การป้องกันการติดเชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงสนับสนุนด้านจิตใจ ประเมินภาระผู้ดูแล และวางแผนติดตามต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักและผ่านการฝึกทักษะก่อนจำหน่ายในการดูแลที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลมีภาระสูง เนื่องจากผู้ป่วยมี quadriplegia ต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและความกังวล รวมทั้งยังขาดความมั่นใจในการทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ทีมเยี่ยมบ้านจึงจัดแผนฟื้นฟูรายบุคคล สาธิตและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติซ้ำ พร้อมติดตามผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจ รับฟังปัญหา และเสริมสร้างความมั่นใจ นอกจากนี้ได้ประสานหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาว

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ประเด็นตามกระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. การประเมินสภาพ (Assessment)	ด้านระบบประสาท - ชาปลายนิ้วมือ นิ้วเท้าทั้งสองข้าง (progressive sensory symptoms) ซึ่งเป็นลักษณะเริ่มต้นของ peripheral neuropathy ด้านระบบหายใจ - Respiratory failure ต้องใส่ ETT 14 วัน และทำ tracheostomy ด้านการติดเชื้อ - พบ UTI (CRAB, Enterococcus) และ Pneumonia (Klebsiella, Pseudomonas) ด้านการเคลื่อนไหว - กล้ามเนื้ออ่อนแรงจาก GBS ทำให้เคลื่อนไหวจำกัด ด้านจิตสังคม - สูญเสียความสามารถในการทำงาน และช่วยเหลือตนเอง	ด้านระบบประสาท - หลัง off sedative พบ eye closed, quadriplegia, areflexia และสงสัย lock-in syndrome - CSF protein สูง (132 mg/dL) สนับสนุน GBS (albuminocytologic dissociation) ด้านระบบหายใจและระบบไหลเวียน - มี septic shock และ severe ARDS - ต้องใช้ vasopressor (NE) และ high ventilator setting ด้านการติดเชื้อ - มี UTI (E. coli) และ Pneumonia (CRAB MDR) ด้านการเคลื่อนไหว - เคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ (functional immobility) เป็นเวลานาน ด้านจิตสังคม - พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด ครอบครัวมีภาระสูง	- กรณีศึกษาทั้งสองรายเป็น GBS ซึ่งเกิดจาก immune-mediated demyelination ของ peripheral nerve ทำให้เกิด progressive weakness และ respiratory muscle involvement - กรณีศึกษาที่ 1 เริ่มจาก sensory symptoms และค่อย ๆ ลุกตาม สอดคล้องกับ classic ascending pattern ของ GBS - กรณีศึกษาที่ 2 มี systemic inflammation สูงจาก septic shock และ ARDS ร่วมกับ GBS ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงรุนแรงกว่า และฟื้นตัวช้ากว่า - กรณีศึกษาที่ 1 เน้นการเฝ้าระวังการลุกลามของอาการและการเตรียมครอบครัวสำหรับการดูแลที่บ้าน - กรณีศึกษาที่ 2 ต้องประเมินซับซ้อนกว่า ต้องดูแลหลายระบบพร้อมกัน
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)	- ประสิทธิภาพการหายใจลดลง เนื่องจากมีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหายใจจาก GBS - เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ - ประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลงเนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเนื่องจาก GBS - เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากกล้ามเนื้อการกลืนอ่อนแรง - เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยจากอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อติด เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงจาก GBS - ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวล เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน - ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากสูญเสียสถานะทางสังคมกะทันหันจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ	- เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหายใจจาก GBS ร่วมกับ muscle weakness จาก ARDS - มีโอกาสดึงกล้ามเนื้อลิ้นและข้อติดแข็งเนื่องจากเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ - เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ - เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากกล้ามเนื้อการกลืนอ่อนแรง - เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยจากอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ - ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวล เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน - ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากสูญเสียสถานะทางสังคมกะทันหันจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ	- กรณีศึกษาทั้งสองรายมีการวินิจฉัยการพยาบาลหลักเหมือนกันเพราะมีพยาธิสภาพร่วมคือ GBS - กรณีศึกษาที่ 2 มีการวินิจฉัยการพยาบาลด้านพร่องออกซิเจนซับซ้อนกว่า เพราะมี ARDS และ septic shock ร่วม ทำให้ความเสี่ยงสูงกว่า - กรณีศึกษาที่ 1 เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน - กรณีศึกษาที่ 2 ต้องให้ความสำคัญกับ airway, hemodynamic stability และ critical care มากกว่าในระยะเฉียบพลัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (ต่อ)

ประเด็นตามกระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)	- วางแผน weaning จาก ventilator และเตรียมใช้ BiPAP ที่บ้าน - วางแผนดูแล tracheostomy และป้องกัน VAP - วางแผนกายภาพบำบัด (ROM, positioning) - วางแผนโภชนบำบัด วางแผนสนับสนุนครอบครัว	- วางแผนดูแล ARDS (lung protective ventilation, PEEP titration) - วางแผนติดตาม ABG, lactate, hemodynamics - วางแผน weaning หลัง off NE - วางแผนกายภาพบำบัดเชิงป้องกัน contracture วางแผนประเมิน caregiver burden	- กรณีศึกษาที่ 1 แผนการดูแลมุ่งเน้น recovery phase ของ GBS และการปรับตัวสู่การดูแลที่บ้าน - กรณีศึกษาที่ 2 แผนการดูแลมุ่งเน้น stabilization ของ systemic illness (sepsis, ARDS) ก่อนเข้าสู่ระยะฟื้นฟู - กรณีศึกษาที่ 1 ใช้ family-centered care มากขึ้น เพราะพยาธิสภาพเริ่มเข้าสู่ระยะฟื้นฟู ผลลัพธ์ทางการพยาบาลขึ้นกับความพร้อมและศักยภาพของครอบครัว - กรณีศึกษาที่ 2 ต้องใช้ multidisciplinary care เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ทำให้ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญจากหลายสาขาเพื่อให้การรักษาและการพยาบาลมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	Acute phase - ดูแล ETT และต่อมาเป็น tracheostomy ให้โล่ง สะอาด ปลอดภัย - ประเมินภาวะหายใจ: RR, SpO2 accessory muscle, secretion - ป้องกัน VAP: oral care, suction aseptic technique, head up 30–45° ติดตามอาการทางระบบประสาท (muscle power, sensory) - ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา (Meropenem, Colistin, Ciprofloxacin) - จัดทำที่เหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง	Acute phase - ดูแล airway และเครื่องช่วยหายใจแบบ lung protective ventilation - ทำ lung recruitment และปรับ PEEP ตามสภาวะปอด - ดูแล hemodynamic: titrate NE, monitor BP via A-line - ให้ 7.5% NaHCO₃ และติดตาม ABG/lactate - เฝ้าระวังภาวะ dysautonomia - ป้องกัน VAP และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ sedative/neuromuscular blocker	Acute phase - กรณีศึกษาทั้งสองรายต้องจัดการ respiratory failure จาก GBS แต่กรณีศึกษาที่ 2 มี ARDS septic shock ทำให้ต้องใช้การดูแลขั้นสูงกว่าโดยเฉพาะ hemodynamic และ ventilatory support - กรณีศึกษาที่ 1 เน้น airway care และป้องกันภาวะแทรกซ้อน - กรณีศึกษาที่ 2 เน้น life-saving care และ stabilization หลายระบบพร้อมกัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (ต่อ)

ประเด็นตามกระบวนการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ
4. การวางแผนการพยาบาล (Planning)	Rehabilitation Phase - เริ่มฝึก weaning from ventilator ตามความพร้อม - ฝึกการใช้ BiPAP ร่วมกับครอบครีว - ทำ chest physiotherapy, suction ตามความจำเป็น - ทำ passive ROM, positioning ทุก 2 ชั่วโมง - ประเมินภาวะกลืน และวางแผนโภชนบำบัด - เฝ้าระวัง dysautonomia Rehabilitation and Home Care Phase - สอนครอบครีวดูแล tracheostomy ที่บ้าน - สอนการใช้และติดตาม BiPAP - วางแผนกายภาพบำบัดต่อเนื่อง (ROM, strengthening เมื่อเหมาะสม) - ประเมินภาวะโภชนาการและปรับอาหาร - ประเมิน caregiver burden และให้คำปรึกษา	Rehabilitation Phase - ค่อย ๆ ลด sedative และปรับ ventilator - เริ่ม weaning CPAP ตาม protocol - วางแผนและดำเนินการทำ tracheostomy - ทำ passive ROM, splinting เพื่อป้องกัน contracture - ติดตามผลหลังได้รับ IVIG 5 วัน Rehabilitation and Home Care Phase - วางแผนดูแล tracheostomy ระยะยาว - ติดตามการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อและการหายใจ - ทำ rehabilitation program ต่อเนื่อง - ติดตามภาวะ contracture และแผลกดทับ - ประเมินภาระของผู้ดูแลและให้การสนับสนุน	Rehabilitation Phase - กรณีศึกษาที่ 1 เข้าสู่ระยะฟื้นฟูเร็วกว่า - กรณีศึกษาที่ 2 ฟื้นตัวช้ากว่าเนื่องจากมี muscle weakness จากทั้ง GBS และ critical illness myopathy จาก ARDS/sepsis - กรณีศึกษาที่ 1 เน้นการเตรียมความพร้อมสู่การดูแลที่บ้าน - กรณีศึกษาที่ 2 เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการนอน ICU Rehabilitation and Home Care Phase - ทั้งสองรายมีแนวโน้ม gradual recovery ตามธรรมชาติของ GBS แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีความเสี่ยงต่อ residual disability มากกว่า - กรณีศึกษาที่ 1 ผลลัพธ์วัดจากความสามารถของครอบครีวในการดูแลที่บ้าน - กรณีศึกษาที่ 2 ผลลัพธ์วัดจากการลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)	- สามารถลดการพึ่งพา ventilator ได้บางส่วน - ครอบครีวใช้ BiPAP ได้ถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับรุนแรง - ได้รับโภชนาการเพียงพอ	- Off NE ได้, hemodynamic stable - เริ่ม weaning CPAP ได้ - ได้รับ IVIG ครบ 5 วัน - ได้รับกายภาพบำบัดต่อเนื่อง	- กรณีศึกษาที่ 1 มีแนวโน้มฟื้นตัวแบบ gradual recovery ตามธรรมชาติของ GBS ผลลัพธ์วัดจากความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครีวสำหรับการดูแลที่บ้าน - กรณีศึกษาที่ 2 การฟื้นตัวช้ากว่าเนื่องจากมี ARDS และ septic shock ร่วม ผลลัพธ์วัดจากการรอดพ้นภาวะวิกฤตและเริ่มเข้าสู่ rehabilitation phase

การพยาบาล

จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย GBS ทั้ง 2 ราย พบว่ามีปัญหาทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเคลื่อนไหวจำกัด และปัญหาด้านจิตสังคมของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาที่ 2 มีความซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากมีภาวะ ARDS และ septic shock ร่วมด้วย ส่งผลให้ต้องได้รับการดูแลด้านการหายใจและระบบไหลเวียนอย่างใกล้ชิดมากขึ้น รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง และภาวะทุพโภชนาการสูงกว่ากรณีศึกษาที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลในระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)

การพยาบาลจะเน้นการสนับสนุนการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจและการเฝ้าระวังการพร่องออกซิเจนในเลือด การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การดูแลทางเดินหายใจอย่างถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในกรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งมีภาวะ ARDS และ septic shock พยาบาลมีบทบาทในการเฝ้าระวัง hemodynamic อย่างใกล้ชิด ติดตามความดันโลหิต ปริมาณปัสสาวะ และการตอบสนองต่อยา รวมทั้งประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ พยาบาลดูแลด้านโภชนาการโดยให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้อาหาร และให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวลในระยะวิกฤต

ระยะที่ 2 การดูแลในระยะฟื้นฟู (Rehabilitation Phase)

เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ พยาบาลเริ่มกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา โดยประเมินความสามารถในการหายใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลให้การดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทำ passive range of motion (ROM) การจัดท่าที่เหมาะสม และการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง เช่น แผลกดทับและข้อติดแข็ง ในกรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งมีความรุนแรงของโรคมกกว่า พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบและการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องมากขึ้น รวมถึงการประเมินความทนต่อกิจกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้ พยาบาลยังประเมินภาวะโภชนาการและความสามารถในการกลืน เพื่อวางแผนการให้อาหารที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการฟื้นฟู

ระยะที่ 3 การฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Rehabilitation and Home Care Phase)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่าย โดยสอนและฝึกทักษะการดูแล tracheostomy การดูแลเสมหะ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การสังเกตอาการผิดปกติ และการจัดการภาวะฉุกเฉิน พยาบาลวางแผนการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน โดยแนะนำการทำกายภาพบำบัด เช่น การทำ ROM การจัดทำ และการป้องกันแผลกดทับ พร้อมทั้งจัดตารางกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว ในด้านโภชนาการ พยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการให้อาหาร การป้องกันการสำลัก และการสังเกตภาวะทุพโภชนาการ นอกจากนี้ พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ดูแล โดยให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา และเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านและประสานหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์

1) การประเมินสภาพ (Assessment)

ทั้งสองกรณีเน้นการประเมินระบบประสาทส่วนปลายและระบบหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของ GBS ที่มี ascending paralysis และเสี่ยงต่อ respiratory failure [6] กรณีศึกษาที่ 1 เริ่มด้วย sensory symptoms สอดคล้องกับ AIDP [1] และใช้ CT brain เพื่อตัดสาเหตุจากระบบประสาทส่วนกลาง [7] ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มี dysautonomia และ systemic involvement โดยผล lumbar puncture พบ albuminocytologic dissociation ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของ GBS [6] นอกจากนี้ รูปแบบ respiratory failure แตกต่างกัน โดยกรณีที่ 1 เกิดจาก neuromuscular weakness ที่อาจเกิด neuromuscular respiratory failure จากการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว ร่วมกับ bulbar dysfunction และ autonomic dysfunction ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายสำคัญของ respiratory paralysis ส่วนกรณีที่ 2 เกิดร่วมกับ ARDS และ septic shock จึงต้องประเมินแบบครอบคลุมทั้งด้านระบบประสาทและระบบวิกฤตตามแนวคิด neurocritical care [8]

2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

ทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยหลักเกี่ยวกับ impaired breathing และ risk for infection สอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของ GBS และความเสี่ยงต่อ VAP ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ [9],[10] อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาที่ 2 มีความซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากมี ARDS และ septic shock ทำให้ต้องครอบคลุมทั้ง oxygenation, ventilation และ perfusion [11] ในด้านจิตสังคม ทั้งสองรายมีความวิตกกังวลและผลกระทบต่องานชีวิต สอดคล้องกับหลักฐานในระยะฟื้นฟู [12]

3) การวางแผนการพยาบาล (Planning)

การวางแผนการพยาบาลเป็นแบบองค์รวม โดยอิงแนวคิด self-care ของ Orem [13] กรณีศึกษาที่ 1 เน้น family-centered care และการเตรียมผู้ดูแลสำหรับ home care ซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อน [14] ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ต้องใช้ multidisciplinary care เนื่องจากมีภาวะซับซ้อนและ prolonged ventilation สอดคล้องกับแนวทาง ICU และ ARDS [15]

4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

4.1 Acute Phase

ในระยะเฉียบพลัน ทั้งสองรายได้รับการดูแลด้วยเครื่องช่วยหายใจ แต่มีความแตกต่างด้านการรักษา กรณีศึกษาที่ 1 เน้นการดูแลทางเดินหายใจ การป้องกัน VAP และการจัดทำทางที่เหมาะสม ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ต้องใช้ sedation, neuromuscular blockade, lung recruitment และ vasopressor ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการ ARDS ในปัจจุบัน [11] การควบคุมการติดเชื้อด้วยยาปฏิชีวนะที่สอดคล้องกับผลเพาะเชื้อในทั้งสองราย สะท้อนการใช้ evidence-based practice ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

4.2 Intermediate Phase

ในระยะนี้ กรณีศึกษาที่ 1 เริ่มกระบวนการ weaning และฝึกการใช้ BiPAP ร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง ventilator liberation [16] ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ต้องใช้เวลาฟื้นฟูนานกว่าเนื่องจากมี muscle wasting จาก prolonged ICU stay ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Needham et al. (2020) ที่พบว่าผู้ป่วย ICU ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจนานมีความเสี่ยงต่อ ICU-acquired weakness สูง [17]

4.3 Long-term Phase

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของกรณีศึกษาที่ 1 ใช้แนวคิด family-centered care อย่างเด่นชัด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภรรยาและบุตรสาวในการดูแล tracheostomy และ BiPAP ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ต้องอาศัยการติดตามแบบสหสาขาวิชาชีพและการฟื้นฟูระยะยาว เนื่องจากมี residual weakness และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน [18]

5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าการดูแลที่สอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาและบริบทผู้ป่วยช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟู โดยกรณีศึกษาที่ 1 สามารถลดการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจและกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย [19] ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 แม้ใช้เวลาฟื้นฟูนานกว่า แต่สามารถ wean ได้ตามแผนและมีผลลัพธ์ดีขึ้นจากการดูแลแบบ multidisciplinary และ early rehabilitation [15]

สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วย GBS ทั้ง 2 ราย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลแบบครอบคลุม 3 ระยะ และความแตกต่างของความรุนแรงตามภาวะแทรกซ้อน โดยทั้งสองรายมีปัญหาหลักร่วมกัน ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลวและกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ ภาวะทุพโภชนาการ แผลกดทับ ข้อติด และปัญหาด้านจิตสังคม อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาที่ 2 มีความซับซ้อนและรุนแรงมากกว่า เนื่องจากมี ARDS และ septic shock ร่วม ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนสูง ใช้เวลาฟื้นฟูนาน และต้องการการดูแลที่มากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤตที่เน้นการสนับสนุนการหายใจและควบคุมการติดเชื้อ ระยะฟื้นฟูที่เน้นการ weaning และกายภาพบำบัด และระยะต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการเตรียมผู้ดูแลและการสนับสนุนด้านจิตสังคม การดูแลอย่างเหมาะสมในทั้งสามระยะ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมผลลัพธ์การฟื้นฟูของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ปรับการใช้เครื่องช่วยหายใจตามสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมติดตาม oxygenation เพื่อป้องกันภาวะ hypoxia
2. ควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยที่มี ventilator/tracheostomy และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนใกล้ชิด
3. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน ให้มีทักษะดูแลระบบหายใจและจัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างมั่นใจ
4. ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องด้วย tele-nursing และการติดตามเชิงรุก เพื่อลดภาระและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พว. ผกากรอง พันธุ์โพธิ์โรจน์ และ พว. สุพัตรา ศิริพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา ที่กรุณาให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยกิลแลง-บาร์เร ที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องที่บ้านตลอดจนการเขียนรายงานกรณีศึกษา 2 ราย จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอบพระคุณอาจารย์ ดร. ผาณิต หลีเจริญ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ที่กรุณาให้คำแนะนำในการเขียนรายงานกรณีศึกษา 2 ราย จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- [1.] Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, Bateman K, Ferreira MLB, Cornblath DR, et al. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. Nat Rev Neurol. 2019;15(11):671-83.
- [2.] Sejvar JJ, Baughman AL, Adams DA, Wang W. Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. Neuroepidemiology. 2011;36(3):123-33.
- [3.] Kasemsap N, Vorasoot N, Kongbunkiat K, Tiamkao S, Chotmongkol V, Sawanyawisuth K, Panitchote A. The epidemiology of Guillain-Barré syndrome in Thailand over 13 years (2005-2017): a nationwide population-based retrospective cohort study. J Peripher Nerv Syst. 2021;26(2):202-8.

- [4.] Shang P, Feng J, Wu W, Zhang HL. Intensive care and treatment of severe Guillain-Barré syndrome. *Front Pharmacol.* 2021;12:662632.
- [5.] Gordon M. *Nursing Diagnosis: Process and Application.* 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994.
- [6.] van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nat Rev Neurol.* 2021;17(8):469–82.
- [7.] Wakerley BR, Yuki N. Guillain-Barré syndrome. *Expert Rev Neurother.* 2015;15(8):847-9.
- [8.] Sundar U, Abraham E, Gharat A, Yeolekar ME, Trivedi T, Dwivedi N. Neuromuscular respiratory failure in Guillain-Barré syndrome: evaluation of clinical and electrodiagnostic predictors. *J Assoc Physicians India.* 2005;53:764–8.
- [9.] Chen L, Zhang T, Wu D, et al. Clinical profile and predictors of Guillain-Barré syndrome patients with respiratory complications. *BMC Neurol.* 2026;26(1):68.
- [10.] Netto AB, Taly AB, Kulkarni GB, Uma Maheshwara Rao GS, Rao S. Complications in mechanically ventilated patients of Guillain-Barré syndrome and their prognostic value. *J Neurosci Rural Pract.* 2017;8(1):68–73.
- [11.] Diniz-Silva F, Serpa Neto A, Ferreira JC. Application of new ARDS guidelines at the bedside. *Crit Care Sci.* 2025;37:e20250171:1–3.
- [12.] Li CMF, Wong S, Fabiano N, et al. Systematic Review: Mental Health Outcomes in Guillain-Barré Syndrome and Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy. *Can J Neurol Sci.* 2025:1–10.
- [13.] World Health Organization. *Rehabilitation in health systems.* Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549974>.
- [14.] Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;10(10):CD004811.
- [15.] Brodie D, Slutsky AS, Combes A. Extracorporeal Life Support for Adults With Respiratory Failure and Related Indications: A Review. *JAMA.* 2019 Aug 13;322(6):557-68.
- [16.] Fan E, Zakhary B, Amaral A, McCannon J, Girard TD, Morris PE, Truitt JD, Wilson KC, Thomson CC. Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. An Official ATS/ACCP Clinical Practice Guideline. *Ann Am Thorac Soc.* 2017 Mar;14(3):441-3.
- [17.] Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012 Feb;40(2):502-9.
- [18.] Khan F. Rehabilitation in Guillian Barre syndrome. *Aust Fam Physician.* 2004 Dec;33(12):1013-7.
- [19.] Pipolo G, Godoy L, Fustes O. Long-term outcome and quality of life in Guillain-Barré syndrome (P4-11.017). *Neurology.* 2025 Apr 8;104(7_Supplement_1):1971.