

# การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

สุนิสา มุขพันธ์, พย.บ.<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิลาลาด ในช่วงเวลาระหว่างสิงหาคม 2567 – กันยายน 2567 ศึกษาด้วยการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน การใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 รายราย กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 48 ปี มาด้วยอาการชักเกร็งตาแดง คลื่นไส้อาเจียน หลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 71 ปี มาด้วยอาการ ไข้สูง สับสน ปัสสาวะราด หลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน ประวัติดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีภาวะติดเชื้อและมีอาการมีภาวะถอนพิษสุรา รุนแรง (alcohol withdrawal) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration Pneumonia) และมีระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอาการถอนพิษสุราตามมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการ (ระยะแรกเริ่ม/ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง ระยะวางแผนจำหน่าย) การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลร่วมกันในทุกระยะของอาการเจ็บป่วย ได้รับการช่วยชีวิตโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ความแตกต่างในเรื่อง อายุ และภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยกรณีรายที่ 1 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษและจำหน่ายกลับบ้าน มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษจำหน่ายโดยผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสิลาลาดประสานทีมสหวิชาชีพในการให้คำแนะนำและให้กำลังใจครอบครัวของหลังจำหน่าย

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, พิษสุราเรื้อรัง, ภาวะปอดติดเชื้อ, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ Email : sunisamukkun@gmail.com

## Nursing care of Alcohol withdrawal patient with pneumonia and respiratory failure : Two Case Comparative Studies

Sunisa mukkun, B.N.S.<sup>1</sup>

### Abstract

This study it is a comparative study of nursing care for two patients with alcoholism who had lung infection along with acute respiratory failure. who received treatment as a patient at Silalad Hospital During the period between August 2024 and September 2024, study with Gordon's conventional health assessment Using the 5-step nursing process and related nursing theories Results from the two comparative case studies Case study number 1: A 48-year-old Thai man came with a seizure. nausea and vomiting After stopping drinking for 3 days before coming to the hospital History of drinking alcohol every day Refuse to have congenital disease. Case study number 2: A 71-year-old Thai man came with symptoms of high fever, confusion, and urinating after stopping drinking for 3 days. History of drinking alcohol every day. Refuse congenital disease. The two case studies found that they were addicted to alcohol and had symptoms of severe alcohol withdrawal (alcohol withdrawal) and sepsis (sepsis), together with respiratory pneumonia and acute respiratory failure. Patients receive medical care for alcohol withdrawal symptoms according to nursing standards, consisting of assessment of problems and needs (first reception/critical phase, continuous phase, discharge planning phase) Nursing diagnosis Nursing planning

Evaluation of nursing practice, discharge planning, and continuing care. Joint care is planned for all stages of illness. Resuscitation was obtained through intubation. Sent for further treatment at Sisaket Hospital. Differences in age and health status Complications of the disease cause different levels of severity of the disease. In the first case, he received treatment at Sisaket Hospital and was sent home, likely to be a bedridden patient. The second case study received treatment at Sisaket Hospital and was distributed by a patient who died in the hospital. The researcher followed up on patients after discharge from Silalad Hospital, coordinating a multidisciplinary team to give advice and encouragement to families after discharge.

**Keywords:** nursing care, alcoholism, Pneumonia, acute respiratory failure

<sup>1</sup> Registered Nurse, Professional level, Silalad Hospital, Sisaket Province Email: sunisamukkun@gmail.com

## บทนำ

โรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นโรคหนึ่งที่มีปัญหาในประเทศไทยมากในปัจจุบันมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้น่ามากขึ้นทุกวันจนเกิดการรณรงค์ของทางภาครัฐได้เข้ามาควบคุมดูแลให้ประชาชนลดการดื่มสุรา โรคพิษสุราเรื้อรัง พบได้มากในผู้ชายประมาณร้อยละ 9 พบในผู้หญิงประมาณร้อยละ 4 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 35-55 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2554)จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี2557 พบว่าประชากรทั่วโลกมากกว่า 38% ดื่มสุราเป็นประจำ มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุรา 3.3 ล้านคนทั่วโลกต่อปี สำหรับประเทศไทยมีการดื่มสุราเป็นอันดับที่ 40 ของโลกเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอันดับ 3 ของคนไทย และเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนมากที่สุด(รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557, 2560)จำนวนการเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2562 คิดเป็นร้อยละ 6.6 ของการตายของประชาชนไทยรายปี อัตราตายเฉลี่ยเท่ากับ 14.7 ต่อแสนประชากรต่อปีผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังในสมองมักมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่นการลดลงของระบบประสาทยับยั้งและการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดสุรากะทันหันระบบต่างๆของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุรา ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในผู้ติดสุราเมื่อหยุดดื่มลดปริมาณการดื่มลง อาการขาดสุราจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลงและอาการค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงอาการรุนแรงมีประสาทหลอนระแวง เพื่อ สับสนตี หรือชักการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงและการประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุราทำให้สามารถป้องกันการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการติดสุราคือการติดเชื้อปอดอักเสบ ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทำให้ภูมิคุ้มกันของ

ร่างกายต่ำลง (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย,2564) ซึ่งในระยะยาวบำบัดด้วยยาผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine (valium) ในช่วงสัปดาห์แรก ทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนผ่อนคลาย Benzodiazepine มีผลต่อการคลายตัวกล้ามเนื้อในการ กลืนทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก สำลักได้ง่าย ร่วมกับมีอาการถอนพิษสุราแขนขาอ่อนแรงต้องมีการผูกมัดจากฤทธิ์ valium ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับเป็นส่วนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอดได้ง่ายมากขึ้น

โรงพยาบาลศีลาลาดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่มาพักรักษาตัวด้วยโรคอื่นๆ หลังจากนอนพักรักษาตัวได้2-3วัน มักจะเกิดภาวะ Alcohol withdrawal ขึ้นตามมา โดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรามาก่อน แต่ขณะนอนในโรงพยาบาลผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดดื่มสุราโดยไม่ได้ตั้งใจ จนเกิดภาวะAlcohol withdrawal ขึ้นในที่สุด ในปี 2564 ,2565และปี2566 มีผู้ป่วย Alcohol withdrawal จำนวน 37 ,69 และ90 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลศีลาลาด,2566)จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้น่ามากขึ้นต่อเนื่องทุกปี จากภาวะAlcohol withdrawal ดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น ภาวะชัก ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดการพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด ปอดติดเชื้อ เป็นต้น หากได้รับการดูแลที่ขาดคุณภาพและพบปัญหาที่สำคัญคือมีภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก(Aspirate pneumonia) ร่วมด้วย จากข้อมูลในปี 2564-2566 พบว่า ผู้ป่วย Alcohol withdrawal ที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วม จำนวน 20 ,49 และ 56 ราย ตามลำดับและพบว่าผู้ป่วยบางรายมีภาวะหายใจล้มเหลว(respiratory failure)ร่วมด้วยจึงต้องได้รับการดูแลช่วยชีวิต จากข้อมูลในปี 2564-2566 จำนวนผู้ป่วยAlcohol withdrawal ที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 5 ,6 และ 8 รายตามลำดับ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงจึงต้องมีองค์ความรู้และความสามารถในการประเมินอาการถอนพิษสุราเพื่อสามารถ

ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยสุราในระยะนี้ ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะถอนพิษสุราพร้อมกับให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อ ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

### วิธีการดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยเลือกกรณีศึกษาแบบ เฉพาะเจาะจง เปรียบเทียบ 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศีลาลาด ในช่วงเวลาระหว่าง สิงหาคม 2567 – กันยายน 2567 มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ข้อมูลการซักประวัติข้อมูลประวัติการตรวจร่างกาย รวมถึง การติดตามเยี่ยมและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติศึกษา เอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง การใช้กรอบแนวคิด ตามแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพ และวางแผนให้การพยาบาลตาม ทฤษฎีทางการพยาบาล เฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลง การจำหน่าย โดยหลัก D-METHOD ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพของ โรงพยาบาลศีลาลาด เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

### จริยธรรมการวิจัย

กรณีศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPH2024-111 วันที่รับรอง 8 กรกฎาคม พ.ศ.2567 หมดอายุวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2568โดยผู้ ศึกษาคำนึงถึง สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักเคารพในบุคคล (Respect for person) คือให้เกียรติและเคารพในการตัดสินใจของผู้เป็นกรณีศึกษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็น ความลับการ

สุรา และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นในสังคม ได้อย่างมีความสุข

รายงานผลการศึกษานำข้อมูลมาใช้เฉพาะ การศึกษาในครั้งนี้ เท่านั้น

### ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อ ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 48 ปี มา ด้วยอาการชักเกร็งตาค้าง คลื่นไส้อาเจียน หลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol withdrawal seizure with Aspiration pneumonia with sepsis with hypomagnesemia with hypokalemia. กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 71 ปี มา ด้วยอาการ ไข้สูง สับสน บัสสาวะรด หลังหยุดดื่มสุรามานาน 3 วัน ประวัติดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว ได้รับการวินิจฉัยเป็น Aspiration pneumonia with Alcohol withdrawal syndrome with sepsis with hypomagnesemia with delirium โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)ร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration Pneumonia) และมีระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) ได้รับการช่วยชีวิตโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ความแตกต่างในเรื่อง อายุ และภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ระดับ ความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยกรณีรายที่ 1 ได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษและจำหน่ายกลับบ้านมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษจำหน่ายโดยผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

### ผลการศึกษาเปรียบเทียบ

การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อ ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย มีรายละเอียดดังตารางที่ 1 ถึง ตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ ที่มา โรงพยาบาล	ชักเกร็งตาค้าง น้ำลายฟูมปากเป็นก่อน มาโรงพยาบาล 30 นาที	ไข้สูงหนาวสั่น พุดจาสับสน ปัสสาวะราด รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง
ประวัติการ เจ็บป่วย ปัจจุบัน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติหลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วันละ 2-3 ครั้ง ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ยังไม่ได้ไปรับการรักษาที่ไหน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติผู้ป่วยมีไข้ เหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว รับประทานยาลดไข้ที่บ้าน ญาติให้ประวัติหลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน
ประวัติการ เจ็บป่วยใน อดีต	มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยการชักหลังหยุดดื่ม 2 ครั้งใน 1 ปี ที่ผ่านมา ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรค ร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธ การแพทย์ แพ้อาหารและ สารเคมี	ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรค ร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธ การแพทย์ แพ้อาหารและ สารเคมี
ประวัติการ ใช้สารเสพติด	30 ปีก่อน เมื่ออายุ 18 ปี เริ่มใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ จาก การ อายากลองและเพื่อนชวน โดยเริ่มใช้ 4-5 มวน/วัน และใช้ ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ 25 ปีก่อน เริ่มมาดื่มสุรา โดยเริ่มจาก การ ดื่มเบียร์จากการสังสรรค์กับเพื่อน นานๆ ครั้ง 15 ปีก่อน เริ่ม ดื่มสุราหนักขึ้นโดยดื่มสุราทุกชนิด ส่วนใหญ่จะ เป็นสุรา ขาว 40 ดีกรี และ 10 ปี ที่ผ่านมา ดื่มกับเพื่อนหลังเลิกงาน ดื่มทุก วัน จำนวน 1 ขวด กลม/วัน	50 ปีก่อน เมื่ออายุ 25 ปี เริ่มใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ จาก การ อายากลองและเพื่อนชวน โดยเริ่มใช้ 5-6 มวน/วัน และใช้ ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ 50 ปีก่อน เริ่มมาดื่มสุรา โดยเริ่มจาก การดื่ม เบียร์จากการสังสรรค์กับเพื่อน นานๆ ครั้ง 30 ปีก่อน เริ่มดื่ม สุราหนักขึ้นโดยดื่มสุราทุกชนิด ส่วนใหญ่จะ เป็นสุรา ขาว 40 ดีกรี และ 20 ปี ที่ผ่านมา ดื่มกับเพื่อนบ้านบางครั้งดื่มที่บ้านคน เดียว ดื่มทุกวัน จำนวน 1 ขวด กลม/วัน
อาการแรก รับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องไม่มีชักเกร็ง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจรเท่ากับ 108 ครั้งต่อนาทีหายใจเท่ากับ 20 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ 138/76 มิลลิเมตรปรอทประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 98 % ประเมิน AWS = 3 คะแนน	ผู้ป่วยรู้สึกตัวพุดจาสับสนอยู่ไม่มีนิง สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 40.4 องศาเซลเซียสชีพจรเท่ากับ 128 ครั้งต่อนาทีหายใจเท่ากับ 22 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ 89/46 มิลลิเมตรปรอทประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 98 %DTX เท่ากับ 88 mg/dl.ประเมิน AWS 10 คะแนน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี มาด้วยอาการชักเกร็ง ตาค้าง น้ำลายฟูมปากเป็นก่อน มาโรงพยาบาล 30 นาทีให้ประวัติหลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วันละ 2-3 ครั้ง เบื่ออาหารจากประเมินแบบ แผนสุขภาพของกอร์ ดอนพบว่าไม่มีแบบแผน สุขภาพผิดปกติได้แก่1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2 ภาวะโภชนาการและการเผา ผลาญสารอาหาร 3.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย 4.	1.แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 71 ปี มาด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น พุดจาสับสน ปัสสาวะราด รับประทาน อาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ญาติให้ประวัติผู้ป่วยมีไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย หลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน จากประเมินแบบ แผนสุขภาพของกอร์ดอนพบว่า มีแบบแผน สุขภาพผิดปกติได้แก่1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ2 ภาวะโภชนาการและการเผา ผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรม การดื่มสุราทุกวันทีคล้ายคลึงกัน รวมทั้ง ยังไม่สามารถบอกได้ว่าจะหยุดดื่มสุราได้หรือไม่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การอยู่ใน สังคมที่สภาพแวดล้อมที่มีแต่คนดื่มสุรา เพื่อนดื่มสุรา ค่านิยมทางสังคมใช้สุราใน ทุกงานสังคม ส่วนกรณีศึกษารายที่2 เป็นผู้สูงอายุและประวัติการดื่มสุราที่ ยาวนานกว่าร่วมกับมีการทำงานในไร่นา ทำให้มีการติดเชื้ที่ง่ายกว่ารายที่ 1 และ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>การพักผ่อนนอนหลับ</p> <p>5.สติปัญญาและการรับรู้ 6.การปรับตัวและการเผชิญกับ ความเครียด</p>	<p>3.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย \</p> <p>4.การพักผ่อนนอนหลับ</p> <p>5.สติปัญญาและการรับรู้</p> <p>6.การปรับตัวและการเผชิญกับ ความเครียด</p>	<p>มีความรุนแรงของโรคมากกว่ากรณีศึกษาทั้ง2รายผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุทั้ง 2ราย กรณีศึกษาทั้ง2 ราย มีอาการขาด สุราขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้มีการสื่อสารด้านการรับรู้ที่บกพร่องรวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองจากอาการขาด สุรารุนแรงต้องได้รับการผูกยึดตามแนวทางแต่แพทย์ยังอนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้ผู้ป่วยถูกผูกยึดทำให้อยู่ในท่านอนขณะรับประทานอาหารและเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักอาหารส่งผลทำให้เกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ง่าย</p>
<p>2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องไม่มีชักเกร็ง สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจรเท่ากับ 108 ครั้งต่อนาที หายใจเท่ากับ 20 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ138/76 มิลลิเมตรปรอทประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 98 % ประเมิน AWS 3 คะแนนหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 วันผู้ป่วยมีอาการอะโอะไว้วายพูดจาสับสน อยู่ไม่นั่งจำสถานที่เวลาและบุคคลไม่ได้ AWS 12 คะแนน ต้องได้รับยาได้รับยา กลุ่ม Benzodiazepine เพื่อสงบอาการควบคุมความรุนแรงของอาการขาดสุรา ยากลุ่มวิตามินบี เพื่อป้องกันภาวะ Wernicke-Korsakoff syndrome ได้รับยา กลุ่มต้านอาการทางจิต เพื่อลดความกังวล อาการหูแว่ว ประสาทหลอนและพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับเกลือแร่และสารละลายทางหลอดเลือดดำ หลังจากการรักษาได้วันที่ 2 ผู้ป่วยมีการแสดงของภาวะช็อคและการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและ Norepinephrine (4:250) เพื่อเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด ผู้ป่วยยังได้รับการรับประทานอาหารทางปากมีมารดาเป็นผู้สูงอายุคอยดูแลป้อน</p>	<p>2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยรู้สึกตัวพูดจาสับสนอยู่ไม่นั่ง สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 40.4 องศาเซลเซียสชีพจรเท่ากับ 128 ครั้งต่อนาที หายใจเท่ากับ 22 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ 89/46 มิลลิเมตรปรอทประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 98 %DTX เท่ากับ 88 mg/dl. ประเมิน AWS 10 คะแนนอาการขาดสุราตั้งแต่แรกรับได้รับการผูกยึดและได้รับยา กลุ่ม Benzodiazepine เพื่อสงบอาการ ควบคุมความรุนแรงของอาการขาดสุรา ยากลุ่มวิตามินบี เพื่อป้องกันภาวะ Wernicke-Korsakoff syndrome ได้รับยา กลุ่มต้านอาการทางจิต เพื่อลดความกังวล อาการหูแว่ว ประสาทหลอนและพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับเกลือแร่และสารละลายทางหลอดเลือดดำและมีอาการแสดงภาวะช็อคและการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ Norepinephrine (4:250) เพื่อเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด หลังจากได้รับการดูแลรักษาได้ 3 วันผู้ป่วยสามารถหยุดยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดได้ อาการขาดสุราทุเลาลงแต่ผู้ป่วยยังมีอาการสับสน หลงลืมวันเวลาสถานที่ (Delirium)ขณะรักษาผู้ป่วยยังได้รับการ</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการแสดงของภาวะขาดสุราหลังหยุดดื่ม 3 วัน เป็นไปตามพยาธิสรีรวิทยาของการขาดสุรา ผู้ป่วยหยุดสุราจะขึ้นระบบต่างๆของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุราอาการขาดสุราที่ตามมาอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน หรือ Deliriumมักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง2 รายมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษารายที่ 2 อาการแสดงของโรคตั้งแต่แรกรับซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อมาจากที่บ้านอยู่ก่อนแล้วร่วมกับมาโรงพยาบาลซ้ำ เนื่องจากมีไข้มา 3 วันแต่ไม่ได้มารักษา จนผู้ป่วยเริ่มมีอาการขาดสุราพร้อมกับญาติจึงพามาโรงพยาบาลทำให้แนวโน้มของโรครุนแรงกว่า ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการแสดงของการติดเชื้อและอาการขาดสุราที่รุนแรงขณะนอน</p>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
อาหารผู้ป่วยมีอาการสำลักน้ำและอาหารบ่อยครั้ง เริ่มมีอาการหายใจหอบและซีมีลงได้รับการพ่นยาberodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 89 %ขณะให้ออกซิเจน maks with bag 10 LPM แพทย์คุยแผนการรักษาร่วมกับญาติโดยวางแผนใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ	รับประทานอาหารทางปากมีกรรยาอยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกับผู้ป่วยคอบป้อนอาหารผู้ป่วยมีอาการสำลักน้ำและอาหารบ่อยครั้ง เริ่มมีอาการหายใจหอบและซีมีลงได้รับการพ่นยาberodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 85 %ขณะให้ออกซิเจน maks with bag 10 LPM แพทย์คุยแผนการรักษา ร่วมกับญาติโดยวางแผนใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ	โรงพยาบาลทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วกว่า

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3.แผนการรักษาของแพทย์ - cbc bun cr electrolyte - Mg ,PT,INR -LFT -DTX CXR ,EKG On AWS protocol Valium 10 mg V prn for agitate 0.9% NSS 1,000 ml v 100 cc/hr 50%MgSo4 4ml+5%D/W 100 ml V drip in 4 hr -AFB x 3 วัน - KCL 3 tab oral q 3 hr. x 3 ครั้ง - On ออกซิเจน canular 5 lpm sputum G/S,C/S Hemo culture 2 specimen Hadol 5 mg M prn q 4 hr. for agitate Berodual 1 Nb พ่น ทุก 6 hr Thiamine 500 mg v q 8 hr. x 3 วัน Larazepam (0.5) 1x4 oral pc c hs Ceftriazone 2 gm iv OD Clindamycin 600 mg in q 8 hr - paracetamal 500 mg 1 tab prn po Norepinephrine (4:250) v 5 cc/hr On ETT no.7 depth 20 cms Retain foley's cath Refer โรงพยาบาลศรีสะเกษ	3.แผนการรักษาของแพทย์ - cbc bun cr electrolyte,UA - Mg ,LFT,DTX,CXR ,EKG On AWS protocol Valium 10 mg V prn for agitate sputum G/S,C/S Hemo culture 2 specimen 50%MgSo4 4ml+5%D/W 100 ml V drip in 4 hr x 2 วัน Retain foley's cath 0.9% NSS 1,000 ml v load then 100cc/hr Norepinephrine (4:250) v 5 cc/hr Berodual 1 Nb พ่น ทุก 6 hr - On ออกซิเจน canular 5 lpm Thiamine 500 mg v q 8 hr. x 3 วัน Larazepam (0.5) 1x4 oral pc c hs Ceftriazone 2 gm iv OD Clindamycin 600 mg in q 8 hr - paracetamal 500 mg 1 tab prn po On ETT no.7 depth 20 cms Refer โรงพยาบาลศรีสะเกษ	แผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2 ที่มีเหมือนกันคือ การประเมินและเจาะ lab พื้นฐาน และมีการใช้ AWS protocol มีการให้สารน้ำและเกลือแร่ในการรักษา การไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้รับยากลุ่ม benzodiazepines ซึ่งต้องระวังเรื่องระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะขาดสุราระยะที่รุนแรง ตามทฤษฎีและแนวคิดของผู้ป่วยที่ติดสุรา ได้รับการรักษาเรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับยา Levophed/ Norepinephrine ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังได้รับการดูแลรักษายังมีแนวโน้มของโรคที่รุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากการอักเสบของปอด ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลม และมีการเปลี่ยนยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อโรคมมากขึ้น เนื่องจากกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานานร่วมกับการดื่มสุราอาจทำให้รู้สึก ตัวลดน้อยลง มีอาการมีนเมา เวลารับประทานอาหารหรือนอนอาจทำให้เกิดการสำลักอาหาร เข้าปอดได้ทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีปัจจัยที่เพิ่มจากเป็นผู้สูงอายุจะมีภูมิคุ้มกันโรครดต่ำ ซึ่งแตกต่างจากกรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ความรุนแรงของโรคอาจแตกต่างกัน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการช่วยชีวิตโดยใส่ท่อช่วยหายใจส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
การพยาบาลระยะวิกฤต			
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
1. มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ	1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อปมูวหน่งมีลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 2 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้ง และและรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ</li> <li>ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O2 saturation ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย</li> <li>ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน</li> <li>ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการจัดทำอนศิริสูง 30 องศา</li> <li>ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา ได้แก่ berodual 1 NB พ่นทุก 6 ชั่วโมง</li> <li>ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์ทราบ</li> <li>ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ตามแผนการรักษาเพื่อทำลายเชื้อโรค</li> <li>ระมัดระวังการติดเชื้อโดยใช้หลัก Aseptic technique</li> <li>ช่วยแพทย์ทำหัตถการในการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> </ol>	กรณีศึกษารายทั้ง 2 มีปัญหาที่เหมือนกัน ได้รับการรักษาที่เหมือนกัน ได้แก่การ ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ ยา ceftriazone ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่ตอบสนองต่อการรักษาจึง เปลี่ยนเป็น ยา cetazidime และ clindamycin ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยการพ่นยาขยายหลอดลม การให้ออกซิเจน จากการติดตามอาการต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อยู่ในภาวะขาดสุราที่รุนแรงมีการผูกมัดและยังให้รับประทานเองทางปากมีญาติช่วยป้อนส่งผลทำให้มีการรับประทานอาหารและเพิ่มการติดเชื้อที่ปอดร่วมกับผู้ป่วยในภาวะช็อกเนื้อเยื่อของร่างกายจะมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอและเนื้อเยื่อต่างๆขาดออกซิเจน ทำให้มีอาการทางเดินหายใจล้มเหลวรุนแรงจนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทั้ง 2 ราย
2. มีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	2. มีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	<ol style="list-style-type: none"> <li>จัดผู้ป่วยให้นอนเตียงใกล้ Nurse Station ซึ่งจัดให้เป็นโซนผู้ป่วยวิกฤต</li> <li>ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็นกระสับกระส่ายสับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็วชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ (Systolic ต่ำกว่า 50-90 มิลลิเมตรปรอทหรือต่ำทั้ง Systolic และ Diastolic) ผิวหนังซีดเย็น หรือเขียว (Cyanosis)</li> <li>ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว อาการ และอาการแสดงทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก ทุก 30 นาทีและทุก 1-2 ชั่วโมง หลังรับไว้ในการดูแลเพื่อประเมินเฝ้าระวัง ติดตามอาการของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม</li> <li>ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 0.9% NSS 1,000 ml vein drip 80 ml/hr Control By</li> </ol>	กรณีศึกษารายทั้ง 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน ซึ่งอาจจะเกิดจากการติดเชื้อนมาก่อน โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักน้ำและอาหารขณะเมาสุรา กรณีศึกษารายที่ 1 มีการติดเชื้อในกระแสเลือดขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทำให้ได้รับยากระตุ้นยาหดตัวของหลอดเลือดจนถึงจำหน่ายส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการแสดงของการติดเชื้อตั้งแต่แรกรับขณะนอนโรงพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาจนสามารถหยุดการให้ยากระตุ้นการหด

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
การพยาบาลระยะวิกฤต			
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		<p>Infusion pump</p> <p>5.ดูแลให้ได้รับ Levophed 4 mg + 5%D/W 100 ml iv drip 5 mL/hr titrate Levophed Control By Infusion pump เพิ่มทีละ 5 mL/hrทุก 15 นาทีตามแผนการรักษา</p> <p>6.ของแพทย์ เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอทและ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาและเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ทุก 2 ชั่วโมง บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเพื่อประเมินหน้าที่การทำงานของไตทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hrรายงานแพทย์ทราบ</p> <p>7.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gms vein Drip OD ตามแผนการรักษาเพื่อลดการติดเชื้อ</p> <p>8.ล้างมือก่อน - หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มเติมติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และดูแลไม่ให้หัก พับ งอ เพื่อป้องกันปัสสาวะคั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะ เป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมงเพื่อติดตามดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำ และ อิเล็กโทรไลต์</p>	<p>ตัวของหลอดเลือด แต่กรณีศึกษาทั้ง 2 รายยังคงมีการให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p>
	<p>3.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายการคั่งของของเสียในร่างกาย เนื่องจากภาวะ Acute kidney injury</p>	<p>1) ประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง</p> <p>2) ประเมินและบันทึกปริมาตรปัสสาวะ ทุก 4 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3) Record I/O ทุก 2 - 4 ชั่วโมง</p> <p>4) ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา</p> <p>5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>	<p>หลังได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ผลเลือดการทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้น</p> <p>1.BUN (Blood Urea Nitrogen ) 31mg/dl</p> <p>2.Creatinine 1.14mg/dL.</p> <p>3. GFR 64.3mL/min/1.73m2</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 มีการทำงานของไตลดลงอย่างเฉียบพลัน ตามทฤษฎี นอกจากการดื่มสุราเป็นเวลานานอาจเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นมานานกว่าจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลและอาจจะเกิดจากการเสื่อมของไตจากสูงอายุซึ่งผู้ป่วยรายนี้</p>

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
การพยาบาลระยะวิกฤต			
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
			ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษา กรองสุขภาพมาก่อน
3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ	4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ระวังการเกิดอุบัติเหตุ</li> <li>2. ประเมินอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นลม</li> <li>3.จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนที่เตียง ลดการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เลือดออกและหยุดยาก</li> <li>4. หากผู้ป่วยมียาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหลังฉีดต้องกดด้วยสำลีนาน 7-10 นาทีหรือจนกว่าจะแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล ห้ามนวดคลึงหากผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมากต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณางดยาฉีด</li> <li>5.ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการงานกว่าระดับเกล็ดเลือดที่ต่ำเป็นปกติ และรายงานให้แพทย์ทราบถึง ผลการตรวจเกล็ดเลือดของผู้ป่วยทุกครั้ง</li> <li>6.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค พร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา</li> <li>7.ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร งดอาหารที่มีลักษณะสีดํา/แดง น้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่อง</li> </ol>	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะของร่างกาย ไม่ได้มีการตรวจ Platelet count ซ้ำกรณีศึกษา รายที่ 2 มีภาวะเกล็ดเลือดในร่างกายต่ำกว่าปกติ เนื่องจากมีการดื่มสุราเป็นเวลานานมีผลต่อตับทำงานผิดปกติ ร่วมกับมีการติดเชื้อในร่างกายร่วมด้วยซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆได้ง่ายผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ พยาบาล เป็นอย่างดี ทำให้ไม่พบมีเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย
4.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด	5.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การฉีดยา Diazepam 10 mg เข้าหลอดเลือดดำต้องฉีดช้าๆหลีกเลี่ยงการทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด</li> <li>2. ตรวจสอบอาการอีกเสบของหลอดเลือดดำว่ามีปวดแดงหรือมีลักษณะไหม้บริเวณฉีดยาหรือไม่</li> <li>3. ประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยาได้แก่อาการง่วงนอนและสังเกตการหายใจเนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยาโดยเฉพาะการหายใจและความดันโลหิตโดยวัดทุก 30 นาทีหลังให้ยาฉีดจำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมงจำนวน 3 ครั้งจากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าอาการคงที่</li> <li>4. เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้นกระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากให้ยาแล้วอาการไม่สงบประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้งจัดท่านอนที่เหมาะสมจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้นได้แก่แสงสว่างที่มากเกินไปเสียงดังมีคนพลุกพล่าน</li> </ol>	กรณีศึกษา รายที่ 2 มีภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง อาการเกิด ต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออก มาก ชีพ จรดันเร็ว ความดันโลหิตสูง และกระสับกระส่ายมากขึ้น ร่วมกับมีอาการเพ้อสับสน หูแว่ว หวาดระแวง โดยอาการมักเริ่มรุนแรงภายใน ๒ - ๓ วันหลังหยุดดื่มสุรา และรุนแรงที่สุดในวันที่ ๔ - ๕ ส่วนใหญ่ กรณีศึกษาทั้ง 2 ขาดสุราก่อนมาโรงพยาบาล 3 วันและรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ทำให้อยู่ในระยะขาดสุราขั้นรุนแรงจึงจำเป็นต้องได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด ควบคุมอาการให้สามารถพักได้

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
การพยาบาลระยะวิกฤต			
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
		5. ติดตามผลของยาถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมาก ทรงตัวไม่ตรีรายงานแพทย์ทราบอาการระงับสติเหตุต่างๆ ดูแลกิจวัตรประจำวันดูแลเรื่องการได้รับสารอาหารและน้ำ อย่างพอเพียง 6. รายงานแพทย์กรณี 1) ให้ยา prn ซ้ำ 3 dose ติดต่อกันแล้วอาการของผู้ป่วยไม่ สงบ 2) ได้ Valium ถึง 80 mg ภายใน 8 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนได้แก่ปลุกไม่ตื่น หรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาทีที่ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงเช่น Weakness, Sign of increase intracranial pressure (เช่น อาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2		
5. เสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนจาก การผูกยึด	6. เสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนจาก การผูกยึด	1. พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถ ควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำเพื่อ ป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วย เคลื่อนไหวขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความ ปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกยึดต้อง บอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 2. ใช้มือสองนิ้วสอดเข้าใต้เปลี่ยนทำผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 3. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและ การดำเนินของโรค 4. ตรวจสอบอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการ ระคายเคืองหรือบาดแผล 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วย ต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 6. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 7. ให้ทำตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมิน อาการก่อนและหลังการให้ยา	-ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการผูกยึด ไม่มีแผลลอกที่บริเวณ ผูกยึดกรณีศึกษา รายที่ 2 มีระยะของ การขาดสุราขั้นรุนแรงจึงจำเป็นต้องได้รับการ การผูกยึด เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น จากอาการประสาทหลอนซึ่ง พบได้ในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังและอยู่ใน ภาวะขาดสุรา พร้อมทั้งป้องกันการเกิด การพลัดตกหกล้มอีกด้วย
	7. ผู้ป่วยมีภาวะดับ บกพร่องจากการดื่ม สุราเป็นเวลานาน	1. ประเมินอาการคลื่นไส้เบื่ออาหารแน่นอึดอัดท้อง หรืออาการคันตามผิวหนัง 2. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบลดเสียงรบกวนให้ผู้ป่วยได้ พักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง	ผู้ป่วยยังมีอาการตัว ตาเหลือง ปัสสาวะสี เหลืองเข้ม ยังไม่ได้มีการติดตามค่าการ ทำงานของตับซ้ำกรณีศึกษา รายที่ 2 พบ ค่าการทำงานของตับมีความผิดปกติผล

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่2		
		<p>3. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันต่ำและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละน้อย แต่บ่อยครั้ง</p> <p>4. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการทำงานของตับ (SGOT/SGPT Alkaline phosphatase) พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ</p> <p>6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรคพร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา</p> <p>7. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามระดับอาการขาดสุรา</p>	<p>จากการดื่มสุราและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ เป็นเวลานาน และสุราเป็นสาเหตุให้ไขมันสะสมในตับ เป็นเหตุให้เซลล์ของตับตายแล้วเกิดแผลเป็นมีพังผืดบางๆ เกิดขึ้นในบริเวณนั้นเกิดตับอักเสบจะมีการทำลายเซลล์มากขึ้นจนกลายเป็นตับแข็งจาก สุรา (Alcoholic Liver Cirrhosis) อาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งที่ตับได้</p>
<p>6.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะแมกนีเซียมต่ำ</p>	<p>8.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะแมกนีเซียมต่ำ</p>	<p>๑. ประเมินอาการอ่อนเพลียแขนขาอ่อนแรง โดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน</p> <p>๒. จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบไม่มีสิ่งกีดขวางพื้นไม่เปียกจัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่มีไม้กั้นเตียงและยกไม้กั้นเตียงขึ้นขณะผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อป้องกันการตกเตียง</p> <p>๓. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกายโดยช่วยพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มกรณีผู้ป่วยเดินได้หากยังเดินไปห้องน้ำไม่ได้ช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่ายและทำความสะอาดร่างกายที่เตียง</p> <p>๔. ประสานนักโภชนาการจัดอาหารที่มีแมกนีเซียมให้ผู้ป่วยรับประทานเช่นกล้วยส้ม</p> <p>๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ50%MgSo4 4 ml+5%D/W 100 ml V drip in 4 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในเรื่องแนวทางการบริหารยาการติดตามอาการผู้ป่วยหลังได้รับยาแมกนีเซียมทดแทนและการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา</p> <p>๖. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจนระดับแมกนีเซียมเข้าสู่ระดับปกติ</p> <p>๗. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง</p> <p>๘. ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการอย่าง</p>	<p>ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้มหรือตกเตียงขณะแมกนีเซียมต่ำ</p> <p>ระดับแมกนีเซียมของผู้ป่วยเข้าสู่ระดับปกติ</p> <p>กรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีการดื่มสุราเป็นเวลานานร่วมกับขณะเมาสุราทำให้รับประทานอาหารไม่เพียงพอไม่ครบ 5 หมู่ ส่งผลให้ Magnesium ในร่างกายลดต่ำลงอาจเกิดภาวะชัก หรือส่งผลให้กล้ามเนื้อต่างๆอ่อนแรงได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการแก้ไขไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก Magnesium ในร่างกายต่ำ ผล Magnesium อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้ง 2 ราย</p>

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่2		
		ต่อเนื่อง	
7.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา	9.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชักประวัติแบบแผนการดื่มสุรา ประวัติการเกิดอาการขาดสุราและการชักหลังหยุดดื่มสุรา</li> <li>2. แจ้งถึงอาการเตือนแก่ผู้ป่วยก่อนชักได้แก่เวียนศีรษะ จุกแน่นท้องคลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หน้าแดง เหงื่อแตกขนลุกมีความผิดปกติทางอารมณ์เช่นรู้สึกกลัว</li> <li>3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังอีกทีก็ไฟกระพริบเพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดการชัก</li> <li>4. จัดผู้ป่วยนอนเตียงต่ำเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการตกเตียงหากเกิดภาวะชัก</li> <li>5. แจ้งญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเตียงที่ใกล้เคียงที่มีการรับรู้ปกติช่วยดูแลหากพบผู้ป่วยชักให้จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงพร้อมเรียกพยาบาลทันที</li> <li>6. ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุราตามระดับอาการขาดสุรา</li> <li>7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะชัก</li> </ol>	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชักขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90 เกิดอาการชักในช่วง 7- 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มสุราประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่มีการชักจะเกิดอาการ alcohol withdrawal delirium และเมื่อเกิดอาการ delirium แล้วพบน้อยมากว่าจะเกิดการชักขึ้นอีก อาการชักหลังหยุดดื่มสุราไม่ได้ เป็นตัวบ่งถึง ความรุนแรงรุนแรงของการเป็นโรคพิษสุรา (Alcohol dependence) สาเหตุ ของการชักเกิดจากกลไกการลดการทำงานของ receptor ต่างๆ เช่น N-methyl-d-aspartate (NMDA), gammaaminobutyric acid (GABA), GABA-A (alpha 2 subunit) และ GABA-B receptors receptors ในระหว่างการ ดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน เมื่อหยุดดื่มจึงเกิดภาวะ hyperexcitable จนทำให้เกิดอาการชัก
8.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้อื่นและทำลายอาคารสถานที่เนื่องจากมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว	10.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้อื่นและทำลายอาคารสถานที่เนื่องจากมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น</li> <li>๒. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับได้ลดสิ่งกระตุ้นอากาศถ่ายเท สะดวกมีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็นไม่มีสิ่งก่อก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นเช่นอาวุธของแหลมไม้แก้ว เป็นต้น</li> <li>3. พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกยึดที่ข้อมือหน้าเพื่อป้องกันการกระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอและตรวจเย็บอาการสังเกตผิวหนังเพื่อป้องกันการกระคายเคืองหรือบาดเจ็บแผลวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการถอนพิษสุราทุก ๑๕-๓๐ นาที</li> <li>๔. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง</li> </ol>	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงผู้ป่วยทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ไม่พบอาการแสดงถึงการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัดไว้ไม่มีรอยขีดไม่เกิดแผลถลอกบริเวณผิวหนังจะเห็นได้ว่าการขาดสุราระดับรุนแรงมากขึ้น เพื่อคลั่ง (Alcohol withdrawal delirium) ระดับสติสัมปชัญญะ และความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป เช่น สับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง เดินไปมาเสี่ยงต่อการได้รับ อันตรายต่างๆ ได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จึงต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่2		
		<p>๕. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค</p> <p>๖. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก๔ชั่วโมง</p> <p>๘. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา</p> <p>๙. เฝ้าระวังอาการที่เกิดจากยากระบบประสาทส่วนกลางได้แก่หายใจช้าอาการหลับลึกหากพบรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาด้านฤทธิ์ยากุ่ม Benzodiazepine</p> <p>๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารสารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันการขาดอาหารและสารน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในช่วงการรับรู้ที่ไม่ปกติ</p>	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

การพยาบาลระยะจำหน่าย		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2		
9.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มนม	11.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มนม	<p>1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มนมสุรา</p> <p>2. แนะนำการเลิกสุราที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยเลิกสุราให้สำเร็จต้องตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาดเมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มนมสุรายาวนานจนเกิดภาวะติดสุราเมื่อหยุดดื่มได้แล้วและหวนกลับไปดื่มนมสุราอีกจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มนมแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มนมได้จะทำให้ติดสุราซ้ำได้ง่าย</p> <p>3. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้สุราเป็นทางออกอาจช่วยเพียงให้เกิดความเมาแล้วลืมให้หลังตื่นขึ้นแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปหรือไม่</p> <p>4. แนะนำเทคนิควิธีแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สุราเป็นทางออก</p> <p>5. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มนมสุราเช่นงานสังสรรค์ต่างๆ</p> <p>6. แนะนำควรหากิจกรรมทำไม่มีเวลาว่างเพราะการมีเวลาว่างมากจะทำให้นึกถึงสุราและมีโอกาสกลับไปดื่มนมอีก</p> <p>7. เมื่อถึงมืออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อช่วยป้องกันการเกิดอาการอยากดื่มนมสุรา</p> <p>8. แนะนำผู้ป่วยให้คิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการติดสุราและเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดในชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเนื่องจากยังสื่อสารเข้าใจยังไม่มีการขอการขาดสุรารุนแรง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้มีการวางแผนจำหน่ายในช่วงอาการขาดสุราเริ่มลดลงแต่ยังสื่อสารไม่ค่อยเข้าใจมากนัก ยังมีอาการหลงลืม มึนงง ญาติผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลให้คำแนะนำในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับและเป็นระยะๆขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลพร้อมมีการประสานสหวิชาชีพให้การดูแลแนะนำเพิ่มเติมในการวางแผนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</p>

## สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาด้วยอาการที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประวัติการดื่มสุราต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี กรณีศึกษารายที่ 1 อยู่ในวัยทำงานมีประวัติรับการรักษาที่โรงพยาบาล และได้มีการให้คำแนะนำในการเลิกสุรา ได้มีการคัดกรองสุขภาพขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ ไม่เคยมีประวัตินอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและไม่เคยได้รับการคัดกรองสุขภาพ ซึ่งทำให้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอาการถอนพิษสุราตามมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการ (ระยะแรกรับระยะต่อเนื่อง ระยะวางแผนจำหน่าย) การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลร่วมกันในทุกระยะของอาการเจ็บป่วยเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังเป็นการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา ต้องมีสมรรถนะ มีความรู้ ความเข้าใจตั้งแต่การวินิจฉัยโรคติดสุราในเบื้องต้น อาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา โดยเฉพาะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องเหมาะสมสร้างแรงจูงใจให้ญาติ และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติอธิบายนใจให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาตามหลัก D-METHOD กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะขาดสุราขั้นรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนตามพยาธิสภาพของโรค จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการช่วยชีวิตโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ความแตกต่างในเรื่อง อายุ และภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยกรณีรายที่ 1 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษและจำหน่ายกลับบ้านมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษจำหน่ายโดยผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ผู้ศึกษาได้ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมคณะกรรมการที่มนาด้านคลินิก(Patient Care Team : PCT)ได้มีการแนวทางการดูแลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง(CPG)และมีการทบทวน

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านบุคลากร

ขาดความรู้ไม่ได้รับการอบรมหรือฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่องและปัญหาการบริหารอัตรากำลังการมอบหมายและการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานในเวรอย่างเหมาะสมด้านสถานที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนด้านความปลอดภัยยังไม่เหมาะสม

### ด้านการพยาบาล

1.ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราควรได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมการตรวจร่างกาย อาการถอนพิษสุรา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาสุขภาพทางกายทั้งในอดีตและปัจจุบันแล้วใช้กระบวนการพยาบาลตามขั้นตอน จัดการให้การพยาบาลที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและอาการดีขึ้น

2.ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราก็เป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลควรมีความรู้ความสามารถทั้งด้านการประเมินอาการถอนพิษสุรา การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต พร้อมทั้งสามารถจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุรา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย/ทางจิตที่เกิดขึ้น

### ด้านวิชาการ

1.การนำสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อน  
2.ส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

### ด้านนโยบาย

1.ควรเร่ง ส่งเสริม สนับสนุนค่านิยมใหม่เรื่องสุรา หาวิธีปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการดื่มสุรา โดยการรณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจ ในกลุ่มวัยรุ่น นักเรียนเกี่ยวกับความรุนแรงและโทษของการดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่น ซึ่งคนในครอบครัวและชุมชนต้องร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมในการป้องกันปัญหาการดื่มและติดสุรา

2.ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรานั้นบุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสพบผู้ป่วยเหล่านี้มารับบริการในแผนกต่างๆ

ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและเผยแพร่องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย  
เสพติดสุราอย่างทั่วถึงเพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพเพื่อสามารถดูแล  
ผู้ป่วยสุราได้อย่างปลอดภัยและกลับไปเป็นคนดีของสังคมต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวทางการดูแล  
ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง โดยมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทดลองเพื่อให้

ได้หลักฐานผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือมากขึ้น นำมาปรับปรุงหรือ  
พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกโดยสอดคล้องกับบริบทของ  
โรงพยาบาล ภายใต้มาตรฐานของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้  
ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีอาการถอนพิษสุรา ได้รับความปลอดภัยและ  
มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- จันจิรา กุญแก้ว. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและ  
สุขภาพ, 4 (2), 22-29.
- ฉวีวรรณ พึ่งพันธุ์. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรุนแรงที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสาร  
สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7 (1), 19-28.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ. (ฉบับ  
ปรับปรุง 2554). เชียงใหม่ : แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา, 2555.
- รายงานสถิติข้อมูล. (2567). โรงพยาบาลศีลาลาด อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ. (HIMPRO)
- วิจิตรา กุสมภ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ:แบบของศรัอม. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพฯ. สหประชาพานิชย์. 84-168
- วิภา เสนารักษ์. (2546). การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2565). แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์หาดใหญ่.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๖). สถิติผู้ป่วยสุรา  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖. [http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53](http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53)
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2553).การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. พิมพ์ครั้งที่4 เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและ  
วิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)
- สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย. กลุ่มภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์. จาก <http://www.ramamental.com/gp/gp18.PDF>. สืบค้นเมื่อสิงหาคม 2567.
- อังกูร ภัทรการ, ธนุรช ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พัชรี รัตนแสง และวิมล ลักขณาภิชนชัย. (บ.ก.). (๒๕๕๙).  
แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ (ครั้งที่๒). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย. (2559). ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน  
ประเทศไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and application (3rd ed.). St. Louis: Mosby NANDA International.(2017).  
Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2015-2017.(3 th ed.)Oxford: Wiley Blackwell.
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts and Practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby WHO.