

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง : กรณีศึกษา
Nursing care of diabetic patients with severe infection in the submandibular space: a case study.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

ศศิพัชร บัวแย้ม¹
Sasiphat Buayam¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 42 ปี รับส่งตัวจากโรงพยาบาลโคกเจริญ วันที่ 20 มิถุนายน 2565 ด้วยอาการปวดเหงือก อ้าปากได้น้อย แก้มขวาบวมมาก 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบฟันคุดซี่ที่ 48 เป็นฟันผุทะลุโพรงประสาท

ผลการศึกษา: การวินิจฉัย Rt submandibular space abscess ระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดบริเวณแก้มขวาเสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดตัน มีภาวะไข้ ระยะขณะตรวจ มีการติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล ภายหลังการตรวจ แพทย์มีแผนการรักษาให้รักษาในหอผู้ป่วยโรคคอ คอ นาสิก ระยะหลังตรวจ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องโรค เสี่ยงต่อภาวะอุดตันทางเดินหายใจระหว่างย้ายไปหอผู้ป่วย เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับอินซูลิน ได้ให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ส่งผู้ป่วยรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ได้รับการผ่าตัดระบายหนอง อาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายวันที่ 24 มิถุนายน 2565 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคเบาหวาน, การติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for diabetic patients with severe infections of the deep cervical space in the submandibular cavity. By study Thai male patient, age 42 years old, was transferred from Khok Charoen Hospital on 20 June 2022 with gum pain, slightly open mouth and more swelling of right cheek before coming to the hospital for 2 days. The patient had a wisdom tooth number 48, which had a cavity that had penetrated the nerve cavity and

Results: diagnosed as Rt submandibular space abscess. Before the examination, the patient was uncomfortable due to pain in the right cheek area and had a risk of having an obstructed airway and a fever. During the examination, the patient had an infection in the deep cervical space in the submandibular cavity, high blood sugar levels. Patients and relatives are worried. After the examination, the doctor had a treatment plan for treatment of patient in the otolaryngology ward. Patients and relatives lacked knowledge about the disease, had a risk of airway obstruction during transfer to the ward and had a risk of low blood sugar levels after receiving insulin. The nurse provided nursing care and send the patient for treatment to the ward. The patient received a surgery to drain the pus and symptoms gradually improved. The patient was discharged on 24 June 2022, totaling for 4 days of hospital admission.

Keywords: nursing, diabetes, infections of deep cervical space in the submandibular cavity.

บทนำ

การติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก
ในโพรงใต้คาง (Ludwig's angina or Submas-

seteric/Submandibular space abscess) เป็นการ
ติดเชื้อของช่องว่างที่อยู่บริเวณคอตั้งแต่ใต้ฐาน
กะโหลกลงมา ช่องว่างเหล่านี้อยู่ระหว่างเยื่อหุ้มคอชั้น

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

ลึกที่ห่อหุ้มอวัยวะบริเวณคอทั้งหมด เป็นภาวะฉุกเฉินคุกคามต่อชีวิตภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน การติดเชื้อลุกลามเข้าช่องอกและภาวะช็อกจากการติดเชื้อพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่อาจพบการติดเชื้อที่รุนแรง ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้ป่วยปกติอุบัติการณ์ในประเทศไทยพบร้อยละ 10-20 พบการติดเชื้อในช่องคอชั้นลึกสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาช่องปากและฟันอยู่เดิม พบในผู้ป่วยอายุ 4-92 ปี พบบ่อยที่สุด คือ 41-50 ปี พบผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงานมากที่สุด ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบมากที่สุด คือ อายุ 51-60 ปี ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุด คือ Submandibular space (ร้อยละ 34.4) และ Parotid space (ร้อยละ 11.5)⁴

จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2564-2566 ของกลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลบ้านหมี่ พบผู้ป่วยติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกเป็นชนิด Submandibular space abscess จำนวน 12, 9 และ 13 ราย ตามลำดับ ถึงแม้จะมีจำนวนผู้ป่วยน้อย แต่เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากมีความรุนแรงของโรค (severity) และค่าใช้จ่ายสูง (high cost) บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีบทบาทตั้งแต่การประเมินแรกรับที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการติดเชื้อในช่องปาก ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการบาดเจ็บ (trauma) และการอักเสบ (inflammation) โดยอาจพบได้บริเวณฟัน รากฟัน เหงือก พยาบาลต้องซักประวัติถึงสาเหตุของโรคอย่างละเอียด รวมถึงการตรวจร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพ ในกรณีที่มีการลุกลามของโรค พยาบาลต้องประเมินภาวะพร้อมออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้นและให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 42 ปี รับส่งตัวจากโรงพยาบาลโคกเจริญ วันที่ 20 มิถุนายน 2565

อาการสำคัญ

ปวดเหงือก อ้าปากได้น้อย แก้มขวาบวมมาก 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

เข้ารับการตรวจที่คลินิกทันตกรรม จากการให้ประวัติของผู้ป่วย มีอาการบวมบริเวณใบหน้าข้างขวา ตั้งแต่วันที่ 18 มิถุนายน 2565 ซื้อมารับประทานเอง คือ ยา Ibuprofen 3 วัน Amoxycillin 1 สัปดาห์ จนมีอาการบวมมากขึ้น ปวด ซึ่งเป็นๆ หายๆ มาหลายปี ทันตแพทย์ตรวจพบฟันคุดซี่ที่ 48 เป็นฟันผุทะลุโพรงประสาทซี่ที่ 47 ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุของอาการบวม จึงขอปรึกษาและส่งมาที่คลินิก โสต ศอ นาสิก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยตรวจพบเป็นโรคเบาหวานประมาณ 3 เดือน ยังไม่ได้รับการรักษา การเจ็บป่วยในอดีต เคยได้รับอุบัติเหตุ แขนขวาหักได้รับการผ่าตัดมาประมาณ 30 ปี

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำ 1 ขวด/วัน รับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ ส่วนใหญ่รสเผ็ด เติมหวาน การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ปกติ ไม่เคยออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับปกติ มีความวิตกกังวล ไม่อยากนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กลัวขาดงานและขาดรายได้ ผู้ที่คอยเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นมารดา สุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพแข็งแรงดี ยกเว้นอาการปวด บวมเหงือกข้างที่เป็น ๆ หาย ๆ

การตรวจร่างกาย

ศิระ: เส้นผมสีดำ หนึ่งศิระไม่มีบาดแผล
ศิระมีขนาดและรูปร่างปกติ

ใบหน้า: ใบหน้าบวมตั้งแต่บริเวณแก้มลงมา
แก้มขาบวมตึง กดเจ็บพอสมควร pain score 5
คะแนน

ลำคอ: คางบวมลงมาถึงลำคอ คอข้างขวา
บวมมากกว่าข้างซ้าย สีผิวบริเวณคางแดง กดเจ็บ ไม่มี
บาดแผลเปิด

ช่องปาก: อ้าปากได้น้อยมาก มี discharge สี
เหลืองใสออกจากบริเวณฟันกรามล่างขวา

ผิวหนัง: ผิวสีคล้ำ ไม่มีบาดแผล

ทรวงอกและการหายใจ: รูปร่างทรวงอกปกติ
การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเท่ากัน หายใจเร็ว
เสียงดัง อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ไม่พบ
crepitation ไม่มี wheezing

หัวใจและหลอดเลือด: ชีพจร 100 ครั้ง/นาที
สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 105/79 มิลลิเมตรปรอท ไม่
พบ S₁, S₂ หรือ murmur เส้นเลือดที่คอไม่โป่งตึง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC 12,447 cell/cu.m.m, Neutrophil
76%, Lymphocyte 15%, Hct 37.9% Na 141
mmol/L, K 3.3 mmol/L, Cl 107 mmol/L, CO₂ 22
mmol/L, BS 296 mg/dl, BUN 19 mg/dl, Cr 1.13
mg/dl

แรกรับที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก โสต ศอ
นาสิก ผู้ป่วยมาโดยร่นั่ง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใบหน้า
ด้านขวาบวม ปวดเหงือกและฟันข้างขวา ตรวจวัด
สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98
ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
105/79 มิลลิเมตรปรอท พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ ทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากมีคางบวมลงมา จนถึงลำคอ ข้อมูลสนับสนุน ใบหน้าบวมตั้งแต่บริเวณแก้มลงมา แก้มขา บวมตึง คางบวมลงมาถึงลำคอ คอข้างขวา บวมมากกว่าข้างซ้าย หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เช่น หายใจมีเสียงดัง กระสับกระส่าย เหนื่อยขึ้น หายใจไม่เป็นจังหวะ รวมทั้งประเมินสัญญาณชีพเพื่อประเมิน สภาวะของโรค จัดทำนอนศิระสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวและปอดขยายตัวได้มากขึ้น สอนการหายใจเข้า-ออกลึกๆ อย่างถูกวิธี ประสานศูนย์แปลต่านหน้านำถึงออกซิเจน เพื่อ เตรียมให้ O ₂ cannula 5 LPM จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้บริเวณเคาน์เตอร์ พยาบาลขณะรอตรวจ ที่สามารถสังเกตอาการได้ชัดเจน และจัดลำดับคิวตรวจคนแรก ตรวจสอบความพร้อมของเวช ระเบียนต่าง ๆ ให้ครบถ้วนก่อนเข้าตรวจ การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระสับกระส่ายเล็กน้อย ไม่มีเสียงหายใจดัง O ₂ sat =96-97% ชีพจร 102-108 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแก้มและคอด้านขวา	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลให้นอนบนเปลนอน ทำศิระสูง รองหมอนนุ่มบริเวณใต้คอ อธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจถึงสาเหตุของความปวด ว่าเกิดจากกระบวนการอักเสบ ประเมินลักษณะอาการปวด ระดับความรุนแรง อธิบายและแจ้งให้ทราบว่า หากมีอาการปวดมากขึ้น ให้แจ้งเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ใบหน้าบวมตั้งแต่บริเวณแก้มลงมา แก้มขวาบวมตึง กดเจ็บพอสมควร pain score 5 คะแนน	เพื่อพิจารณาจัดลำดับคิวตรวจ และขอคำสั่งแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ในระหว่างรอตรวจ ให้นอนพักผ่อนบนเตียง การประเมินผล ยังมีอาการปวด หลังพักได้ pain score 3-4 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบาย เนื่องจากมีไข้ ข้อมูลสนับสนุน อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจเต้น 108 ครั้ง/นาที	กิจกรรมการพยาบาล สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 500 mg 1 tab oral stat แนะนำเช็ดตัวลดไข้ และกระตุ้นดื่มน้ำมากๆ ย้ายขึ้นรถเข็นนอน ดูแลให้นอนพัก ลดการทำกิจกรรม เพื่อลดการเผาผลาญ จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความสบายทั่วไป เฝ้าระวังการอาการเปลี่ยนแปลง หากมีไข้สูง หอบเหนื่อย มากขึ้น รายงานแพทย์ การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที นอนพักได้ในท่าศีรษะสูง อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส
การพยาบาลระยะขณะตรวจ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด จากการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ข้อมูลสนับสนุน ใบหน้าบวมตั้งแต่บริเวณแก้มลงมา แก้มขวาบวมตึง คางบวมลงมาถึงลำคอ คอข้างขวาบวมมากกว่าข้างซ้าย แก้มด้านขวาผิวทึงแดง (Submandibular space abscess) อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจเต้น 108 ครั้ง/นาที	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว ได้แก่ กระสับกระส่าย สับสน ซึมลง ประเมินสัญญาณชีพ และ O ₂ saturation SOS score สอบถามการปัสสาวะและจำนวนปัสสาวะล่าสุดเพื่อประเมินการทำงานของไต การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย O ₂ sat =96-97% ชีพจร 102-108 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 100 ml ใน 1 ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน ผลการตรวจเลือด BS 296 mg/dl	กิจกรรมการพยาบาล ประสานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้ RI 4 unit sc stat เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากภาวะน้ำตาลสูง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง จากนั้นติดตามเจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง โดยประสานการดูแลต่อเนื่องกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับ RI จากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง 97 mg/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยกลัวขาดงาน และขาดรายได้	กิจกรรมการพยาบาล ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความรู้สึกรับทราบผู้ป่วย จัดให้ได้คุยกับแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษา ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รวมถึงแผนการดูแลร่วมกันหาทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแลต่อเนื่อง แจ้งอาการและผลการตรวจให้ผู้ป่วยและญาติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ทราบ ให้คำแนะนำถึงแผนการรักษาจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อระบายหนอง ป้องกันการติดเชื้อลุกลาม การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติดีขึ้น ยินยอมเข้ารับการรักษ สนใจรับฟังคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาดี
การพยาบาลระยะหลังตรวจ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องโรค ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าทำไมต้องนอนโรงพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล อธิบายสาเหตุของโรค อาการแสดง แผนการผ่าตัด แผนการดูแลรักษาในทุกขั้นตอน ตลอดระยะเวลาที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้ผู้ป่วยและญาติพบแพทย์ผู้รักษาเพื่อซักถามข้อสงสัยในทุกประเด็น การประเมินผล ผู้ป่วยรับฟังและเข้าใจมากขึ้น เข้าใจว่ามีการติดเชื้อจากฟันผุลุกลามไปถึงลำคอ ต้องผ่าตัดระบายหนองออกเพื่อลดการติดเชื้อ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการป่วยและกลัวการทรมานหนัก ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและมารดามีสีหน้าครุ่นคิด สอบถามว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือเปล่า	กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยให้การพยาบาล ด้วยท่าทางอ่อนโยน พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยความสนใจ ให้คำแนะนำ พูดปลอบใจให้กำลังใจ รับฟังเปิดโอกาสให้ซักถามหรือระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวลต่างๆ สร้างความมั่นใจเป็นกันเอง อธิบายแผนการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วย เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจในการประคับประคองจิตใจ หมั่นความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพเจ็บป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ญาติสีหน้า สดชื่น เข้าใจอาการผู้ป่วยปัจจุบัน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจระหว่างย้ายไปห่อผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยคางและคอบวมมาก ให้ออกซิเจน บ่นหายใจไม่อิ่ม	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปห่อผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน จัดท่านอนศีรษะสูง ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา ตรวจดูสายยาง ออกซิเจนไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งาน ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห่อผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาให้กับผู้ป่วย ขณะอยู่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ

ติดตามเยี่ยม วันที่ 21 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ มีแผลที่คอด้านขวาจากการทำผ่าตัด I and D Rt neck space abscess แผลมี

เลือดซึมเล็กน้อย บ่นปวดแผลพอทนได้ pain score 5 คะแนน อุณหภูมิ 37.7-38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-102 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดัน

โลหิต 117/62-128/96 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 96-99% ให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 gm iv OD Clindamycin 600 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง รับประทานอาหารอ่อนได้พอสมควร แนะนำการรักษาความสะอาดในช่องปาก สอนวิธีการแปรงฟันไม่ให้เกิดแผล อธิบายการดูแลบาดแผล แนะนำการนอนศีรษะสูงเพื่อลดบวมของใบหน้า

ติดตามเยี่ยม วันที่ 23 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยสดชื่นขึ้นกว่าเดิม ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ คางยุบลงมาก รับประทานอาหารอ่อนเบาหวานได้ อ้าปากได้กว้างขึ้น ส่งทันตกรรมเพื่ออุดหินปูนและอุดฟันจำนวน 1 ซี่ ผู้ป่วยดูแลสุขภาพในช่องปากได้ด้วยตัวเองถูกต้อง ไม่มีการติดเชื้อซ้ำซ้อนทางบาดแผลดีขึ้นและแผลแคบขึ้นมาก ไม่พบหนองให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน สัญญาณชีพปกติไม่มีไข้ ค่า DTX อยู่ในระดับปกติ 98-112 mg/dl ทบทวนการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายโดยเฉพาะในเรื่องการดูแลบาดแผลและการดูแลสุขภาพในช่องปากอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้าใจ มีความพร้อมในการกลับบ้าน

อภิปรายผล

ระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยมีอาการบวมบริเวณใบหน้าไปถึงลำคอ บางครั้งบ่นหายใจไม่อึด เป็น early warning sign และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลสามารถประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว เตรียมการช่วยเหลือตั้งแต่การ

จัดท่านอนที่เหมาะสมให้ออกซิเจน และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพและออกซิเจนในร่างกาย ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ^{1,2}

ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ที่ยังไม่ได้รับการรักษา เมื่อมีการติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะทำให้การดำเนินของโรคแย่ลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อในช่องปากและลุกลามไปบริเวณลำคอ การอักเสบลุกลามเร็วมาก จนบริเวณใบหน้า แก้ม คาง และลำคอ บวม ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน คือ พยาบาลผู้ป่วยนอกประเมินความรุนแรง SOS score ได้ถูกต้อง คัดกรองและจัดลำดับการตรวจได้เหมาะสม ผู้ป่วยได้เข้ารับผ่าตัดระบายหนองออกทันที ไม่พบความล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด^{3,5,7}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนภาวะการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกที่เกิดขึ้น และระบบการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายให้มีการวางแผนการป้องกันในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านทันตกรรม
2. ควรมีกลยุทธ์ในการให้คำแนะนำแก่ประชาชนให้เห็นความสำคัญของการดูแลอนามัยในช่องปากอย่างถูกวิธี โดยใช้แกนนำของชุมชน เช่น อสม. เป็นผู้ให้ความรู้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่ เพื่อเป็นการดูแลเชิงป้องกัน
3. พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลควรมีการศึกษาเพิ่มเติม และพัฒนาสมรรถนะทุกปี เพื่อสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรภัทร์ เอกคตตาดิจิต. (2562). ลักษณะการติดเชื้อลำคอส่วนลึกของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34(3), 321-32.
- 2.นันทกร ดำรงรุ่งเรือง. (2564). การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร, 41(1), 13-23.
- 3.ธารมกล อนุสิทธิ์ศุภการ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29(1) (ฉบับเสริม 1), 47-64.

4. พิมวิชญา ซื่อทรงธรรม, สุพจน์ เจริญสมบัติอมร, จิระพงษ์ อังคะรา. (2561). การอักเสบติดเชื้อของลำคอชั้นลึกในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 62(5), 364-373.
5. ราไพ เกตุจิระโชติ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 191-205.
6. วัฒนา สันกิจเจริญชัย. (2559). โรคติดเชื้อในช่องพังผืดบริเวณศีรษะและลำคอ. ตำรา หู คอ จมูก. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
7. วิจิตรา กุสุมภ์ และ สุลี ทองวิเชียร. (2562). ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล : กรณีศึกษา. พี.เค.เค. พรินท์ติ้ง จำกัด.
8. อัศวิน เรืองมงคลเลิศ. (2560). การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 4(3), 5-15.
9. อนวัช วรรณะมณีกุล. (2563). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์การรักษาการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 35(3), 665-78.
10. Lee YQ, Kanagalingam J. (2011). Bacteriology of deep neck abscesses: a retrospective review of 96 consecutive cases. Singapore Med J, 52(5), 351-5.