

การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Nursing care of Alcohol withdrawal patient with pneumonia and respiratory failure

(Received: March 24, 2022 ; Accepted: April 18, 2022)

นุชนา นนทรบุตร¹

Nutchanat Natebute

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 ด้วยอาการซึม ปลุกไม่ตื่น 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติดื่มสุราเป็นประจำ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แกรับ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมาก ระดับออกซิเจนในร่างกาย 90% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (16 mg/dl) ให้การพยาบาลป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แก้ไขความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ผู้ป่วยมีอาการสับสน กระสับกระส่าย ส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ lacuna infarction แก้ไขอาการขาดสุราด้วย Diazepam 10 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ร่วมกับยาวิตามินบี 1 100 mg ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง จำนวน 3 วัน หลังการดูแล 2 วัน ถอดท่อหายใจได้เปลี่ยนให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (HFNC) เริ่มให้จิบน้ำ และรับประทานอาหารได้ตามลำดับ ฟันฟูสมรรถภาพปอด สอนการไอขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2564 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 6 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, พิษสุราเรื้อรัง, ภาวะปอดติดเชื้อ, ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract

This study aimed to study the nursing care of alcohol withdrawal patients with pneumonia and respiratory failure.

Results: A case study of a 67 year old Thai woman who was admitted to the hospital on November 9, 2021 with drowsiness and not waking up 10 minutes before coming to the hospital. The patient had history of drinking alcohol regularly, diabetes disease and high blood pressure. At first administration, the patient was very tired and showed 90% of the oxygen levels. There for patient was received intubation. The patient had hypoglycemia (16 mg/dl) and then she was received medical care to prevent tissue hypoxia, controlling blood sugar levels and fixing the imbalance of water and mineral substances. The patient is confused and restless. After that patient was send to computed tomography of the brain and the result found that the patient had lacuna infarction. The patient was treated for alcohol withdrawal syndrome by diazepam 10 mg intravenously every 4 hours plus vitamin B1 100 mg once a day for 3 days. After 2 days of nursing care, off the ventilator and changed to high flow oxygen (HFNC). Patient started sipping water and able to eat food, respectively. Patient was received pulmonary rehabilitation and effective phlegm coughing training. The patient was safe from respiratory failure. Patient was received motivation to

¹โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

stop drinking alcohol. After that patient was discharged on November 15, 2021, total of hospital administration for 6 days.

Keywords: Nursing care, alcohol withdrawal, pneumonia, respiratory failure

บทนำ

การดื่มสุร่าทำให้เกิดปัญหาสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุขและสังคมในประเทศไทย สุร่าเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากการดื่มสุร่าส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรง เช่น ทำให้เป็นโรคตับ โรคทางเดินอาหาร โรคเกี่ยวกับประสาทสมอง มะเร็งของอวัยวะต่างๆ มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช ซึมเศร้า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มสุร่าทำให้มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาทางการเงิน การทำงาน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นและต่อสังคมตามมา เช่น อุบัติเหตุการจราจร อุบัติเหตุในการทำงาน ปัญหาอาชญากรรม ซึ่งผู้ติดสุร่ายัง مترนะหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการดื่มสุร่า และไม่สามารถหยุดดื่มสุร่าได้ ด้วยเหตุนี้มักจะพบผู้ป่วยที่เสพยาติสุร่าในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อเลิกสุร่าโดยตรง แต่มักมีโรคทางกายและทางจิต ที่เกิดแทรกซ้อนจากการดื่มสุร่า หรือจากการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไม่ได้ดื่มสุร่าก็จะเกิดภาวะขาดสุร่า ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยติดสุร่า โดยทีมสหวิชาชีพบนพื้นฐานทางวิชาการ จะช่วยผู้ป่วยไม่ให้มีอาการขาดสุร่าที่รุนแรง เป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย¹

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าของประชาชน พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 53.9 ล้านคนเป็นผู้ดื่มสุร่าจำนวน 17 ล้านคน คิดเป็นอัตราการดื่มสุร่าของประชากรร้อยละ 31.5 ผู้ดื่มส่วนใหญ่มีอายุ 25-59 ปี โดยผู้ชายมีอัตราการดื่มสูงกว่าผู้หญิง 5 เท่า จำแนกเป็นผู้ที่ดื่มมานานๆ ครั้ง 9.5 ล้านคน และดื่มสม่ำเสมอ 7.5 ล้านคน แต่จำนวนผู้ติดสุร่าที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกสุร่ายังมีจำนวนไม่มาก จาก

รายงานสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดสุร่า พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2563 มีจำนวน 52 ราย, 68 ราย และ 79 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยลักษณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาด้วยโรคและอาการอื่น และเกิดปัญหาขาดสุร่าขณะรักษาพยาบาล ได้แก่ ปอดติดเชื้อ ชัก มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหกล้ม เป็นต้น

จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคติดสุร่ามีอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีความสามารถประเมินความเสี่ยงต่างๆ เพื่อรายงานแพทย์ให้การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วจึงจะสามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้ทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และเพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล ที่ให้บริการโดยยึดหลักผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการรักษา การดูแลตรงปัญหาและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุร่า จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจตั้งแต่การวินิจฉัยโรคติดสุร่าในเบื้องต้น อาการแสดงของผู้ป่วย โรคติดสุร่า และการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุร่าที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุร่าและดำรงชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี สัญชาติไทย สถานภาพโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพอาศัยอยู่กับบุตร

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564

วันที่จำหน่าย วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล: ซึม เรียกไม่รู้สึกตัว 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยดื่มสุราหนักมาก รับประทานอาหารได้น้อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยบ่นรู้สึกเหนื่อย รับประทานอาหารไม่ได้ ดื่มน้ำได้แต่น้ำเปล่า 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบผู้ป่วยนอนที่พื้น ปลุกไม่ตื่น หายใจมีเสียงครืดคราด จึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: มีโรคประจำตัวเป็นโรคแพนิค (Panic disorder) โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ประมาณ 6 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ประวัติดื่มสุราทุกวัน วันละ 2 ขวด

ประวัติการแพ้ยา: แพ้ยาล Amlodipine มีอาการผื่น ปากบวม

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป: รูปร่างผอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/90 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: รู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ (ใส่ท่อช่วยหายใจ)

ผิวหนัง: ผิวสีขาวเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ดูซีด

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำเข้มขาว ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา

2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ ปากใส่ท่อช่วยหายใจ

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

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

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักรูปร่างปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดรูป Motor power grade 5

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรก

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564

1. Complete Blood Count ผล White blood count 13,400 cells/mm³, Neutrophil 86%, Lymphocyte 12 %, Monocyte 0%, Eosinophil 1%, Basophil 1%, Hematocrit 26.9% , Platelet count 128,000 cell/mm³.

2. Electrolyte ผล Na 138 mmol /L, K 2.8 mmol /L, Cl 110 mmol /L, CO₂ 16.6 mmol /L BUN 22 mg/dL, Creatinine 1.24 mg/dL

3. Sputum C/S ผล Staphylococcus pneumoniae

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 ผล Infiltrate both lung

วันที่ 13 พฤศจิกายน 2564 ผล Decrease Infiltrate both lung

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน 1. มีไข้ 38.9 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อยหอบ ระดับออกซิเจนในร่างกาย 90% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 2. ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยมีอาการหอบ มีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง 3. การตรวจเอกซเรย์ปอด ผล Infiltrate both lung 4. ฟังได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอดสองข้าง หายใจออกได้ยินเสียง Wheezing 5. อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที	1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ และและรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย 3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน ซึ่งผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เติมนมใน cuff pressure ให้ได้ความดัน 30 เซนติเมตรน้ำ ทุก 8 ชั่วโมง ดูดเสมหะในช่องปากและเปลี่ยนสายดูดเสมหะใหม่เพื่อดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ทำความสะอาดปลายเปิดท่อช่วยหายใจและปลายข้อต่อท่อช่วยหายใจด้วยสำลีชุบ 70 % alcohol และเปลี่ยนสำลีทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนตำแหน่งที่ทำทำความสะอาด ทำความสะอาดช่องปาก ฟัน อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ด้วยน้ำยา 0.12% chlorhexidine ผีาระวังไม่ให้น้ำที่ตกค้างใน ventilator circuit ไหลเข้าทางผู้ป่วย 4. ฟังเสียงปอดเป็นระยะทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการหดตัวของปอดของหลอดลม และดูแลทำกายภาพบำบัดทางเดินหายใจ (chest physical therapy) เช่น จัดท่าเพื่อระบายเสมหะโดยดูแลให้นอนศีรษะสูง (postural drainage) การเคาะปอด (percussion) เคาะแต่ละช่วงทำติดต่อกัน 3-5 นาทีเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก 5. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อน เพิ่มพื้นที่การขยายของปอด ทำให้ได้รับ ออกซิเจนมากขึ้น และดูแลพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่า ทุก 1- 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว และง่ายต่อการขับออกมา 6. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา ได้แก่ berodual 1 NB ฟันทุก 4 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน 8. สอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพหลังถอดท่อช่วยหายใจ (deep breathing exercise) โดยการจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา มีอวบนตัก หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ให้เต็มปอด นับ 1-10 กลั้นลมหายใจ 2-3 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้าๆ โดยห่อปากเล็กน้อย ซึ่งระยะเวลาหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า ทำสลับกัน 5-10 ครั้ง และสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้า ออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกทางปาก ทำจำนวน 3 ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้กลั้นหายใจไว้นาน 3 วินาที ให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ ประมาณ 3 ครั้งเพื่อช่วยขับเสมหะ 9. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์ทราบ 10. ติดตามผล ABG ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการแลกเปลี่ยน O₂ และ CO₂ ในการทำงานของปอด ประเมินภาวะกรดต่างในร่างกายและเพื่อติดตามการรักษาในการปรับเครื่องช่วยหายใจ 11. รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หรือ หายใจลำบาก เป็นต้น เพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่	กิจกรรมการพยาบาล
	12. ดูแลให้ valium 10 mg iv pm ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาเนื่องจากผู้ป่วย หอบ หายใจมีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ และได้รับออกซิเจน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง หน้าแดง มีผื่นคัน 13. ดูแลเตรียมอุปกรณ์ ช่วยเหลือให้พร้อม ในภาวะที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99-100% ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Cyanosis เช่น ปลายมือปลายเท้า ซีด เย็น หายใจเหนื่อยหอบ ปีกจมูกบาน กระสับกระส่าย ชีพจรลดลง และสามารถถอดท่อหายใจได้หลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 วัน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง ข้อมูลสนับสนุน - ประวัติเป็นโรคเบาหวาน 2-3 วันก่อนมาโรงพยาบาลรับประทาน อาหารได้น้อย - แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน DTX 16 mg/dl หลังได้รับ 50% glucose 50 ml iv DTX 387 mg%	- สังเกตอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชีพจร หอบถี่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ สับสน ชีพจร เหงื่อออกตัวเย็น เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที - ติดตามเจาะ DTX ปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง และให้ RI ตามแผนการรักษา - ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 10% D/N/2 1000 ml iv 60 ml/hr คู่กับ 0.9%NSS 1000 ml iv 40 ml/hr - ดูแลให้ได้รับสารอาหารน้ำตามแผนการรักษาได้แก่ BD (1:1) 250 ml X 4 feeds หลังถอดท่อช่วยหายใจให้รับประทานอาหารอ่อนโรคเบาหวาน - อธิบาย สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และสูง การประเมินผล ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดี มีสับสนเป็นพักๆ ช่วง 2 วันแรก ไม่มีอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง DTX 147-201 mg/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน - รูปร่างผอม ซีด น้ำหนักน้อย 45 กิโลกรัม - ผิวหนังแห้ง - ผลการตรวจเกลือแร่ผิดปกติ K 2.8 mmol /L - ได้รับการงดอาหารและน้ำ 24 ชั่วโมง หลังใส่ท่อช่วยหายใจ - EKG ผล Sinus tachycardia rate 110 ครั้ง/นาที - ชีพจร 114 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/92 มิลลิเมตรปรอท	- ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง และลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง - สังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง Sodium ต่ำ ได้แก่ อ่อนแรง สับสน มีอาการเกร็ง ผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ Potassium ต่ำ ได้แก่ การเต้นหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที กล้ามเนื้ออ่อนแรงสับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชีพจร plus pressure กว้าง BP < 90/60 mmHg Chloride ต่ำได้แก่ อาการหลับใน ไม่รู้สึกตัว (Lethargy) กล้ามเนื้อเกร็ง กัดกราดหายใจ ความดันโลหิตต่ำ - สังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบว่ามี T wave สูงกว่าปกติ และมี QRS Complex กว้างผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ - ดูแลใส่สายยางจุมก Feed Elixer KCL 30 ml x 3 feed เพื่อแก้ไขภาวะความผิดปกติของโปตัสเซียมต่ำ - บันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออกอย่างถูกต้องทุก 8 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต - ควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตรทุกชนิด เพื่อป้องกันสารน้ำเกิน - ประเมินชีพจรส่วนปลาย อาการบวมของแขน ขา และ Dependent area ดูลักษณะ Neck vein สังเกตความตึงตัว ความยืดหยุ่นของผิวหนังอย่างน้อยวันละครั้ง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่	กิจกรรมการพยาบาล
	8. ฟังเสียงปอดทุกแตรเพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema เพื่อจะได้ให้การดูแลทันที 9. ติดตามค่าการทำงานของไต Electrolyte ตามแผนการรักษา การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของการเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย หลังการให้สารน้ำไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลการตรวจเกลือแร่ และการทำงานของไต Na 147.6 mmol /L, K 3.4 mmol /L, Cl 112.4 mmol /L, CO₂ 24.9 mmol /L, Calcium 9 mg/dl, Phosphorus 8.7 mg/dl, Magnesium 2.14 mg/dl, BUN 9 mg/dl, Creatinine 0.58 mg/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการขาดสุรา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยขาดสุรา 2 วัน 2. ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย เหงื่อออก มือสั่น 3. AWS = 9 คะแนน 4. อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/78 มิลลิเมตรปรอท	1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดสุราทุก 2 ชั่วโมงจนอาการขาดสุราทุเลาลงเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดสุรา 2. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ valium 10 mg iv prn ทุก 4 ชั่วโมง ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา เพื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยากดระบบประสาท ส่วนกลายมาก เช่น ง่วงนอนมาก หายใจช้า การทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา 3. ดูแลความสะดวกสบาย ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ได้แก่ BD (1:1) 250 ml X 4 feeds หลังถอดท่อช่วยหายใจให้รับประทานอาหารอ่อนโรคเบาหวาน 5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสุรา เพื่อลดความวิตกกังวล การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการประเมินภาวะขาดสุราอย่างต่อเนื่อง AWS = 4-5 คะแนน ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ สามารถพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับยา valium 10 mg iv prn ทุก 4 ชั่วโมง	1. การฉีดยา Diazepam 10 mg เข้าหลอดเลือดดำต้องฉีดช้าๆ หลีกเลี่ยงการทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด 2. ตรวจสอบอาการอีกเสบของหลอดเลือดดำว่ามีปวด แดง หรือมีลักษณะไหม้บริเวณฉีดยาหรือไม่ 3. ประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยา ได้แก่ อาการง่วงนอนและสังเกตการหายใจเนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจ อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้ และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยา โดยเฉพาะการหายใจและความดันโลหิตโดยวัดทุก 30 นาที หลังให้ยาฉีดจำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง จากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนกว่าอาการคงที่ 4. เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้น กระวนกระวาย หรือวิตกกังวลมาก ให้ยาแล้วอาการไม่สงบ ประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้ง จัดท่านอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น ได้แก่ แสงสว่างที่มากเกินไป เสียงดังมีคนพลุกพล่าน 5. ติดตามผลของยาถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมาก ทรงตัวไม่ดี รายงานแพทย์ทราบอาการ ระวังอุบัติเหตุต่างๆ ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องการได้รับสารอาหาร

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่	กิจกรรมการพยาบาล
	และน้ำอย่างพอเพียง 6. รายงานแพทย์กรณี 1) ให้อาา pm ซ้ำ 3 dose ติดต่อกันแล้วอาการของผู้ป่วยไม่สงบ 2) ได้ Valium ถึง 80 mg ภายใน 8 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ได้แก่ ปลุกไม่ตื่น หรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลง เช่น Weakness, Sign of increase intracranial pressure (เช่นอาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia) การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Valium ได้รับทั้งหมด 50 mg การหายใจปกติ 20-22 ครั้ง/นาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการสับสน กระสับกระส่าย ได้รับการผูกมัดข้อมือ 2 ข้าง ป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ	1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกีดขวาง แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น 2. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพิจารณาผูกยึดผู้ป่วย โดยใช้ผ้าผูกยึดที่ข้อมือหรือน้ำ เพื่อป้องกันการกระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 3. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง 4. จัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 5. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค 6. ตรวจเย็บแผลการ สังเกตสีผิวหนังป้องกันการกระคายเคืองหรือบาดแผล ทุก 4 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน หรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 8. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 9. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะทุเลา การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่มีแผลบริเวณที่ผูกมัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ ข้อมูลสนับสนุน 1. ญาติบอกว่าเป็นครั้งแรกที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และมีอุปกรณ์ติดตัวหลายอย่าง 2. ญาติ เฝ้า คอย ซักถาม อาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะ 3. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด	1. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ สั้นๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ คือ ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอดรุนแรง ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน 3. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบายโดยการสุ่มถามจากผู้ป่วย และญาติ 4. ให้กำลังใจโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรักของพี่น้อง หลาน ตลอดจนญาติคนอื่นๆ ที่มีให้กับผู้ป่วย 5. ลดความวิตกกังวลต่างๆ ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมและส่งเสริมการดูแลตนเอง การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา 2. แนะนำการเลิกสุราที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยเลิกสุราให้สำเร็จต้องตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่	กิจกรรมการพยาบาล
หยุดตีตื้นสุรา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยตีตื้นสุราตีตื้นเหล่าปาววันละ 2 ขวด ตีตื้นมา 2 ปี 2. ตีตื้นสุราหนักมากขึ้น 1 เดือนที่ผ่านมา เพราะนอนไม่ค่อยหลับ	เมื่อผู้ป่วยมีประวัติการตีตื้นสุรายาวนานจนเกิดภาวะตีตื้นสุรา เมื่อหยุดตีตื้นได้แล้วและหวนกลับไปตีตื้นสุราอีก จะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการตีตื้นแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการตีตื้นได้จะทำให้ตีตื้นสุราซ้ำได้ง่าย 3. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้สุราเป็นทางออก อาจช่วยเพียงให้เกิดความเมา แล้วลืม ให้หลังดีขึ้น แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปหรือไม่ 4. แนะนำเทคนิค วิธีแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สุราเป็นทางออก 5. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การตีตื้นสุรา เช่น งานสังสรรค์ต่างๆ 6. แนะนำควรหากิจกรรมทำไมให้มีเวลาว่าง เพราะการมีเวลาว่างมากจะทำให้นึกถึงสุราและมีโอกาสกลับไปตีตื้นอีก 7. เมื่อถึงมืออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อช่วยป้องกันการเกิดอาการอยากตีตื้นสุรา 8. แนะนำผู้ป่วยให้คิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการตีตื้นสุรา และเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดในชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย 9. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดตีตื้นสุราและเทคนิคที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการตีตื้นสุราได้สำเร็จ การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดตีตื้นสุรา

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อเกิดจากสาเหตุการสูดสำลัก⁴ และมีเหตุส่งเสริมจากการตีตื้นสุรา ระยะแรกเริ่ม เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตทั้งจากภาวะหายใจล้มเหลว และการถอนพิษสุรา กระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ คือ มีการประเมินการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้อย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่เข้าปอด โดยการปรับตั้งเครื่อง ให้สัมพันธ์กับพยาธิสภาพผู้ป่วย ติดตามค่า ABG เป็นระยะๆ รวมทั้งประเมินผลประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดภาวะ Barotrauma, Atelectasis, Rupture alveolar นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีโอกาสดูแลเสียและเกลือแร่ได้ง่าย การให้สารน้ำตามแผนการรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็น แต่ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะน้ำเกินได้

พยาบาลจึงต้องเฝ้าดูแลใกล้ชิด และ ติดตามตลอดจนผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้¹⁻³

พยาบาลต้องประเมินความรุนแรงของการตีตื้นสุรา ซึ่งต้องพิจารณาชนิด ปริมาณ และระยะในการตีตื้นสุรา โดยเฉพาะเวลาที่ตีตื้นครั้งสุดท้าย ซึ่งกรณีศึกษาใช้แบบประเมิน AWS เพื่อรายงานแพทย์ให้การรักษาด้วยยา และมีการประเมินการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ละเอียดและครอบคลุมเพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ Electrolyte imbalance อุบัติเหตุจากภาวะงุนงง สับสน ฤทธิ์จากยา Valium เมื่อพ้นระยะถอนพิษสุรา เป้าหมายที่สำคัญคือการให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตีตื้น หรือหยุดตีตื้นสุราได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยรายนี้ ใช้การบำบัดทางยาควบคู่ไปกับการฝึกเผชิญปัญหา ทำจิตบำบัด ทำให้ผู้ตีตื้นสุรา

ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ พยาบาล
จะต้องมีการประเมินความคิด ความเชื่อ และทัศนคติ
ของผู้สูบบุหรี่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้าง

แรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่สามารถควบคุมพฤติกรรมการ
สูบบุหรี่หรือหยุดสูบบุหรี่ได้นานที่สุด⁵⁻⁶

เอกสารอ้างอิง

- 1.จินตวิทย์พร แป้นแก้ว. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา; 9(3): 10-19.
- 2.พัชรินทร์ อติสรณกุล. (2563). การศึกษารายกรณีผู้ป่วยโรคติดเชื้อหอบหืดเรื้อรัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสาร
วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ; 13(1): 268-278.
- 3.วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- 4.สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2559). ปอดอักเสบ (Pneumonia). กรุงเทพฯ: สำนักกระบวนวิชา
กรมควบคุมโรคติดต่อ.
- 5.อังกร ภัทรการ, ธนุรช ทิพย์วงศ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พัชรี รัตนแสง และวิมล ลักษณะนิพนธ์. (2558). แนว
ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสาร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 6.Huijskens EG, van Erkel AJ, Palmen FM, Buiting AG, Kluytmans JA, Rossen JW. (2013). Viral and
bacterial aetiology of community-acquired pneumonia in adults. Influenza Other Respir
viruses; 7: 567-73.