

การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา Nursing care for patients with complications of hepatitis C viral cirrhosis: A case study.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

สุวรรณา ไชยนันท์¹
Suwanna Chainan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย กรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2568 โดยศึกษาจากประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลจากผู้ป่วย เวชระเบียน ให้การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 major aspects of care นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย มาใช้เป็นมาตรฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แพทย์วินิจฉัยเป็น HCV cirrhosis กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซี ร่วมกับภาวะซีด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีร่วมกับภาวะท้องมาน ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: โรคตับแข็ง, ไวรัสตับอักเสบซี, ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

The objective of this study was to conduct a comparative analysis of nursing care provided to two patients with liver cirrhosis secondary to hepatitis C virus infection in the decompensated stage with complications. This study employed a comparative case study design to examine nursing care for two patients with liver cirrhosis secondary to hepatitis C virus infection in the decompensated stage with complications. The patients were admitted to Kalasin Hospital in 2025. Data were collected from patients' medical histories, patient interviews, and medical records. Nursing care was provided in accordance with the professional roles and responsibilities of registered nurses, based on the seven major aspects of clinical nursing care. Nursing diagnoses were formulated, and health problems were addressed using the five-step nursing process, from admission through discharge. The findings were applied as a standard framework for nursing care delivery to patients with liver cirrhosis and related complications.

Results: Both patients were diagnosed with hepatitis C virus-related liver cirrhosis. In Case Study 1, the patient had liver cirrhosis secondary to hepatitis C virus infection complicated by anemia, whereas in Case Study 2, the patient had liver cirrhosis secondary to hepatitis C virus infection complicated by ascites. Medical treatment and nursing care were provided using the **five-step nursing process**. The patients' clinical conditions progressively improved, and no complications were observed during the course of care.

Keywords: Cirrhosis, Hepatitis C, Complications

บทนำ

โรคตับแข็ง (Cirrhosis) เป็นภาวะเรื้อรังที่เกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่อตับอย่างต่อเนื่องจนทำให้โครงสร้างและการทำงานของตับผิดปกติ ซึ่งสามารถ

นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ท้องมาน เลือดออก ภาวะสมองจากตับ และมะเร็งตับ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการเจ็บป่วย เสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ¹ การติดเชื้อไวรัส

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตับอักเสบซี (Hepatitis C Virus: HCV) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของโรคตับแข็งทั่วโลก โดยประมาณร้อยละ 70 จะพัฒนาเป็นการติดเชื้อเรื้อรังและมีความเสี่ยงเกิดตับแข็งในระยะยาว² และร้อยละ 30 จะพัฒนาไปสู่โรคตับแข็งภายใน 20-30 ปีหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งภาวะตับแข็งที่เกิดขึ้นส่งผลให้โรคตับและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ท้องมานและภาวะชืด เกิดขึ้นบ่อยและกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก¹ โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปีที่ผ่านมา มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังหลายล้านรายทั่วโลก และส่วนสำคัญของผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคตับนั้นเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ³

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิให้บริการผู้ที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566-2568 จำนวน 149,155,172 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ⁴

การดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องอาศัยการประเมินอาการอย่างรอบด้าน การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการประสานงานในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของการพยาบาลที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบตั้งแต่การรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ดังนั้นพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงต้องมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์สูงในการ ประเมินผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน⁵ โดยให้การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) อาศัยข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นำกระบวนการพยาบาล และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพเป็นแนวทางในการดูแล รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ใช้กระบวนการพยาบาล

5 ขั้นตอนเป็นแนวทางในการดูแล ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จากเวชระเบียนความรู้ทางวิชาการ กรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำราวารสารงานวิจัย และอินเทอร์เน็ต

2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีระยะมีภาวะแทรกซ้อน จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกระบบทางเดินอาหารและตับ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีร่วมกับมีภาวะชืด 1 ราย และผู้ป่วยโรคตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบซีร่วมกับมีภาวะท้องมาน 1 รายโดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

3. ปรีกษาแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ที่ดูแลรักษา

4. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนให้การพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ 1) การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ด้าน 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

5. ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกทางเดินอาหารและตับ จำนวน 2 ครั้ง

และติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยและห้องตรวจผู้ป่วยนอก รวม 3 ครั้ง ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามและประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 61 ปี เป็นโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HCV cirrhosis) ระยะ decompensated มีประวัติภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ น้ำในช่องท้องและ hepatic encephalopathy มาก่อน ครั้งนี้มาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นมา 1 วัน ตรวจพบภาวะซีดรุนแรงจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีค่า hemoglobin ต่ำสุด 6.3 g/dL และ hematocrit 18.5% โดยไม่พบประวัติหรืออาการแสดงของเลือดออกทางระบบทางเดินอาหาร ขณะเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาการแน่นท้องหรือปวดท้อง สัญญาณชีพค่อนข้างคงที่ ตรวจร่างกายพบผิวหนังและตาขาวมีสีเหลือง ร่วมกับเยื่อตาซีด มีภาวะท้องมานระดับปานกลาง แต่ไม่ตึงมาก ระบบอื่น ๆ ไม่พบความผิดปกติเด่นชัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โขี้เคียมในเลือดต่ำ และโพแทสเซียมสูงในระยะแรก ระหว่างนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการให้เลือด packed red cells รวม 2 युנית อาการอ่อนเพลียลดลง ค่า hematocrit เพิ่มขึ้น และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม หลังการรักษาผู้ป่วยมี

อาการคงที่ สามารถกลับบ้านได้และมาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจทางเดินอาหารและตับอย่างสม่ำเสมอ อาการโดยรวมดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในการติดตามครั้งถัดไป

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี เป็นโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HCV cirrhosis) ระยะ decompensated ร่วมกับภาวะท้องมาน มีโรคร่วมคือเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและความดันโลหิตสูง มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดแน่นท้อง ท้องบวม และอ่อนเพลีย เป็นมา 1 วัน ตรวจร่างกายพบหน้าท้องกลมมูม ตรวจพบ shifting dullness สอดคล้องกับภาวะน้ำในช่องท้อง ขณะเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพค่อนข้างสูง โดยเฉพาะความดันโลหิต ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะซีด เกล็ดเลือดต่ำ ระดับอัลบูมินต่ำ และการทำงานของไตบกพร่อง (BUN และ creatinine สูง) ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อทำ abdominal paracentesis พร้อมให้ albumin และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับการรักษา อาการแน่นท้องและท้องมานลดลง ผู้ป่วยมีอาการสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ สามารถกลับบ้านได้และติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่ห้องตรวจทางเดินอาหารและตับ ในการติดตามครั้งต่อมาพบว่าท้องมานยุบ อาการอ่อนเพลียลดลง รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แสดงถึงการตอบสนองต่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีสาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคอาการและ/อาการ แสดงเหมือนกันหรือบางครั้งอาจมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ต้องใช้การตรวจวินิจฉัยแยกโรคและมีความแม่นยำ เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะซีดรวม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะท้องมาน ซึ่งทั้ง 2 ราย มีรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลเปรียบเทียบและการวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|----------------------------|---|---|
| เพศ / อายุ | หญิง อายุ 61 ปี | ชาย อายุ 69 ปี |
| BMI | 21.33 kg/m ² (ปกติ) | 18.36 kg/m ² (ต่ำกว่าเกณฑ์) |
| การวินิจฉัย | HCV cirrhosis with anemia | HCV cirrhosis with ascites |
| ระยะของโรคตับแข็ง | Decompensated cirrhosis | Decompensated cirrhosis |
| โรคร่วม | เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ความดันโลหิตสูง | เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ความดันโลหิตสูง |
| อาการสำคัญ | อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย | ปวดแน่นท้อง ท้องบวม อ่อนเพลีย |
| ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | Hemoglobin 6.3 g/dL Hematocrit 18.5 % Albumin 2.4 g/dL | Hemoglobin 7.8 g/dL Hematocrit 23.2 % Albumin 2.9 g/dL |
| การรักษาหลัก | ให้ PRC transfusion | Abdominal paracentesis + Albumin |
| ระยะเวลานอน รพ. | 2 วัน | 3 วัน |
| ผลลัพธ์หลังรักษา | อาการอ่อนเพลียลดลง Hct เพิ่มขึ้น | แน่นท้องลด ท้องยุบ อาการดีขึ้น |
| การติดตาม OPD | อาการดีขึ้น น้ำหนักเพิ่ม | อาการดีขึ้น น้ำหนักเพิ่มเล็กน้อย |

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้จากการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น โดยประเมินทางด้านร่างกายจิตวิญญาณและสังคม พบว่าปัญหาที่จะต้องดูแลจึงได้วางแผนการพยาบาลนั้นทั้ง 2 ราย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|--|
| การพยาบาลระยะก่อนแพทย์ตรวจ | |
| 1. มีภาวะคั่งของสารน้ำในร่างกาย เนื่องจากการทำงานของตับบกพร่องและความดันโลหิตสูง พบในกรณีศึกษาที่ 1,2 | <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินภาวะคั่งของสารน้ำอย่างสม่ำเสมอ ประเมินอาการบวมบริเวณเท้า ขา หน้าแข้ง และก้นกบ ประเมินภาวะท้องมาน เช่น ขนาดหน้าท้อง ความตึง แน่น และอาการไม่สบาย วิตเส้นรอบวงหน้าท้อง ณ ตำแหน่งเดิม เวลาเดียวกันทุกวัน ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันในเวลาเดียวกัน โดยใช้เครื่องชั่งเดิม ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจร 2. การติดตามสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก (Intake-Output) อย่างเคร่งครัด ประเมินปริมาณและลักษณะของปัสสาวะ ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Sodium, Potassium, BUN, Creatinine และ Albumin เฝ้าระวังอาการผิดปกติจากอิเล็กโทรไลต์ เช่น ซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง 3. การจัดการสารน้ำและโภชนาการ ให้คำแนะนำในการจำกัดปริมาณโซเดียมตามแผนการรักษา ควบคุมปริมาณน้ำที่ได้รับต่อวันหากมีข้อบ่งชี้ จัดอาหารที่มีโปรตีนเหมาะสมและพลังงานเพียงพอประสานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารเฉพาะราย 4. การดูแลและเฝ้าระวังการใช้ยา ให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาและสังเกตผลข้างเคียง เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำจากการขับน้ำมากเกินไป สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ อ่อนแรง รายงานแพทย์เมื่อพบการตอบสนองต่อยาที่ผิดปกติ 5. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการ เตรียมผู้ป่วยก่อนการทำ abdominal paracentesis ตามแนวทางปลอดภัย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังหัตถการ เช่น ความดันโลหิตต่ำ เลือดออก ติดเชื้อ ประเมินอาการไม่สบายและสัญญาณชีพหลังหัตถการอย่างใกล้ชิด ดูแลบริเวณแผลให้สะอาดและแห้ง 6. การดูแลผิวหนังและการป้องกันแผลกดทับ ดูแลผิวหนังบริเวณที่บวมให้สะอาดและแห้ง เปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง หากจำเป็นใช้อุปกรณ์รองรับแรงกดเพื่อลดการเกิดแผลกดทับ สังเกตการแตกหรือลอกของผิวหนังจากภาวะบวมตึง |

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|--|---|
| | <p>7. การจัดทำและส่งเสริมความสุขสบาย จัดทำศีรษะสูงหรือ Semi-Fowler's เพื่อลดอาการแน่นอึดอัดส่งเสริมการยกขาสูงเพื่อลดอาการบวมที่ขา ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p>8. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะคั่งของสารน้ำ แนะนำการจำกัดเกลือและน้ำในชีวิตประจำวัน สอนการสังเกตอาการเตือน เช่น ท้องโตเร็ว น้ำหนักเพิ่มเร็ว หายใจลำบาก ส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด</p> <p>9. การดูแลต่อเนื่องและการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ประสานแพทย์เมื่อพบอาการคั่งของสารน้ำรุนแรงขึ้น ร่วมวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย</p> |
| การพยาบาลระยะขณะแพทย์ตรวจ | |
| 2. มีความไม่สุขสบายจากภาวะท้องมาน เนื่องจากการคั่งของน้ำในช่องท้อง พบในกรณีศึกษาที่ 2 | <p>1. ประเมินระดับความไม่สุขสบายและอาการปวดท้องอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2. จัดทำผู้ป่วยในท่าที่ช่วยลดแรงกดในช่องท้อง เช่น ท่าศีรษะสูง</p> <p>3. แนะนำการจำกัดโซเดียมและปริมาณน้ำตามแผนการรักษา</p> <p>4. ส่งเสริมการพักผ่อน และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง</p> <p>5. ให้การพยาบาลร่วมกับการรักษา การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการระบายน้ำในช่องท้องตามแผนแพทย์</p> <p>6. ให้การดูแลด้านจิตใจ โดยรับฟังและให้กำลังใจผู้ป่วย</p> |
| 3. มีความเสี่ยงต่อการหายใจลำบาก เนื่องจากการกดเบียดของกระบังลมจากภาวะท้องมาน พบในกรณีศึกษาที่ 2 | <p>1. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ และ O₂ saturation อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2. จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่า Semi-Fowler's หรือ Fowler's position เพื่อช่วยลดการกดเบียดของกระบังลม</p> <p>3. วัดและบันทึกเส้นรอบวงหน้าท้องและน้ำหนักตัวทุกวัน</p> <p>4. สังเกตอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก เช่น เหนื่อยหอบ เเขียว ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ</p> <p>5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา (ถ้ามี)</p> <p>6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจำกัดโซเดียมและน้ำการหลีกเลี่ยงการนอนราบ</p> <p>7. เตรียมและดูแลผู้ป่วยกรณีแพทย์พิจารณา การเจาะระบายน้ำในช่องท้อง (Paracentesis)</p> <p>8. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ</p> |
| การพยาบาลระยะหลังแพทย์ตรวจ/ส่งต่อ | |
| 4. มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหารบกพร่อง พบในกรณีศึกษาที่ 2 | <p>1. ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น น้ำหนักตัว BMI พฤติกรรมการรับประทานอาหาร</p> <p>2. บันทึกปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ</p> <p>3. แนะนำให้รับประทานอาหาร มื้อย่อยแต่บ่อยครั้ง เพื่อเพิ่มปริมาณพลังงาน</p> <p>4. จัดอาหารที่ย่อยง่าย พลังงานสูง โปรตีนเหมาะสมตามแผนการรักษา</p> <p>5. หลีกเลี่ยงอาหารมันจัด เค็มจัด และอาหารที่ทำให้แน่นท้อง</p> <p>6. ดูแลสิ่งแวดล้อมขณะรับประทานอาหารให้สงบ ลดสิ่งรบกวน</p> <p>7. ประสานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารเฉพาะราย</p> <p>8. สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือแน่นท้อง และรายงานแพทย์</p> <p>9. ส่งเสริมกำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของโภชนาการ</p> |
| 5. มีความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากภาวะชืดและอ่อนเพลียจากโรคเรื้อรัง พบในกรณีศึกษาที่ 1 | <p>1. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยประเมินระดับความเหนื่อย อ่อนเพลียก่อน ระหว่าง และหลังทำกิจกรรม สังเกตอาการแสดงของการทนต่อกิจกรรมลดลง เช่น เหนื่อยหอบ ใจสั่น เวียนศีรษะประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังทำกิจกรรม รวมถึงระดับออกซิเจนในเลือด</p> <p>2. ประเมินสาเหตุที่ส่งผลต่อความทนต่อกิจกรรม ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น hemoglobin, hematocrit ประเมินภาวะโภชนาการและภาวะขาดพลังงาน ประเมินอาการแทรกซ้อนจากโรคตับ เช่น น้ำในช่องท้องหรือภาวะสมองจากตับ</p> <p>3. วางแผนการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยจัดลำดับกิจกรรมจากเบาไปหนัก ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมสั้น ๆ สลับกับการพักผ่อนหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากในช่วงที่ผู้ป่วยอ่อนเพลีย</p> |

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | <p>4. ส่งเสริมการพักผ่อนอย่างเพียงพอจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดการใช้พลังงานโดยไม่จำเป็นช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันในช่วงที่ผู้ป่วยอ่อนแรงสนับสนุนให้พักระหว่างวันเมื่อมีอาการเหนื่อย</p> <p>5. ช่วยเหลือและสนับสนุนการทำกิจกรรมประจำวันให้ความช่วยเหลือในการอาบน้ำ แต่งตัว หรือเดินในช่วงแรกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหากจำเป็น เพื่อป้องกันการหกล้มส่งเสริมความปลอดภัยระหว่างทำกิจกรรม</p> <p>6. ดูแลและเฝ้าระวังการรักษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้เลือดหรือยาที่เกี่ยวข้องติดตามการตอบสนองต่อการรักษา เช่น อาการอ่อนเพลียลดลงรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ</p> <p>7. ส่งเสริมโภชนาการเพื่อเพิ่มพลังงานสนับสนุนให้รับประทานอาหารพลังงานสูง ย่อยง่าย แนะนำให้รับประทานอาหารมื้อเล็กแต่บ่อยครั้ง</p> <p>8. ประสานงานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารเฉพาะราย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีดกับอาการเหนื่อยง่าย แนะนำการจัดการพลังงาน เช่น การหยุดพักเมื่อเหนื่อยสอนการสังเกตอาการเตือน เช่น เหนื่อยมากผิดปกติ หน้ามืด ใจสั่น</p> <p>9. ส่งเสริมกำลังใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ดีขึ้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับกิจกรรมที่เหมาะสม ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> |
| การเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม | |
| 6. มีความเสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เนื่องจากมีโรคเบาหวานร่วมกับการทำงานของตับบกพร่อง พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2 | <p>1. ประเมินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2. เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืด สับสน หรืออ่อนเพลีย</p> <p>3. ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและโรคตับ โดยหลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด ไขมันสูง และแบ่งอาหารเป็นมื้อย่อย</p> <p>4. ให้คำแนะนำและดูแลการใช้ยากระดับน้ำตาลในเลือดหรืออินซูลินตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง</p> <p>5. ประเมินความร่วมมือและความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ</p> |
| 7. มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตไม่คงที่ เนื่องจากมีโรคความดันโลหิตสูงและการเปลี่ยนแปลงของปริมาณสารน้ำในร่างกาย พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2 | <p>1. วัดและบันทึกความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต</p> <p>2. ประเมินอาการแสดงของความดันโลหิตผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะ ใจสั่น หรืออ่อนเพลีย</p> <p>3. ติดตามภาวะคั่งของสารน้ำ โดยชั่งน้ำหนัก วัดเส้นรอบเอว และบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก</p> <p>4. แนะนำการจำกัดโซเดียมและปริมาณน้ำตามแผนการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ</p> <p>5. จัดท่าทางและแนะนำการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงฉับพลัน</p> <p>6. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาลดความดันโลหิต</p> <p>7. รายงานแพทย์เมื่อพบความดันโลหิตผิดปกติ หรือมีอาการแทรกซ้อน</p> |
| 8. มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลงจากโรคตับแข็งและโรคเบาหวาน พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2 | <p>1. การประเมินและเฝ้าระวังการติดเชื้อประเมินอุณหภูมิร่างกาย สัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวอย่างสม่ำเสมอสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ ทนทาน สิ้น ซึม อ่อนเพลียมากขึ้นประเมินตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผิวหนัง ช่องปาก ทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และช่องท้องเฝ้าระวังอาการของการติดเชื้อในช่องท้อง</p> |

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|--|
| | <p>(Spontaneous bacterial peritonitis) เช่น ปวดท้อง ท้องตึง ใช้ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เม็ดเลือดขาว CRP การเพาะเชื้อ หากมีข้อบ่งชี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. การป้องกันการติดเชื้อโดยยึดหลักปลอดเชื้อปฏิบัติตามหลัก aseptic technique ทุกครั้ง ในการทำหัตถการล้างมือน้อย่างถูกวิธี ก่อนและหลังการพยาบาลผู้ป่วยดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้สะอาดและปลอดเชื้อลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3. การดูแลผิวหนังและเยื่อปอดตรวจสอบผิวหนังทุกวัน โดยเฉพาะบริเวณที่มีบวม น้ำเหลือง หรือรอยถลอกดูแลให้ผิวหนังสะอาดและแห้ง ป้องกันการเกิดแผลกดทับดูแลสุขอนามัยช่องปากเพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรคให้คำแนะนำในการดูแลเล็บ ฝ่ามือ และบาดแผลเล็กน้อย 4. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำผิดปกติ ให้ยาควบคุมระดับน้ำตาลหรืออินซูลินตามแผนการรักษาให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาอย่างถูกต้อง 5. การดูแลด้านโภชนาการเพื่อเสริมภูมิคุ้มกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานเพียงพอประสานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารที่เหมาะสมกับโรคตับและเบาหวานเฝ้าระวังภาวะทุโภชนาการซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 6. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาปฏิชีวนะหรือยาอื่น ๆ ประเมินสัญญาณของการติดเชื้อหลังการทำหัตถการ เช่น paracentesis รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ 7. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แนะนำการล้างมือและการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลสอนการสังเกตอาการเตือนของการติดเชื้อ เช่น ไข้ ทนทานสัน ปวดท้องแนะนำให้มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ 8. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและกำลังใจร่วมในการดูแลให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง |
| <p>9. มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เนื่องจากการเผาผลาญยาที่ต่ำลงและมีโรคร่วมหลายระบบ พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบชนิด ขนาด และความถี่ของยาที่ได้รับ 2. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา 3. แนะนำผู้ป่วยไม่ใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง 4. ประสานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติจากยา |
| นัดติดตาม 1 สัปดาห์ ณ งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจระบบทางเดินอาหารและตับ | |
| <p>10. มีความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม เนื่องจากข้อจำกัดด้านอาหารและอาการเบื่ออาหารจากโรคตับแข็งพบในกรณีศึกษาที่ 2</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และน้ำหนักตัวอย่างต่อเนื่อง 2. แนะนำให้รับประทานอาหารมื้อย่อยบ่อยครั้ง เลือกอาหารย่อยง่าย เหมาะสมกับโรคตับ 3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจำกัดโซเดียมโดยยังคงคุณค่าทางโภชนาการ 4. ส่งเสริมบรรยากาศที่ช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร 5. ประสานนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารที่เหมาะสม 6. ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน |
| นัดติดตาม 2 สัปดาห์ ณ งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจระบบทางเดินอาหารและตับ | |
| <p>11. มีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้าน เนื่องจากความซับซ้อนของโรค การรักษา และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ พบในกรณีศึกษาที่ 1, 2</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจ และความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตับแข็ง แนวทางการรักษา และการดำเนินโรค 3. แนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอ 4. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การจำกัดโซเดียม การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 5. สอนการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ท้องโตเร็ว สับสน เลือดออก หรือมีไข้ 6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล 7. นัดติดตามและให้ช่องทางติดต่อเมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหา |

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีระยะ decompensated ซึ่งเป็นระยะที่มีการสูญเสียความสามารถของตับในการชดเชยการทำงาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ อย่างไรก็ตาม ลักษณะอาการเด่น ปัญหาทางคลินิก และแนวทางการดูแลรักษาของผู้ป่วยทั้งสองรายมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของการดำเนินโรคและความสำคัญของการประเมินและการพยาบาลแบบองค์รวมเฉพาะราย

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 61 ปี ที่มีภาวะซีดรุนแรงเป็นปัญหาหลัก โดยมีค่า hemoglobin และ hematocrit ต่ำมากโดยไม่พบสาเหตุจากเลือดออกทางระบบทางเดินอาหาร ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยตับแข็ง ภาวะซีดในผู้ป่วยรายนี้อาจเกิดจากหลายกลไก ได้แก่ hypersplenism จาก portal hypertension การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากการทำงานของตับที่บกพร่อง หรือภาวะขาดสารอาหารร่วมด้วย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีประวัติภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็งมาก่อน เช่น น้ำในช่องท้องและ hepatic encephalopathy แต่ในครั้งนี้อาการทางระบบประสาทและทางช่องท้องไม่เด่นชัด แสดงถึงภาวะคงตัวของโรคตับในช่วงเวลานั้น การพยาบาลจึงมุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซีด การดูแลระหว่างให้เลือด และการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาอย่างใกล้ชิด ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการให้ packed red cells ได้ดี อาการอ่อนเพลียลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินภาวะซีดอย่างทันที่ และการพยาบาลที่รอบคอบในผู้ป่วยตับแข็ง

ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 69 ปี ที่มีภาวะท้องมานและการทำงานของไตบกพร่องเป็นปัญหาหลัก ร่วมกับโรคร่วมสำคัญ ได้แก่ เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและความดันโลหิตสูง ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลรักษา ภาวะท้องมานใน

ผู้ป่วยรายนี้สัมพันธ์กับการลดลงของระดับอัลบูมินและ portal hypertension ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย ขณะเดียวกันการทำงานของไตที่บกพร่องและระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก บ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น hepatorenal syndrome หรือการติดเชื้อ การพยาบาลจึงต้องเน้นการประเมินสภาพของเหลว การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการทำ abdominal paracentesis การให้ albumin และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด หลังการรักษาพบว่าอาการท้องมานและอาการอ่อนเพลียลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้ป่วยทั้งสองรายแม้จะเป็นโรคตับแข็งระยะ decompensated จากสาเหตุเดียวกัน แต่มีปัญหาทางคลินิกและการพยาบาลที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน กรณีที่ 1 เน้นการจัดการภาวะซีดและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ขณะที่กรณีที่ 2 เน้นการควบคุมภาวะน้ำเกิน การทำงานของไต และโรคร่วม การวิเคราะห์ทั้งสองกรณีสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการพยาบาลในการประเมิน วางแผน ดูแล และติดตามผู้ป่วยโรคตับแข็งอย่างครอบคลุม เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว⁵

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะ decompensated ทั้งสองราย พบว่าผู้ป่วยมีความซับซ้อนของโรคและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ดังนั้นการดูแลควรมุ่งเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยตับแข็ง ได้แก่ ภาวะซีด เลือดออกง่าย น้ำในช่องท้อง ภาวะสมอง

จากตับ และการทำงานของไตบกพร่อง รวมถึงติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลและประสานการรักษาได้อย่างทันท่วงที

2. การดูแลด้านโภชนาการอย่างเหมาะสมและเฉพาะราย ควรให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะโภชนาการและวางแผนอาหารร่วมกับนักโภชนาการ โดยเน้นอาหารพลังงานสูง โปรตีนเหมาะสม ลดโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมาน และปรับแผนโภชนาการให้สอดคล้องกับโรคร่วม เช่น เบาหวาน เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการและเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

3. การดูแลด้านการจัดการของเหลวและยาอย่างปลอดภัย พยาบาลควรเฝ้าระวังสมดุลน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ การตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ ยาควบคุมระดับน้ำตาล และการให้เลือดหรืออัลบูมิน รวมถึงสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายหรือภาวะน้ำเกิน

4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตับแข็ง การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น อ่อนเพลียมากผิดปกติ สับสน เลือดออก ท้องโตเร็ว หรือบวมมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

5. การดูแลด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะเรื้อรังอาจมีความวิตกกังวลหรือความเครียดจากโรค พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถาม ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ และส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อจำเป็น เพื่อเสริมสร้างกำลังใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. การพยาบาลต่อเนื่องและการติดตามหลังจำหน่าย ควรมีระบบการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่คลินิกเฉพาะทางโรคตับ รวมถึงการประเมินซ้ำด้านโภชนาการ การทำงานของตับและไต และการควบคุมโรคร่วม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวและส่งเสริมผลลัพธ์การรักษาที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Gastroenterology Organization. (2023). Global guidelines: Hepatitis C. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/hepatitis-c>
2. World Health Organization. (2025). Hepatitis C: Fact sheet. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
3. Sharma, S., Sharma, R., & Khanna, A. (2021). Risk factors and outcomes of hepatitis C infection: A review. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 245. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_123_21
<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.01.029>
4. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2568). ข้อมูลการผู้ป่วยมะเร็งตับ: กลุ่มงานผู้ป่วยนอก. เอกสารภายใน.
5. Fabrellas, N., Künzler-Heule, P., Olofson, A., Jack, K., & Carol, M. (2023). Nursing care for patients with cirrhosis. *Journal of Hepatology*, 79(1), 218–225.