การพยาบาลผู้ป่วยโรคเส้นประสาทอักเสบเฉียบพลันในชุมชน : กรณีศึกษา

เสาวลักษณ์ อัศณีทิพย์กุล*

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร หรือ Guillain-Barré syndrome (GBS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายระบบประสาทส่วนปลายของร่างกายตนเองอย่างเฉียบพลัน มักเกิดภายหลังการติดเชื้อ การผ่าตัด หรือฉีดวัคซีน ปัญหาที่สำคัญที่พบส่วนใหญ่จะเกิดภาวะหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนอย่างมีคุณภาพให้ได้มากที่สุด

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี มาด้วยอาการแขนขาไม่มีแรง เดินเซ เห็นภาพซ้อน ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนได้รับการตรวจ MRI หลังกลับจาก MRI ผู้ป่วยซึมลง เรียกไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ได้รับการรักษาด้วยการการทำ Blood exchange ปัญหาที่สำคัญในระยะวิกฤติ คือ เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ระหว่างรักษาได้รับการดูแลจนปัญหาต่างๆ หมดไป สามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ระหว่างติดตามเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยมีปัญหาด้านการขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหว การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลเจาะคอ การเฝ้าระวังการสำลัก และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ภายหลังการใช้กระบวนการพยาบาล และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลของโอเร็มเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ นำมาซึ่งวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลในทุกระยะของการดูแล ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งระหว่างเข้าติดตามเยี่ยมบ้านพบวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งสิ้น 9 ข้อและทุกข้อได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพยาบาลในชุมชน, เส้นประสาทอักเสบเฉียบพลัน, การติดตามเยี่ยมบ้าน

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

บทนำ

กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร หรือ Guillain-Barré syndrome (GBS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายระบบประสาทส่วนปลายของร่างกายตนเองอย่างเฉียบพลัน มักเกิดภายหลังการติดเชื้อ การผ่าตัด หรือฉีดวัคซีน เป็นต้น[1] แต่สาเหตุของกลไกการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด[2] พบอุบัติการณ์การเกิดโรคร้อยละ 1-1.8 ใน 100,000 คน และเพิ่มขึ้น 20% ทุกๆ 10 ปี[3] สามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย โดยพบบ่อยในกลุ่มคนอายุช่วง 15-35 ปี และ 50-75 ปี และพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 1.5 เท่า[4] อาการและอาการแสดงเป็นผลจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานผิดปกติ และเกิดการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันเพื่อต่อต้านแอนติเจนจากภายนอก ทำให้เกิดการทำลายของปลอกหุ้มเส้นประสาท ส่งผลให้อวัยวะที่ถูกเลี้ยงโดยเส้นประสาทเหล่านั้นสูญเสียหน้าที่การทำงานไป และไม่สามารถส่งกระแสประสาทได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออย่างเฉียบพลัน อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ การรับความรู้สึกที่แปลกไป ชาลักษณะซ่าๆ ปวดแสบปวดร้อน สูญเสียการรับความรู้สึกและอุณหภูมิ ชาหนาบริเวณปลายมือและปลายเท้าเหมือนสวมถุงมือหรือถุงเท้าตลอดเวลา กล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน เริ่มจากส่วนขาลามไปถึงบริเวณกล้ามเนื้อลำตัวและส่วนแขน เดินเซ ไม่สามารถเดินหรือขึ้น-ลงบันไดได้ ปวดกล้ามเนื้อมัดที่อ่อนแรง ปวดตามร่างกาย ปวดมากเวลามีการเคลื่อนไหว และอาการจะเป็นมากเวลากลางคืน กลืนลำบาก เคี้ยวอาหารไม่ได้ หายใจไม่สะดวก หรือไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง มีปัญหาด้านการมองเห็น มองเห็นภาพซ้อน หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวลูกตาไปในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ บางรายอาจมีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้มีชีพจรเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระได้ เป็นต้น[1,3]

การวินิจฉัยโรคสามารถพิจารณาจากอาการทางคลินิก การตรวจน้ำไขสันหลัง โดยลักษณะของน้ำไขสันหลังมักจะมีโปรตีนสูงและเซลล์ต่ำ การตรวจเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า (Electromyography: EMG) เพื่อช่วยประกอบการวินิจฉัยว่าอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นมีพยาธิสภาพจากระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อหรือไม่ การตรวจการชักนำประสาทเพื่อทดสอบการตอบสนองของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ การตรวจทางพยาธิวิทยา[2,4]

ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคตั้งแต่น้อยมาก หรือจนมีอาการรุนแรงที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว มีความพิการและเสียชีวิตได้ โดยการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง คือ การให้อิมมูโนโกลบูลินชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (Intravenous immunoglobulin: IVIG) หรือการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา[1,4] ร่วมกับการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ ลดอาการปวด การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารโดยการใส่สายอาหาร รวมถึงการทำกายภาพบำบัด และต้องรักษาภายใน 2 สัปดาห์หลังจากเริ่มมีอาการ จึงจะมีประสิทธิภาพที่ดี[5,6] ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นภายใน 2-4 สัปดาห์ แต่อาจต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูร่างกายนานถึง 6 เดือน หรือบางรายอาจใช้เวลามากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ[3,4]

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี ขนาด 680 เตียง มีผู้ป่วยโรคเส้นประสาทอักเสบเฉียบพลันที่เข้ารักษาแผนกผู้ป่วยใน 4 ปีย้อนหลัง ระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 - 2566 พบจำนวน 13, 10, 6 และ 14 ราย ตามลำดับ และการเสียชีวิตด้วยโรคนี้จำนวน 1, 0, 0 และ 0 ราย

ตามลำดับ[7] แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเส้นประสาทอักเสบเฉียบพลันมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ไม่พบว่าอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ภายหลังการรักษามักหลงเหลือความผิดปกติในด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ด้านสติปัญญา การพูดและการสื่อสาร หากไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นแผลกดทับ ภาวะซึมเศร้าในอนาคต ดังนั้นการจัดการที่ดีทางด้านการพยาบาล การประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติพี่น้องในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้[8]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเส้นประสาทอักเสบเฉียบพลันในชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเส้นประสาทอักเสบเฉียบพลัน (Guillain-Barre’s syndrome: GBS) ที่มีภาวการณ์หายใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

2. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) ในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2566 เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง

3. รวบรวมข้อมูล และประเมินภาวะสุขภาพในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[9] รวมถึงการใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลของโอเร็มในการส่งเสริมการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน

4. นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และสรุปอภิปรายผล

กรณีศึกษา: ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

อาการสำคัญ อ่อนแรง แขนขาไม่มีแรง เดินเซ เห็นภาพซ้อน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอ่อนแรง แขนขาไม่มีแรง เดินเซ เห็นภาพซ้อน ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับการตรวจ MRI ภายหลังตรวจผู้ป่วยซึมลงเรียกไม่รู้สึกตัว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7 ลึก 21 เซนติเมตร และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ปฏิเสธการแพ้ยา ยาที่รับประทานเป็นประจำ ได้แก่ Atenolol 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Folic acid รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า B1-6-12 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น และ Losec 20 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า

สรุปอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชน ด้วยอาการเรียกไม่รู้สึกตัว แขนขาไม่มีแรง เดินเซ เห็นภาพซ้อน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Guillain Barre's Syndrome ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7 ตำแหน่งลึกที่ 21 เซนติเมตร ต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและความดัน Mode CMV ทำ Blood exchange ตรวจเสมหะเพาะเชื้อพบ Moraxella cutarrhalis ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบ Infiltration ตรวจปัสสาวะพบ WBC 20-30 cell/HPF ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ (Tracheostomy tube) เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจนานเกิน 14 วัน ร่วมกับการฝึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจด้วยการให้ออกซิเจน T-Piece Flow 10 ลิตร/นาที ขณะฝึกการหายใจได้รับการประเมินและติดตามอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งหายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แพทย์พิจารณาเปลี่ยนท่อช่วยหายใจเป็นชนิด Silver tube ขนาดเบอร์ 7 ดูแลให้ออกซิเจน T Piece flow 10 ลิตร/นาที ผู้ป่วยหายใจดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ดูแลให้อาหารทางสายยางเป็นชนิด BD (2:1) 350 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง สามารถรับอาหารปั่นได้ดี ไม่มีสำลักหรืออาเจียน ได้รับการกายภาพบำบัดทุกวัน รู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ (E4VTM6) ตรวจกำลังของแขนขา (Motor power) กำลังแขนข้างซ้ายยกต้านแรงได้ไม่เต็มที่ (ระดับ 4) แขนขวาขยับได้ในแนวราบ (ระดับ 3) ขาทั้งสองข้างกระดิกนิ้วได้ (ระดับ 2) แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ โดยเตรียม Home care และส่ง Home Health Care (HHC) เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 46 วัน

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก: Guillain Barre's syndrome

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย: Guillain Barre's syndrome with respiratory failure

ยาที่รับประทานต่อเนื่อง ได้แก่

- Ferrous Fumarate รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น
- Losec (20) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า
- Fluimucil รับประทานครั้งละ 1 ซอง หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น
- Senokot รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ก่อนนอนเมื่อมีอาการท้องผูก
- B1-6-12 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น
- Manidipine (10) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า
- Seroquel (20) รับประทานครั้งละ 1/2 เม็ด ก่อนนอน
- Fimasartan (20) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน

สรุปการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (หลังจำหน่าย 7 วัน) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ (E4VTM6) ตรวจกำลังของแขนขา (Motor power) กำลังแขนข้างซ้ายยกได้แต่ต้านแรงได้ไม่เต็มที่ (ระดับ 4) แขนขวาขยับยกได้แต่ต้านแรงไม่ได้ (ระดับ 3) ขาทั้งสองข้างขยับได้ในแนวราบ (ระดับ 2) รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร และมีปฏิกิริยาต่อแสง หายใจได้เองผ่านทางการเจาะคอที่ใส่ Silver tube ขนาดเบอร์ 7 ดูแลให้ออกซิเจน Collar Mask flow 10 ลิตร/นาที ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไอขับเสมหะได้เล็กน้อย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/84-142/82 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 35.8-36.6 องศาเซลเซียส ประเมิน Barthel index ได้ 2 คะแนน ดูแลให้อาหารทางสายยางเป็นชนิด BD (2:1) 350 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง รับอาหารปั่นได้ดี ไม่มีสำลักหรืออาเจียน ใส่สายสวนปัสสาวะพบปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน สาธิตและแนะนำญาติพร้อมผู้ดูแลทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยทุกวัน

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (หลังจำหน่าย 1 เดือน) ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ (E4VTM6) กำลังแขนข้างซ้ายยกได้แต่ต้านแรงได้ไม่เต็มที่ (ระดับ

4) แขนขวาขยับยกได้แต่ต้านแรงไม่ได้ (ระดับ 3) ขาทั้งสองข้างขยับได้ในแนวราบ (ระดับ 2) รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร และมีปฏิกิริยาต่อแสง หายใจได้เองผ่านทางการเจาะคอที่ใส่ Silver tube ขนาดเบอร์ 7 ดูแลให้ออกซิเจน Collar Mask flow 10 ลิตร/นาที สลับกับหายใจเอง ผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไอขับเสมหะได้ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 336.0-36.5 องศาเซลเซียส ประเมิน Barthel index ได้ 2 คะแนน ดูแลเรื่องอาหารทางสายยางซึ่งยังคงให้เป็นชนิด BD (2:1) 350 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง รับอาหารปั่นได้ดี ไม่มีสำลักหรืออาเจียน ท้องไม่อืด ใส่สายสวนปัสสาวะพบปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน สาธิตและแนะนำญาติพร้อมผู้ดูแลทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยทุกวัน

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (หลังจำหน่าย 2 เดือน) ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับนักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ (E4VTM6) ตรวจกำลังของแขนขา (Motor power) กำลังแขนข้างซ้ายยกต้านแรงได้ (ระดับ 5) แขนขวายกได้ดีขึ้นแต่ยังต้านแรงได้ไม่เต็มที่ (ระดับ 4+) ขาทั้งสองข้างขยับยกตั้งได้แต่ต้านแรงได้ไม่เต็มที่ (ระดับ 4) เมื่อช่วยพยุงให้ลุกนั่งข้างเตียงสามารถนั่งได้เองนานขึ้น หายใจได้เองผ่านทางการเจาะคอที่ใส่ Silver tube ขนาดเบอร์ 7 โดยไม่ต้องให้ออกซิเจน ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไอขับเสมหะได้ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.0-37.0 องศาเซลเซียส ประเมิน Barthel index ได้ 3 คะแนน ท้องอืด แน่นท้อง แนะนำให้เปลี่ยนเป็นอาหารปั่นเจือจางลง BD (1:1) 350 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง ใส่สายสวนปัสสาวะพบปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน สาธิตและแนะนำญาติพร้อมผู้ดูแลทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยทุกวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาล และข้อมูลต่างๆ สามารถสรุปการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการไอขับเสมหะลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไอขับเสมหะออกเองได้เล็กน้อย
2. เสมหะมีลักษณะสีขาวขุ่น
3. ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ หายใจได้เองผ่านทางการเจาะคอที่ใส่ Silver tube ขนาดเบอร์ 7 (E4VTM6)

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจไม่เหนื่อยหอบ
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว > 95% Capillary refill time < 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล[10]

1. จัดให้อยู่ในท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยให้อวัยวะในช่องท้อง และกระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ในการขยายตัวของปอด ส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิด Collar Mask flow 10 LPM เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ พร้อมติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว

4. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น ปลายมือปลายเท้าริมฝีปากเขียวคล้ำ

5. ดูแลและแนะนำเคาะปอด ดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะมาก เพื่อช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง และได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

6. สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยมีการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ

7. ดูแลและแนะนำการให้น้ำทางสายให้อาหารระหว่างมื้อๆ ละ 100 – 200 มิลลิลิตร เพื่อให้เสมหะอ่อนตัว

8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อช่วยขับสารคัดหลั่งในท่อทางเดินหายใจ

9. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ ท่อหลอดลมคอหลุด ท่อชั้นในหาย หรือใส่เข้าไม่ได้ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย แม้ว่าจะดูดเสมหะ หรือถอดล้างท่อชั้นในแล้วก็ตาม

การประเมินผล

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไอขับเสมหะได้เล็กน้อย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/84-142/82 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 35.8-36.6 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลเจาะคอจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน มีแผลเจาะคอ ใส่ Silver tube รอบแผลมีคราบเสมหะ

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลเจาะคอไม่มีอาการบวม แดง ร้อน

2. บริเวณรอบแผลเจาะคอสะอาด ไม่มีคราบเสมหะติดแน่น

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล[11]

1. ประเมินลักษณะแผลเจาะคอและเสมหะ

2. ดูแลและแนะนำทำความสะอาดมือก่อนและหลังการทำหัตถการทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3. สอนและสาธิตการทำความสะอาดแผลเจาะคอโดยใช้นำเกลือ และยึดหลักปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

4. สอนและสาธิตการทำความสะอาด Silver tube เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5. ดูแลและแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ รอบแผลเจาะคอแดง เสมหะสีเหลืองข้น

การประเมินผล:

ไม่เกิดการติดเชื้อของแผลเจาะคอ ไม่มีคอบวมแดง ไม่มีไข้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการสำลักอาหารเนื่องจากแบบการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้รับการเจาะคอ และการใส่สายให้อาหารทางจมูก เพื่อการรักษา

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการสำลักอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล รับประทานอาหารได้ไม่มีการสำลัก หรืออาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล[12]

1. ประเมินความพร้อมก่อนให้อาหารทางสายยาง เช่น อาการแน่นท้อง ท้องอืด ปริมาณเสมหะ

2. ดูแลและแนะนำตรวจสอบตำแหน่งที่ถูกต้องของสายยางก่อนเริ่มให้อาหาร/น้ำ

3. ดูแลและแนะนำทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำเกลือ

4. ดูแลและแนะนำดูดเสมหะในปากก่อนให้อาหาร

5. ดูแลและแนะนำจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศาก่อนและหลังให้อาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก

6. ดูแลและแนะนำตรวจสอบอาหารตกค้าง หากเหลือเกิน ¼ ของอาหารให้เลื่อนเวลา

7. ดูแลและแนะนำประเมินอาการแน่นท้อง ท้องอืด อาเจียน หลังจากได้รับอาหารทางสายยางทุก 4 ชั่วโมง

การประเมินผล ไม่เกิดการสำลัก ให้อาหารทางสายยางรับได้ไม่เหลืออาหารตกค้าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตรวจกำลังของแขนขา (Motor power) กำลังแขนข้างซ้ายยกต้านแรงได้ไม่เต็มที่ (ระดับ 4) แขนขวาขยับได้ในแนวราบ (ระดับ 3) ขาทั้งสองข้างกระดิกนิ้วได้ (ระดับ 2)

2. Barthel index 2 คะแนน

วัตถุประสงค์ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการได้รับการตอบสนองด้านกิจวัตรประจำวัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. Barthel index มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน

2. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนได้ตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล[13,14]

1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (the Barthel activity of daily living index: ADL)

2. แนะนำผู้ป่วยและญาติดูแลในด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหวการลุกนั่งและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

3. สอน สาธิตและแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยตัวเองแก่ผู้ป่วย (active exercise) และการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยการกางแขนขาหุบเข้า-ออกเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขนขา ร่วมกับทีมกายภาพบำบัดโดยให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนและประเมินความพร้อมก่อนทุกครั้ง ถ้าพบอาการมีไข้ปวดศีรษะแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น คลื่นไส้อาเจียน ซึมลง เจ็บแน่นอก ให้งดการฟื้นฟูไว้ก่อน และช่วยเหลือในการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตเรื่องกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นให้เร็วที่สุด ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการช่วยส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการเช็ดตัวบนเตียง ล้างหน้า แปรงฟัน การลุกนั่ง

5. แนะนำญาติให้จัดวางของใช้ที่ใช้บ่อย หรือจำเป็น และสามารถหยิบยกเองได้ไว้ใกล้ๆ มือเพื่อให้ฝึกช่วยตัวเองในกิจกรรมง่ายๆ

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรมการฟื้นฟู พร้อมให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกัน

การประเมินผล

ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เท่ากับ 3 คะแนน ต้องฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้น และติดตามประเมินต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากมีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. กำลังของแขนขา (Motor power) กำลังแขนข้างซ้ายยกต้านแรงได้ไม่เต็มที่ (ระดับ 4) แขนขวาขยับได้ในแนวราบ (ระดับ 3) ขาทั้งสองข้างกระดิกนิ้วได้ (ระดับ 2)

2. นอนหงายตลอด เริ่มมีรอยแดงๆ ที่บริเวณก้น และส้นเท้าทั้ง 2 ข้าง

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. กำลังของแขนขาไม่อ่อนแรงมากกว่าเดิม หรือมีกำลังแขนขาคงเดิม

2. บริเวณร่างกาย และบริเวณปุ่มประดูกต่างๆ ไม่มีรอยแดงเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล[13,14]

1. ประเมินแผลกดทับด้วยแบบประเมิน Barden Score อย่างต่อเนื่อง

2. ดูแลทำความสะอาดผิวหนังเมื่อสกปรก ใช้โลชั่นทาผิวหนังให้ชุ่มชื้นในผู้ป่วยที่มีผิวแห้ง

3. ดูแลจัดท่านอนที่เหมาะสม ไม่กดทับการไหลเวียนของเลือด หลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เกิดแรงกดทับต่อปุ่มกระดูก ใช้หมอนหรืออุปกรณ์ป้องกันต่างๆ รองเพื่อป้องกันการกดทับปุ่มกระดูกต่างๆ

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงเปลี่ยนท่าบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง พร้อมจัดทำตารางการพลิกตะแคงตัวที่สามารถสื่อสารภายในทีมการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

5. สอน สาธิตและแนะนำการออกกำลังกายแบบ Passive ranges of motion exercise อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที

6. ดูแลและแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนการออกกำลังกายทุกครั้ง

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามแบบแผนของนักกายภาพบำบัด

8. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ พร้อมให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง

การประเมินผล

ไม่พบการเกิดแผลกดทับ ไม่พบรอยแดงตามผิวหนังและปุ่มกระดูกเพิ่มมากขึ้น ไม่เกิดข้อยึดติด และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการออกกำลังกายได้ค่อนข้างดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 อาจเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะเพื่อการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

วัตถุประสงค์ เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล[15]

1. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิด อย่าให้มีรูรั่วที่ทำให้อากาศหรือเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเข้าไปภายในระบบทางเดินปัสสาวะ

2. ดูแลติดพลาสเตอร์ยึดสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ peno-scrotal fistula และการดึงรั้งกระเพาะปัสสาวะ

3. ดูแลการระบายปัสสาวะสายสวนปัสสาวะโดยไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับ งอ กดทับ หรือดึงรั้งเพื่อให้ปัสสาวะไหลได้สะดวก

4. แขวนถุงรองรับปัสสาวะให้ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ 11. 5 นิ้วฟุต ไม่ควรลากหรือวางบนพื้น

5. ดูแลทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง

6. เทปัสสาวะทิ้ง เมื่อมีน้ำในถุงรองปัสสาวะ ประมาณ 3 ใน 4 ของถุง และมีการระบายน้ำปัสสาวะในถุงเก็บทุก 8 ชั่วโมง โดยเช็ดบริเวณท่อปิด-เปิดด้วย 70% alcohol หรือ Betadine solution ก่อนและหลังเทปัสสาวะ

7. ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

8. สังเกตสี กลิ่น และลักษณะสิ่งผิดปกติของปัสสาวะ เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล

ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะไม่มีตะกอน ไม่ขุ่น สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.0-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ญาติมีสีหน้ากังวล สอบถามเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการดูแลที่บ้าน

วัตถุประสงค์ บรรเทาความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล สีหน้าสดชื่นขึ้น สอบถามเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการดูแลที่บ้านนานๆ ครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล[16]

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับญาติ
2. อธิบายเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวขณะพักฟื้นที่บ้าน
3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ก่อให้เกิดโรค การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น
4. อธิบายถึงอาการ และอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด
5. อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในชุมชนตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย
6. อธิบายให้ญาติเข้าใจ และดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา และฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้
7. ให้ให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ พร้อมสาธิต ร่วมกับให้ญาติสาธิตย้อนกับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
8. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
9. ให้กำลังใจ และเสริมสร้างพลังให้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยด้วยการชมเชย

การประเมินผล

ญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เข้าใจการดูแลมากขึ้นมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

จากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (หลังจำหน่าย 7 วัน) พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการไอขับเสมหะลดลงหมดไป สำหรับข้ออื่นๆ ได้รับการดูแลและแนะนำจนดีขึ้น แต่ยังคงต้องติดตามดูอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มเพียง 1 ข้อ คือ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. สีหน้าวิตกกังวล หน้านิ่ง
2. กำลังของแขนขา (Motor power) กำลังแขนข้างซ้ายยกต้านแรงได้ไม่เต็มที่ (ระดับ 4) แขนขวาขยับได้ในแนวราบ (ระดับ 3) ขาทั้งสองข้างกระดิกนิ้วได้ (ระดับ 2)
3. ได้รับการเจาะคอเพื่อการรักษา

วัตถุประสงค์ ลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล สามารถปรับตัวต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเครียด ความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน ST-5
2. ประเมินการตอบสนองของครอบครัวต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงร่วมกับครอบครัว
4. ให้ข้อมูลของเป้าหมายและแผนการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ
5. แสดงออกถึงการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และคลายความกังวล
6. กระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง
7. พยายามให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เช่น รับฟังขณะผู้ป่วยมีการสื่อสาร ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารกับผู้อื่นๆ และช่วยให้ข้อมูลต่างๆแก่ผู้ป่วย
8. ช่วยผู้ป่วยและญาติให้มีความเข้าใจถึงวิถีการดำเนินชีวิตในอนาคตและมีความคาดหวังที่ถูกต้อง
9. กระตุ้นให้ญาติและเพื่อนร่วมงานมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ
10. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการในชุมชน หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อวางแผนการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
11. หากพบมีปัญหาทางด้านจิตใจมากและไม่ให้ความร่วมมือในวางแผนการปรับตัวควรปรึกษาแพทย์ เพื่อส่งปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป

การประเมินผล

สีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านเป็นอย่างดี นอนหลับได้ตามปกติ ประเมิน ST-5 ได้ 5 คะแนน ญาติเข้าใจและดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

จากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (หลังจำหน่าย 1 เดือน) พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงหมดไป แต่ข้ออื่นๆ ได้รับการดูแลและแนะนำจนดีขึ้น แต่ยังคงต้องติดตามดูอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มเพียง 1 ข้อ คือ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ท้องอืดเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

ข้อมูลสนับสนุน ท้องอืด ลำไส้คลื่อนไหว 6 ครั้ง/นาที นอนเป็นส่วนใหญ่

วัตถุประสงค์ บรรเทาอาการท้องอืด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ท้องอืดลดลง
2. ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ 8-12 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางหน้าท้อง ได้แก่ ท้องอืดโปร่งตึง กดเจ็บ การเคลื่อนไวของลำไส้
2. จัดท่านอนศีรษะสูง (fowler position) เพื่อให้หน้าท้องหย่อน ช่วยเพิ่มการเคลื่อนของลำไส้ ลดอาการท้องอืด

3. ดูแลและแนะนำการเปลี่ยนอิริยาบทบ่อยๆ หรือพลิดตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

4. ดูแลและแนะนำการนวดบริเวณหน้าท้องเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

5. ดูแลและแนะนำให้ได้รับอาหารปั่นตามคำแนะนำของนักโภชนาการ โดยเปลี่ยนเป็นอาหารปั่นเจือจางลง BD (1:1) 350 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง

การประเมินผล

มีอาการท้องอืดเป็นๆ หายๆ ลำไส้เคลื่อนไหวประมาณ 6-8 ครั้ง/นาที

สรุปและอภิปรายผล

หญิงไทยวัยสูงอายุเข้ารับการรักษาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง เดินเซ เห็นภาพซ้อน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลเอกชนด้วยการทำ MRI หลังจากนั้นมีการซึงลง เรียกไม่รู้สึกตัว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจละส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้รับการวินิจฉัย Guillain-Barre’s syndrome with respiratory failure รักษาโดยการทำ Blood exchange การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, รักษาด้วยยา จนอาการทุเลาได้รับการเจาะคอ และถอดอุปกรณ์การแพทย์ทั้งหมด ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 46 วัน ประเมินสภาพร่างกายก่อนกลับบ้านพบรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ (E4VTM6) ตรวจกำลังของแขนขา (Motor power) กำลังแขนข้างซ้ายยกต้านแรงได้ไม่เต็มที่ (ระดับ 4) แขนขวาขยับได้ในแนวราบ (ระดับ 3) ขาทั้งสองข้างกระดิกนิ้วได้ (ระดับ 2) รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร และมีปฏิกิริยาต่อแสง หายใจได้เองผ่านทางการเจาะคอที่ใส่ Silver tube ขนาดเบอร์ 7 ดูแลให้ออกซิเจน Collar Mask flow 10 LPM ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง พบวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งสิ้น 9 ข้อ และทุกข้อยังคงได้รับการติตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

ความยุ่งยากในการดำเนินการ

กรณีศึกษารายนี้ได้รับการวินิจฉัย Guillain-Barre’s syndrome with respiratory failure ซึ่งไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่ชัดเจน แต่พบว่าผู้ป่วยเป็นวัยสูงอายุ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงที่รักษาอย่างต่อเนื่องมาตลอด ทำให้วินิจฉัยโรคได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย หากได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้าอาจส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกายล้มเหลวได้ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและเสียชีวิตได้ในที่สุด นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบรอยโรคที่หลงเหลืออยู่คือความบกพร่องในด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยแพทย์และพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค รวมถึงพยาบาลผู้เยี่ยมติดตามผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าผู้ป่วยอย่างมากทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยอาจขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และวิตกกังวลทั้งอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ รวมทั้งอาจเกิดความรู้คุณค่าในตนเองลดลงได้เช่นกัน พยาบาลต้องเสริมพลังกับผู้ป่วยและญาติ ในการรับฟังปัญหา สะท้อนความรู้สึก ให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลเข้าใจแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ภาวะ Guillain-Barre's syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายระบบประสาทส่วนปลายของร่างกายตนเองอย่างเฉียบพลัน มักเกิดภายหลังการติดเชื้อ การผ่าตัด หรือฉีดวัคซีน เป็นต้น สาเหตุของกลไกการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด โดยอาการของโรคมีตั้งแต่น้อยมาก หรือจนมีอาการรุนแรงที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว มีความพิการและเสียชีวิตได้ การดูแลรักษาที่สำคัญคือช่วงระยะวิกฤติของการดำเนินการของโรคเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะคุกครามของชีวิต และระยะฟื้นฟูร่างกายภายหลังรักษาอาการดีขึ้นซึ่งต้องใช้ระยะเวลานาน หากขาดการใส่ใจในการดูแลหรือขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมิน วินิจฉัยและให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับสภาพอาการของผู้ป่วย พร้อมทั้งวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตลอดการติดตามเยี่ยมบ้าน

2. ควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน ตลอดจนการมาตรวจตามนัด

เอกสารอ้างอิง

1. Arayawichanont A, Jongviriyavong P. Natural history & outcome of treatment in Guillain barre syndrome: A 1 year retrospective study at sunpasitthiprasong hospital. *J Neurol*. 2019;35(3):1-11.
2. Nguyen TP, Taylor RS. Guillain-Barre Syndrome. Statpearls [Internet]. Treasure Island (FL): Statpearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 30335287.
3. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FA, Bateman K, Ferreira MLB, Cornblath DE, et al. Diagnosis and management of Guillain–Barré syndrome in ten steps. *Nat Rev Neurol*. 2019; 15: 671-83.
4. Dimachkie MM and Barohn RJ. Guillain-Barré Syndrome and Variants. *Neural Clin*. 2013; 31(2): 491-510.
5. Willison H, Jacobs B and van Doorn P. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2016;388(10045):717-27.
6. Cortesel, Chaudhry V, So Y, Cantor F, Cornblath D and Rae-Grant A. Evidence-based guideline update: Plasmapheresis in neurologic disorders: Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2011; 76(3);294-300.
7. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี. รายงานสถิติงานเวชระเบียนประจำปี 2566;2566.
8. Prada V, Massa F, Salerno A, Fregosi D, Beronio A, Serrati C, et al. Importance of intensive and prolonged rehabilitative treatment on the Guillain-Barrè syndrome long-term outcome: a retrospective study. *Neurol Sci*. 2020; 41(2): 321-327.

9. นงณภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2560.
10. วิจิตรา กุสุมภ์, อรุณี เฮงยศมาก. การจัดการทางเดินหายใจและเครื่องช่วยหายใจ. ในวิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์; 2560.
11. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทองจำกัด; 2558.
12. สายพิน สายศิริ. การพัฒนาแนวทางการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลราชบุรีโดยวิธีการวัดปริมาตรตกค้างในกระเพาะอาหาร. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2566;10(2):464-82.
13. กาญจนา เจริญธัญรักษ์, อภิรดี สิงห์แจ่ม, จิตติมา แสงสุวรรณ. การพยาบาล GBS. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(1):32-43.
14. กนกพร นทีธนสมบัติ, นภาพร แก้วนิมิตชัย, บุษกร แก้วเขียว. ความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการปฏิบัติงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพความรู้ของโรคกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร และความรู้ด้านการพยาบาลในการดูแล. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2559.
15. พัชดาภา ประจักกะตา. รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะโรงพยาบาลโกสุมพิสัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559;25(1):104-110.
16. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์; 2559.