การพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ ที่มีภาวะการมองเห็นลดลง : กรณีศึกษา

ชวนพิศ สถิตพันธุ์*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ เป็นโรคที่เกิดการอักเสบที่ผนังหลอดเลือดแดงที่บริเวณคอและศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงที่ขมับ เป็นโรคที่รุนแรงถึงทำให้ตาบอดได้ นับว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงอายุ 82 ปี มาด้วยปวดศีรษะ การมองเห็นลดลง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ (Giant Cell Arteritis) โดยการตรวจชิ้นเนื้อหลอดเลือดแดงขมับ (Temporal Artery Biopsy) พบ Giant cell arteritis Positive ได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิ เพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือด ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภูมิต้านทานต่ำติดเชื้อง่าย ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะบวมน้ำ ความดันโลหิตสูงได้ ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่ากายเนื่องจากภูมิต้านทานในร่างกายต่ำ มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากมีการสร้างกลูโคสที่ตับเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมองขาดเลือด และมีภาวะพร่องกิจวัตรประจำวัน การทรงตัวไม่ดี เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวตาบอด ต้องเป็นภาระของลูกหลานและครอบครัว ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 9 วัน ได้รับบการพยาบาลแบบองค์รวม ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แนะนำการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงโรค สภาวะจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว มีการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อายุรแพทย์โรคข้อ อายุรแพทย์ระบบประสาท จักษุแพทย์ และศัลยแพทย์หลอดเลือด ในการดูแลรักษาทุกระยะส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตจนสามารจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

โรคหลอดเลือดหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ เป็นโรคที่เกิดการอักเสบที่ผนังหลอดเลือดแดงที่บริเวณคอและศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงที่ขมับ เป็นโรคที่รุนแรงถึงทำให้ตาบอดได้ นับว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ดังนั้นการซักประวัติและตรวจร่างกายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยได้ถูกต้องรวดเร็ว และรักษาได้ด้วยยากดภูมิคุ้มกันเช่น Corticosteroids การวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว สามารถลดความเสี่ยงของความพิการและการเจ็บป่วยร้ายแรงได้ [1] ซึ่งการตัดชิ้นเนื้อหลอดเลือดแดงขมับถือเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ[2] ซึ่งมีความเสี่ยง หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา Corticosteroids ในปริมาณที่สูงในระยะเวลานานๆ

ภาวะหลอดเลือดหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ (giant cell arteritis) หรือหลอดเลือดแดงขมับอักเสบ พบบ่อยที่สุดที่มีผลต่อผู้ใหญ่ในประเทศตะวันตกโดยมีอุบัติการณ์ 20 ต่อ 100,000 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และพบมากในช่วงอายุ 65-75 ปี พบได้บ่อยในเพศหญิงที่มีอัตราส่วน ชายต่อหญิงประมาณ 1 : 2[3] และจากข้อมูลสถิติของเวชรเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตั้งแต่ปี 2560 - 2566 ปีละ 1 คน[4] ผู้ป่วยโรคเบาหวานพบต่ำกว่า 0.74[5] อันเกิดจากปฏิกิริยาภูมิต้านตัวเองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ลักษณะทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นการอักเสบของหลอดเลือดแดง ขนาดกลางและขนาดใหญ่ในชั้นของ internal และ external elastic lamina โดยพบลักษณะ granulomatous การอักเสบดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะขาดเลือดตามมา อาการแสดงคือ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดบริเวณกราม ปวดเมื่อยตามตัว เส้นประสาทส่วนปลายตาขาดเลือดที่มีการสูญเสียการมองเห็น หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบระบบประสาทและจักษุวิทยามากมาย หรือตาบอดถาวร มีรายงานการศึกษาว่าพบได้ประมาณร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา[6] ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทมากในการซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องชัดเจน ส่งตรวจ ESR เพื่อหาค่าการอักเสบของหลอดเลือดในการวินิจฉัยเบื้องต้นร่วมกับขอชิ้นเนื้อส่งตรวจด่วนเพื่อให้วินิจฉัยได้ถูกต้องและรักษาได้รวดเร็ว โดยใช้ยา Corticosteroids หรือยากดภูมิ ในปริมาณที่สูงในในระยาแรก เพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือดทันทีโดยไม่ต้องรอผลชิ้นเนื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางตา เนื่องจากหากให้การรักษาล่าช้า อาจทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวรได้เมื่ออาการดีขึ้นหลังจากใช้ยา ประมาณ 2 สัปดาห์แล้วจะค่อยๆปรับลดขนาดยาลงจนเหลือขนาดต่ำสุด ให้ต่อเนื่องอย่างย่อย 1-2 ปี เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค[7] ด้วยเหตุนี้การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวจึงจำเป็นต้อง ได้รับความรู้ ความเข้าใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัยจากการใช้ยากดภูมิ

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม[8] อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองและระบบการพยาบาลโดยนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประเมินความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อการมองเห็นลดลง และนำมาวางแผนการพยาบาลตั้งวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เลือกระบบการพยาบาลหรือกิจกรรมการช่วยเหลือสนับสนุนให้ความรู้การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยดำรงความมีสุขภาพดี และมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ ที่มีภาวะการมองเห็นลดลง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันทำร้ายตนเอง โรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบที่มีภาวะการมองเห็นลดลง ในช่วง มิถุนายน - ตุลาคม 2566

2. คัดเลือกกรณีศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบที่มีภาวการณ์มองเห็นลดลง จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 1 ราย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาความต้องการทางการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีโอเรม

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล ประเมินผล และสรุปอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทย อายุ 82 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ ใช้สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลชุมชน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : นำส่งจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการปวดศีรษะ ตามัวมองไม่ชัด 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลปวดบริเวณกรามสองข้าง แก้มทั้งสองข้างบวม ไปโรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกระดูกกรามอักเสบ ให้ยามารับประทาน อาการปวดกรามทุเลาลง ต่อมารู้สึกปวดศีรษะตลอดเวลา ต้องรับประทานยาแก้ปวดทุกวัน 1 สัปดาห์ไปตรวจตามนัด เอกซเรย์กรามสองข้างซ้ำ แจ้งว่ายังมีการอักเสบให้รับประทานยาแก้ปวดต่อ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลตาขวามัวลง แพทย์ส่งมา CT Brain Non contrast พบ Small hypodensity lesion at both basal ganglions suspected lacunar infarctions 1วันต่อมาตาซ้ายเริ่มมัวลง มองเห็นไม่ชัด มองไม่เห็นแสง โรงพยาบาลชุมชนจึงขอส่งตัวมารักษาโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็นโรคเบาหวานมา 20 ปี โรคความดันโลหิตสูง 15 ปี โรคไขมันในเส้นเลือด 8 ปี โรคไตเรื้อรังระดับ 4 มา 2 ปี ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน

การประเมินแรกรับ : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดูอ่อนเพลีย ปวดศีรษะบริเวณขมับขวามากกว่าขมับซ้าย บริเวณขมับขวานูนแดงกดเจ็บ[9] เจ็บหนังศีรษะมากเวลาหวีผม ตามองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง เปลือกตาซีด ม่านตาขนาด 10 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง ม่านตาขวาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟ ม่านตาซ้ายมีปฏิกิริยาต่อแสงไฟอย่างช้าๆ หายใจไม่เหนื่อยหอบเสียงปอด ทั้ง 2 ข้างปกติ ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 92 % สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 218/144 มิลลิเมตรปรอท แขนขาทั้ง 2 ข้างมีแรงดี grade 5

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แรกรับพบว่า CBC : Hct 24.5 % Hb. 8.3g/dl WBC 10,570 cell/uL Platelet count 539,000 cell/uL Neutrophil 59 % Lymphocyte 26 %, BUN 54 mg %, Creatinine 2.41 mg% EGFR 18.16 ml/min/1.73 ,Electrolyte Sodium 129 mEq/L Potassium 4.9 mEq/L Cholride 90 mEq/L CO2 30 mEq/L วันที่ 2 ติดตามผลการตรวจ FBS 80 mg/dl, HbA1c 6.1% Erythrocyte Sedimentation Rate (E.S.R) 107 mm/hr., C-

Reactive Protein (CRP) 37.30 mg/L Anti-HCV Negative, HBsAg Negative ,Anti-HIV Negative วันที่ 3 ติดตามผลการตรวจ Hct 27.6 % Hb. 8.7 g/dl WBC 14,140 cell/uL Platelet count 526,000 cell/uL Neutrophil 93 % Lymphocyte 6 % วันที่ 4 ติดตามผลการตรวจ BUN 47.0 mg/dL, Creatinine 1.65 mg/dL ,EGFR 28.51, E.S.R 64 mm/hr., CRP 3.61 mg/L

ผลการตรวจพิเศษ

ผลตรวจ Chest x-ray : Normal

ผลการตรวจ CT brain non contrast media : Old Lacuna infarction

ผการตรวจ MRI-MRA brain and MRI orbit : Multiple old lacunar infarctions and mild degree of nonspecific WM changes (FS=1) -MRA brain: Normal MRA brain.

ผลการตรวจ Pathology at Right Temporal artery : Consistent with giant cell arteritis (Lymphohistocytic inflammation ,multinucleated giant cell and arteritis wall thickening)

การวินิจฉัยโรค โรคหลอดเลือดหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ (Giant cell arteritis)

การรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยได้รับ Intravenous pulse methylprednisolone (IVMP) 1 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 5 วัน หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็น Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง จำนวน 2 วัน และเปลี่ยนเป็น Prednisolone (5mg) 5 เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) และ Methotrexate (2mg) 2 เม็ด รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง Bactrim (400/80) 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า จันทร์ พุธ ศุกร์ Clotrimazole (100) 1 เม็ด อมหลังอาหาร วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น Omeprazole (20) 1 เม็ด รับประทาน ก่อนอาหาร วันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) Calcium (1,250) 1 เม็ด รับประทาน หลังอาหารเช้า Calciferol (20,000 iu) 1 เม็ด รับประทาน หลังอาหาร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดตามระดับน้ำตาลวัน 4 ครั้งให้ Regular insulin ตาม scale ปรับเพิ่มยาลดความดันโลหิต Hydralazine (25) 2 เม็ด รับประทาน วันละ 4 เวลา (เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน) Atenolol (50) 1 เม็ด รับประทาน วันละ 1ครั้ง (เช้า) และให้ยาต้านเกล็ดเลือดASA (300mg) 1 เม็ด รับประทาน วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ศัลยแพทย์หลอดเลือดได้ตัดชิ้นเนื้อที่หลอดเลือดแดงบริเวณขมับขวา (Right temporal artery biopsy) ส่งตรวจ multinucleated giant cell and arteritis เพื่อนยืนยันการวินิจฉัยรักษา แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านและนัดติดตามมาดู อาการอีก 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 9 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย

ระยะที่ 1 ระยะแรกรับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงจากสมองขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปวดศีรษะ ข้างขวามากกว่าข้างซ้าย Pain Score = 7 คะแนน ความดันโลหิต 218/144 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 92 %

2. ตามองเห็นลดลง ม่านตาขนาด 8 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง ม่านตาขวาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟ ม่านตาซ้ายมีปฏิกิริยาต่อแสงไฟอย่างช้าๆ

3. CT Brain Non contrast พบ Small hypodensity lesion at both basal ganglions suspected lacunar infarctions และ MRI - MRA brain multiple old lacunar infarctions

วัตถุประสงค์ : ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการภาวะสมองบวม เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง
2. Glasgow coma scale เท่าเดิม หรือลดลง ไม่เกิน 2 คะแนน
3. ความดันโลหิตอยู่ช่วง 90/60-139/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกายเพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก แนะนำให้เลี่ยงการนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำกว่าปลายเท้า[10]
2. แนะนำให้เลี่ยงการงอพับของคอ และการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะเป็นการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น
3. แนะนำให้เลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ[10]
4. ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว รูม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง Glasgow Coma Score ทุก 1 – 2 ชั่วโมง ถ้า Glasgow Coma Score ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทราบ
5. วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 - 2 ชั่วโมง เฝ้าระวังการมีชีพจรเต้นแรงและช้าลง หายใจช้าลง ความดันโลหิตสูงขึ้น Pulse pressure กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หายใจสะอึก เกร็ง อาเจียน หายใจไม่สม่ำเสมอเร็วสลับหยุดหายใจเป็นระยะ (Cheyne-Stokes respirations) เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันเวลา
6. ดูแลให้ออกซิเจน Cannula 5 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา
7. สังเกตอาการ ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมิน Intake output ความตึงตัวของผิวหนังและเยื่อบุต่าง ๆ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale เท่ากับ 15 ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะลดลง Pain score = 3 คะแนน ม่านตาขนาดลดลงเหลือ 5 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง แต่เริ่มเห็นแสงสีขาว คะแนน Motor power แขนและขา grade 5 ความดันโลหิตลดลง 151/52 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว เท่ากับ 97 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการนำพาออกซิเจนลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลียไม่มีแรง”

2. อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว เท่ากับ 92 %

3. เปลือกตาซีด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงHematocrit เท่ากับ 24.5 % Hemogobin เท่ากับ 8.3 g/ld

วัตถุประสงค์ : ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์ประเมินผล

1. ไม่มีอาการหอบเหนื่อย เขียวปลายมือปลายเขียว (Cyanosis) อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-22 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว มากกว่า 95 %
2. Hematocrit มากกว่า 30 % Hemogobin มากกว่า 9 g/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผิดปกติต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น อาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เขียวปลายมือปลายเท้า
2. วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน
3. ดูแลให้พักผ่อนกำหนดกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ เพื่อลดความต้องการการใช้ออกซิเจนในร่างกาย
4. ดูแลให้ได้รับอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก โปรตีน วิตามินซี และเป็นอาหารอ่อน
5. ดูแลให้ได้รับ Leukocyte-Poor Red Cell (LPRC) 1 unit ทางหลอดเลือดดำ ใน 4 ชั่วโมง และยารับประทาน Ferrous sulfate , Folic acid ครบถ้วนตามแผนการรักษา
6. ดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันและลดภาวะติดเชื้อซึ่งทำให้ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหายใจไม่เหนื่อยหอบ เสียงปอดปกติ ไม่มีภาวะเขียวปลายมือปลายเท้า ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว มากกว่า 95 % อัตราการหายใจเท่ากับ 20 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น Hematocrit เท่ากับ 27.6 % Hemogobin เท่ากับ 9.4 g/dl

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดและเวียนศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดศีรษะ และ ขมับขวามากกว่าขมับซ้าย จนทำให้ต้องตื่นนอน
2. Pain Score = 7 คะแนน
3. ความดันโลหิตสูง 218/149 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล : อาการปวดและเวียนศีรษะลดลง

เกณฑ์ประเมินผล

1. ปวดศีรษะลดลง Pain Score < 3 คะแนน
2. ความดันโลหิตลดลงอยู่ช่วง 90/60-160/90 มิลลิเมตรปรอท
3. สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตลักษณะอาการปวดศีรษะ เช่น ตำแหน่ง ความรุนแรงและความถี่ของการปวดศีรษะ เพื่อหาสาเหตุของการปวดศีรษะ

2. ประเมินระดับอาการปวดศีรษะจากคำบอกเล่าและพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วย เช่น

3. หน้านิ่วคิ้วขมวด กระสับกระส่าย และการนอนหลับ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอและรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด เมื่ออาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะบรรเทาลง จึงช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว อาบน้ำ

5. จัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อให้การไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวกขึ้นลดปริมาตรเลือดในสมอง

6. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษา และยาระงับอาการปวดศีรษะ Paracetamol (500mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลามีอาการปวด ทุก 4-6 ชั่วโมง

7. ดูแลให้รับประทานอาหารเฉพาะโรค โซเดียมน้อยกว่า 1,600 มิลลิกรัม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ Pain Score = 2 คะแนน ความดันโลหิตลดลงเหลือ 151/52 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : มีโอกาสเกิดภาวะน้ำเกินจากการให้เลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เหนื่อย อ่อนเพลียความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงHematocrit เท่ากับ 24.5 % Hemogobin เท่ากับ 8.3 g/dl

2. จำเป็นต้องได้รับ Leukocyte - Poor Red Cell (LPRC) 1 unit ทางหลอดเลือดดำ ใน 4 ชั่วโมง

3. BUN 54 mg %, Creatinine 2.41 mg% EGFR 18.16 ml/min/1.73

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือด

เกณฑ์ประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-160/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ไม่มีภาวะเหนื่อยหอบจากน้ำเกิน เสียงปอดมีลมเข้าชัดเจนทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออก ไม่มี Crepitation และติดตามปริมาณสารน้ำเข้า และออกของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ควบคุมการให้เลือดตามมาตรฐาน ตามระยะเวลาแผนการรักษาของแพทย์ (Leukocyte-Poor Red Cell) 1 unit in 4 ชั่วโมง

2. ประเมินและสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเลือด เช่น อาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ผื่นลมพิษ ไข้หนาวสั่น ชักหมดสติหรือซึมลง ให้หยุดให้เลือดทันที และรายงานแพทย์

3. วัดและประเมินสัญญาณชีพระหว่างให้เลือด ถ้าพบความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติ 20 มิลลิเมตรปรอท ให้หยุดให้เลือดทันที และรายงานแพทย์

4. ดูแลให้ได้รับยาบางชนิดก่อนให้เลือด เช่น ยาแก้แพ้ยา ยาขับปัสสาวะ

ประเมินผลการพยาบาล :

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ เสียงปอดมีลมเข้าชัดเจนทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออก ไม่มี Crepitation ไม่มีแน่นหน้าอก สัญญาณชีพปกติ ปริมาณสารน้ำเข้า 1,440 มิลลิลิตรปริมาณน้ำออก 2,100มิลลิลิตร

ระยะที่ 2 ระยะการดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : มีความบกพร่องทางการมองเห็นเนื่องจากหลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบและประสาทตาขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง กระจกตาขุ่นเรียบ ม่านตารูปร่างทรงกลม ขนาด10 มิลลิเมตรไม่มีการตอบสนองต่อแสงไฟ (Fixed) ไม่สามารถวัดการมองเห็นได้ทั้ง 2 ข้าง
2. ค่าการอักเสบ E.S.R. เท่ากับ mm/hr. และ C-Reactive Protein 37.30 mg/L
3. ผลการตรวจ CT brain non contrast media : Old Lacuna infarction
4. ผการตรวจ MRI-MRA brain and MRI orbit : Multiple old lacunar infarctions and mild degree
5. ผลการตรวจ Pathology at Right Temporal artery : Consistent with giant cell arteritis (Lymphohistocytic inflammation ,multinucleated giant cell and arteritis wall thickening)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ส่งเสริมให้การมองเห็นฟื้นตัว และป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากความบกพร่องทางการมองเห็น

เกณฑ์ประเมินผล

1. สามารถมองเห็น รูม่านตาขนาดเล็กลง 2-3 มิลลิเมตรปรอท และตอบสนองต่อแสงไฟ
2. สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่เกิดภาวะพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยา Intravenous pulse methylprednisolone (IVMP)1 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือด
2. ดูแลให้ยาต้านเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา คือ ASA (300mg) 1 เม็ด รับประทานวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน
3. ควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดปัจจัย เสี่ยงทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พียงพอ
4. แนะนำผู้ป่วยให้บริหารกล้ามเนื้อเบ้าตา เพื่อคลายกล้ามเนื้อบริเวณเบ้าตาทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณดวงตาดีขึ้น[11] โดยปฏิบัติ ดังนี้

4.1 ใช้นิ้วกลางกดบริเวณหัวตาแล้วหมุนเป็นรูปวงกลมเล็ก ๆ รอบบริเวณเบ้าตา

4.2 ใช้มือทั้ง 2 ข้างหยิบคิ้ว 2-3 ครั้ง เลื่อนไปจนถึงปลายคิ้ว แล้วมาคลึงที่ขมับ

4.3 ถูมือทั้งสองข้างด้วยกันให้ร้อน แล้วเอาอังมือทั้งสองมาประสานกันปิดที่ดวงตาปิดเบาให้มีความมืดเข้าดวงตา

5. จัดวางสิ่งของที่จำเป็น เช่นออดสัญญาณ ถาดอาหาร น้ำดื่ม ให้ผู้ป่วยสามารถหยิบ/เอื้อมถึงได้ง่าย

6. ปรับระดับความสูงของเตียงให้ต่ำ และยกราวกั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างทุกครั้งหลังทำกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วย

7. ช่วยเหลือกิจกรรมของผู้ป่วย เช่น การลุกจากเตียง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยยังตาข้างขวายังมองไม่เห็นตาข้างซ้ายเริ่มมองเห็นเป็นแสงสีขาว แต่ยังมองไม่เห็นนิ้ว ม่านตา 5 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรบนเตียงได้ เช่น ตักอาหารรับประทาน เช็ดหน้าเช็ดร่างกาย ปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : วิตกกังวลกลัวตาบอด กลัวเป็นภาระของลูกหลาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ฉันจะตาบอดไหมหมอ” “สงสารลูกต้องลำบาก”
2. ผู้ป่วยถามบ่อยๆ ว่าตนเองจะหายเป็นปกติหรือไม่ และจะต้องรักษาไปนานแค่ไหน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นนอนไม่หลับ
3. ตาซ้ายเริ่มมัวลงมองเห็นไม่ชัดยังพอเดินได้เอง เวลาบ่ายตื่นมาตาทั้ง 2 ข้างมองไม่เห็นแสง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เกณฑ์ประเมินผล

1. สีหน้าคลายกังวล สดชื่นขึ้น
2. สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยจากกการสังเกตพฤติกรรมและสอบถามญาติ

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมา ซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง เพื่อทราบประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยวิตกกังวล

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป และมีความเชื่อมั่นในกระบวนการดูแลรักษา

4. สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจเข้าและออกช้าๆ ลึกๆ การทำสมาธิ

5. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้พูดคุยตอบคำถามกับพยาบาลและญาติที่มาเยี่ยมเป็นอย่างดีบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี นอนหลับได้ 1 ชั่วโมงในตอนกลางวัน และ 6 ชั่วโมง ในตอนกลางคืน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปวดศีรษะ ความดันโลหิต 218/149 มิลลิเมตรปรอท MAP เท่ากับ 168 มิลลิเมตรปรอท
2. รับประทานอาหารสำเร็จประจำเนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงาน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่ต้องการ(MAP ลดลง 20–25 %) และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

เกณฑ์ประเมินผล

1. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ SBP≤140 mmHg
2. ไม่พบอาการแสดงของการสูญเสียหน้าที่ของสมอง ปอด หัวใจ ไต เช่น อาการปวดศีรษะคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัวระดับความรู้สึกตัวดี GCS 13-15 คะแนน ไม่พบอาการแขน ขาอ่อนแรง บวมตามร่างกาย ปัสสาวะออก มากกว่า0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
3. ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของยาลดความดันโลหิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ทุก 1- 2 ชั่วโมง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกิริยาของรูม่านตาและการเคลื่อนไหว หากคะแนน Glasgow coma scale ลดลงจากเดิม ≥ 2 คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันที
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะมากขึ้น อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ ขนาดของรูม่านตา (pupil) 2 ข้าง แตกต่างกันเกิน1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง มองไม่เห็นภาพ แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น
3. ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส เพื่อลดอัตราการเผาผลาญในร่างกายและเมตาบอลิซึมของสมอง
4. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิด Valsalva maneuver เช่น กิจกรรมต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดแรงเบ่ง เช่น การเบ่งอุจจาระและเบ่งปัสสาวะ การไอ จาม โดยแนะนำให้ผู้ป่วยอ้าปากทุกครั้งเวลาไอ หรือจาม
5. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า
6. ดูแลให้ได้รับยาลดไขมันในเลือด คือ Atorvastatin (40 mg) 1 tab oral ก่อนนอน
7. ดูแลให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ดังนี้

7.1 จัดอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำไม่ควรเกิน 1,600-2,000 มิลลิกรัม/วัน เพื่อลดการดูดน้ำกลับเข้าสู่กระแสเลือด

7.2 อาหารไขมันต่ำ เพื่อไม่ให้ไขมันในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น

7.3 อาหารที่เส้นใยสูง เพื่อให้สามารถถ่ายอุจจาระได้ง่ายไม่ออกแรงเบ่ง ซึ่งจะทำให้เพิ่มความดันในช่องท้องและช่องอก

8. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความเครียดและส่งผลให้ความดันโลหิตสูง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale =15 คะแนน แขนขาข้างขวาอ่อนแรง motor power grade 5 แขนขาซ้ายยกขยับได้ดี motor power เกรด 5 รูม่านตา ขนาด 5 มิลลิเมตรทั้ง 2 ข้าง ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟ ตาซ้ายเริ่มเห็นแสงสีขาว ไม่มีอาการอาเจียน ทุเลาปวดมึนงงเวียนศีรษะ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย T36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 68ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 151/72 มิลลิเมตรปรอท MAP เท่ากับ 98 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 : มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากมีการสร้างกลูโคสที่ตับเพิ่มขึ้นร่วมกับการการกลับเก็บน้ำตาลที่เนื้อเยื่อส่วนปลาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ระดับน้ำตาลในเลือด 293 mg/dl แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น DM type II
2. จำเป็นต้องได้รับยากดภูมิในการรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ อันได้แก่ Methylprednisolone, Dexamethasone, Prednisolone

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์ประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือด 80-200 mg/dl
2. ไม่มีอาการ คลื่นไส้อาเจียน หายใจหอบลึก หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ช็อก เป็นลม หายใจมีกลิ่น acetone

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะ Ketoacidosis (DKA) และภาวะขาดน้ำ
2. สังเกตอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ รับหิวง่ายกระหายน้ำ ปัสสาวะจำนวนมาก
3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ Ketoacidosis (DKA) ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน หายใจหอบลึก หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ช็อก เป็นลมหายใจมีกลิ่น acetone
4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 0.9%NSS 1,000 ml rate 80 ml/hr เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง
5. ดูแลให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด Regular insulin ปรับตามระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหาร
6. เจาะเลือดตรวจน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) วันละ 4 ครั้ง เช้าก่อนอาหารตามแผนการรักษา เพื่อประเมิน ระดับน้ำตาลในเลือด
7. ดูแลให้อาหารเฉพาะโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะKetoacidosis ผลการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) ลดลงจากเดิม อยู่ในช่วง 97-180 mg/dl

ระยะที่ 3 ระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 : มีโอกาสติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเสื่อมระดับ 4
2. จำเป็นต้องได้รับยากดภูมิในการรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบนานติดต่อกัน 2 ปี

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยากดภูมิ

เกณฑ์ประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต (SBP) 90-140 มิลลิเมตรปรอท (DBP) 60-90 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก มากกว่า0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
2. ค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) มากกว่า 500 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังการติเชื้อในร่างกาย สังเกตสัญญาณชีพ ถ้าผิดปติรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ส่งตรวจฟันสุขภาพช่องปาก ติดตามผล Chest x-ray.[11]
2. ประเมินภาวะติดเชื้อด้วย SIRE และ SOS Score
3. ประเมินความรู้ความเข้าในเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมหลังได้รับยากดภูมิ และการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยและญาติ
4. ใส่หน้ากากอนามัยหลังรับประทานอาหารและทำความสะอาดช่องปากเรียบร้อยแล้วเสมอ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย อุณหภูมิร่างกาย T36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 68ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 151/72 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 2100 มิลลิลิตร/วัน ANC เท่ากับ 9,944 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 : ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการปฏิบัติตน และการใช้ยากดภูมิ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบการปฏิบัติตนเมื่อต้องใช้ยากดภูมิ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยากดภูมิ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง สามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากกว่า 5 ข้อใน 8 คำถาม
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาการใช้ยากดภูมิ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรูและความเข้าใจในการปฏิบัติตน
2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้
   2.1 ควรล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำและหลังจากการสัมผัสสิ่งสกปรก
   2.2 ไม่ควรใกล้ชิดผู้ที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นไข้หวัด COVID-19
3. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่นทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งระวังฟันผุ
4. วัดอุณหภูมิอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งหรือเมื่อรู้สึกไม่สบาย
5. ควรรับประทานอาหารที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ อาหารที่ปรุงสุกใหม่ ผ่านความร้อนที่ เพียงพอ
6. สะอาดถูก ให้ผลไม้ที่มีเปลือกต้องล้างให้สะอาดก่อนทุกครั้งก่อนรับประทาน ไม่รับประทานอาหารหมักดอง ของสุกๆดิบๆ
7. ก่อนนำมาปรุง ควรแยกเขียงหั่นอาหารดิบและอาหารสุกออกจากกัน
8. สังเกตอาการแสดงถึงการติดเชื้อ เช่น มีไข้หนาวสั่น ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก ปัสสาวะแสบขัด ท้องเสีย
9. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและต้องรีบมาพบแพทย์ ก่อนนัด เช่น อาการไข้บวมตามร่างกาย เหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีไข้ มีอาการชัก
10. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
11. อธิบายถึงความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามชนิดและขนาด ตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอจนครบกำหนด ห้ามหยุดหรือลดขนาดยาเอง
12. สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างรับประทานยา
13. แนะนำให้ญาติพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตนและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง 6 ใน 8 ข้อ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับบ้านได้ มีระยะเวลาการนอนรักษา 9 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 : เตรียมความพร้อมดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

ข้อมูลสนับสนุน : อยู่บ้านกับลูก 2 คน ต้องไปทำงานกลางวันต้องอยู่คนเดียว

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อเตรียมความพร้อมดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติได้รับความร่วมมือจากชุมชน ในการติดตามประเมินอาการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของครอบครัวชุมชนในการสนับสนุน ดูแลต่อเนื่อง
2. ประสาน โรงพยาบาลชุมชนในการติดตามอาการ และอาการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่อง
3. ส่งข้อมูลการรักษาผ่านโปรแกรม Thai COC
4. โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ ติดต่อกัน 4 ครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติได้รับการติดตามเยี่ยมส่งเสริมให้กำลังใจ รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ เดือนละ 1 ครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุร่วมกับประวัติเดิมเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรังระยะ 4 มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน อันเกิดจากปฏิกิริยาภูมิต้านตัวเอง มีลักษณะทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นการอักเสบของหลอดเลือดแดง ขนาดกลางและขนาดใหญ่ในชั้นของ internal และ external elastic lamina โดยพบลักษณะ granulomatous การอักเสบดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะขาดเลือดตามมา ทำให้มี อาการ ปวดศีรษะบริเวณขมับขวามกกว่าขมับซ้าย ปวดบริเวณกราม ส่งผลเส้นประสาทส่วนปลายตาขาดเลือดที่มีการสูญเสียการมองเห็น ได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิ คือ Methylprednisolone ต่อด้วย Dexamethasone และปรับเป็น Prednisolone และ methotrexate รับประทานต่อเนื่องอาจเพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือด ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภูมิต้านทานต่ำติดเชื้อง่าย ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะบวมน้ำ ความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลร่วมกับการบูรณาการความรู้หลักการพยาบาลโรคข้อ โรคทางหลอดเลือดระบบประสาท และการพยาบาลฟื้นฟู หลักทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เกี่ยวกับการดูแลตนเองร่วมมือกับครอบครัวในการส่งเสริมพลังกายและใจในการจัดการความพร่องในการดูแลตนเอง จึงนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการสนับสนุนความเชื่อ พฤติกรรม โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันพิจารณาอุปสรรคและวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะกับตนเองและครอบครัว โดยเวลาในการปฏิบัติและมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีความไว้ใจและเชื่อมั่นในบริการที่ได้รับ มีการเชื่อมประสานส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ติดตามเยี่ยมและดูต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาใช้ในการปฏิบัติงานจนบรรลุผลสำเร็จจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่ต้องมีการนัดติดตามอาการของอายุรแพทย์โรคข้อและมาติสซั่ม อายุรแพทย์ระบบประสาท และจักษุแพทย์เพื่อประเมินอาการและติดตามผลการรักษาต่อไป

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

เนื่องจากกรณีของโรคหลอดเลือดใหญ่อักเสบ การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ละเอียดให้ได้ข้อมูลในการวินิจฉัยได้รวดเร็ว ทำให้ได้รับยาต้านการอักเสบได้เร็วขึ้นมีโอกาสลดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่จากกรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะนำมาในระยะเวลานานนับเดือนได้รับการรักษาตามอาการ เนื่องจากยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ จนทำให้หลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดที่เลี้ยงขั้วประสาทตาอักเสบจนขาดเลือดไปเลี้ยงจึงทำให้การมองเห็นลดลง รวมทั้งการเข้ากระบวนการรักษาล่าช้าตามมาส่งผลให้ผู้ป่วยตามองไม่เห็นอีกข้างในเวลาต่อมา จำเป็นต้องให้การรักษาเพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือด โดยให้ Methylprednisolone 1 กรัม จำนวน 5 วัน แต่หลังให้ได้ 2วันเกิดภาวะ Hyperglycemia และ Hypertension จึงต้องปรับยาลดระดับน้ำตาลและความดันโลหิต รวมทั้งติดตามอากรติดเชื้อ ซึ่งการมีข้อจำกัดต่างๆมากมาย ทั้งการรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัว ต้องเดินทางมาตรวจตามนัดบ่อยครั้งและมีค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งตามองเห็นลดลงจนมองไม่เห็นทั้ง2ข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพิงและเป็นภาระแก่ผู้อื่น ผู้ป่วยจึงเกิดอาการท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง พยาบาลต้องใช้ทักษะความความสังเกต ดูแล

ใกล้ชิดและประเมินภาวะวิกฤต อาการเปลี่ยนแปลงและพิจารณาแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัยรวมถึงการให้ญาติมามีส่วนร่วมในการดูแลมีส่วนสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านตลอดจนการมาตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีประเด็นสำคัญในการดูแล ดังนี้

1. พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะที่เหมาะสมและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล การวางแผนจำหน่ายมีความจำเป็นและเป็นขั้นตอนสำคัญที่ควรต้องจัดให้กับผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมเรื่องความรู้และทักษะของผู้ดูแลและผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย นอกจากนี้การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพโรคและแผนการรักษาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีความจำเป็นต้องใช้ยาCorticosteroid ในการรักษาเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปีซึ่งมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนหลายประการโดยทั่วไปผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อโรคกระดูกพรุนและความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร[13] และที่สำคัญต้องได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะบวมน้ำความดันโลหิตสูง รวมทั้งต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ป้องกันอุบัติเหตุเนื่องจากการมองเห็นลดลง และฝึกทักษะเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยมั่นใจสามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเองบางส่วน ที่สำคัญต้องมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

2. การดูแลด้านจิตใจ การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติที่สุดเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีความกังวลว่าจะเป็นภาระแก่บุตรในการดูแลเพราะตาตนเองมองไม่เห็น และต้องพามาโรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการ พยาบาลควรแสดงบทบาทเป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ให้มีการพูดคุยปรึกษาแบบ Family meeting วางแผนการดูแลร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ และส่งต่อข้อมูลประสานไปยังชุมชนพื้นที่ในการช่วยเหลือสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis. [ม.ป.ท.]: Springer International Publishing; 2560.
2. Philip M. Parker, James N. Parker. [Giant cell arteritis : a medical dictionary, bibliography, and annotated research guide to Internet references]. ICON Health Publications, San Diego, CA, 2004[เข้าถึงเมื่อ30 ตุลาคม 2566].เข้าถึงได้จาก https://search.worldcat.org/th/title/58425959 ผู้พิมพ์: ICON Health Publications, San Diego, CA, 2004
3. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. หลอดเลือดแดงขมับอักเสบ(Temporal arteritis/Giant cell arteritis). Doctor At Home.com.2565 [2565 มิถุนายน 23]. หน้า1-5.เข้าถึงได้จาก https://doctorathome.com/disease-conditions/381
4. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. ศูนย์ข้อมูลอมูลสารสนเทศ. เวชระเบียนผู้ป่วย ปี 2560-2566. สุพรรณบุรี:โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช; 2566
5. ปฐมพงษ์ อึ้งประเสริฐ,อนาวิล สงวนแก้ว. ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่มีความชุกของโรคเบาหวานน้อยกว่า: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตาดาต้า(ทบทวน)โรคข้อสมัยใหม่.2559; เล่มที่ 26 (ฉบับที่ 3 3) หน้า 410-414
6. อ้างใน.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. หลอดเลือดแดงขมับอักเสบ(Temporal arteritis/Giant cell arteritis). Doctor At Home.com.2565 [2565 มิถุนายน 23]. หน้า1-5.เข้าถึงได้จาก https://doctorathome.com/disease-conditions/381
7. อัครวิชญ์ เอี่ยมสำอาง. รายการสุขภาพดีศิริราช ตอน โรคหลอดเลือดขมับอักเสบ (Giant cell arteritis). [Siriraj channel]. https://www.youtube.com/watch?v=luoE9XwM6sA
8. ศุภกร วงศ์วทัญญู .แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีโรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565
9. จิราพร จิตประไพกุลศาล, นาราพร ประยูรวิวัฒน์, กนกวรรณ บุญพิสิฏฐ์.ประสาทวิทยาคลินิกพื้นฐานและกาตรวจร่างกายทางระบบประสาท. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช สังกัดงานวิชาการ สำนักงานคณะบดี คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
10. นลินี พสุคันธภัค, สายสมร บริสุทธิ์,ันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2559
11. ยุพดี รัตตะรังสี. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คอมฟอร์ม จำกัด; 2545
12. วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ, รัตนา ชวนะสุนทรพจน์, เอกพันธ์ ครุพงศ์, อนุภพ จิตต์เมือง.การรักษาต่อเนื่องทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1: กรุงเทพฯ; 2562
13. Bryan Zarrin,Stacy L Pineles MD. American academy of ophthalmology.[เข้าถึงเมื่อ22 กันยายน 2023]. เข้าถึงได้จาก:https://eyewiki.aao.org/Giant_Cell_Arteritis