

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ ที่มีภาวะการมองเห็นลดลง : กรณีศึกษา

ชวนพิศ สถิตย์พันธุ์*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ เป็นโรคที่เกิดการอักเสบที่ผนังหลอดเลือดแดง ที่บริเวณคอ และศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงที่ขมับ เป็นโรคที่รุนแรงถึงทำให้ตาบอดได้ นับว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงอายุ 82 ปี มาด้วยปวดศีรษะ การมองเห็นลดลง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น หลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ (Giant Cell Arteritis) โดยการตรวจชิ้นเนื้อหลอดเลือดแดงขมับ (Temporal Artery Biopsy) พบ Giant cell arteritis Positive ได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิ เพื่อลดการอักเสบของ หลอดเลือด ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภูมิต้านทานต่ำติดเชื้อง่าย ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิด ภาวะบวม น้ำ ความดันโลหิตสูงได้ ปัญหาทางการแพทย์ที่พบ ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่ากายเนื่องจาก ภูมิต้านทานในร่ากายต่ำ มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากการสร้างกลูโคสที่ตับเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการ เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมองขาดเลือด และมีภาวะพร่องกิจวัตรประจำวัน การทรงตัวไม่ ดี เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวตาบอด ต้องเป็นภาระของลูกหลานและครอบครัว ผู้ป่วยและ ญาติพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ระยะเวลาอนโรพยาบาล 9 วัน ได้รับบการพยาบาลแบบองค์รวม ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แนะนำการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโดย คำนี้ถึงโรค สภาวะจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว มีการ ดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อายุรแพทย์โรคข้อ อายุรแพทย์ระบบประสาท จักษุแพทย์ และศัลยแพทย์ หลอดเลือด ในการดูแลรักษาทุกระยะส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตจนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

บทนำ

โรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ เป็นโรคที่เกิดการอักเสบที่ผนังหลอดเลือดแดง ที่บริเวณคอ และศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงที่ขมับ เป็นโรคที่รุนแรงถึงทำให้ตาบอดได้ นับว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ดังนั้นการซักประวัติและตรวจร่างกายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูล ในการวินิจฉัยได้ถูกต้องรวดเร็ว และรักษาได้ด้วยยากดภูมิคุ้มกันเช่น Corticosteroids การวินิจฉัย และการรักษาที่รวดเร็ว สามารถลดความเสี่ยงของพิการและการเจ็บป่วยร้ายแรงได้¹ ซึ่งการตัดชิ้นเนื้อ หลอดเลือดแดงขมับถือเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ² ซึ่งมีความเสี่ยง หรือมี ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา Corticosteroids ในปริมาณที่สูงในระยะเวลานานๆ

โรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ (giant cell arteritis) หรือหลอดเลือดแดงขมับอักเสบ พบบ่อย ที่สุดที่มีผลต่อผู้ใหญ่ในประเทศตะวันตกโดยมีอุบัติการณ์ 20 ต่อ 100,000 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และพบ มากในช่วงอายุ 65-75 ปี พบได้บ่อยในเพศหญิงที่มีอัตราส่วน ชายต่อหญิงประมาณ 1 : 2³ และจากข้อมูลสถิติ ของเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตั้งแต่ปี 2560 - 2566 ปีละ 1 คน⁴ ผู้ป่วยโรคเบาหวานพบต่ำกว่า 0.74⁵ อันเกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันตัวเองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ลักษณะ ทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นการอักเสบของหลอดเลือดแดง ขนาดกลางและขนาดใหญ่ในชั้นของ internal และ external elastic lamina โดยพบลักษณะ granulomatous การอักเสบดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะขาดเลือด ตามมา อาการแสดงคือ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดบริเวณกราม ปวดเมื่อยตามตัว เส้นประสาทส่วนปลายตาขาด เลือดที่มีการสูญเสียการมองเห็น หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทาง ระบบระบบประสาทและจักษุวิทยามากมาย หรือตาบอดถาวร มีรายงานการศึกษาว่า พบได้ประมาณร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา⁶ ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทมากในการซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้อง ชัดเจน ส่งตรวจ ESR เพื่อหาค่าการอักเสบของหลอดเลือดในการวินิจฉัยเบื้องต้น ร่วมกับขอชิ้นเนื้อส่งตรวจ ส่วนเพื่อให้อาการอักเสบได้ถูกต้องและรักษาได้รวดเร็ว โดยให้ยา Corticosteroids หรือยากดภูมิ ในปริมาณที่สูงใน ในระยะแรก เพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือดทันทีโดยไม่ต้องรอผลชิ้นเนื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางตา เนื่องจากหากให้การรักษาล่าช้า อาจทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวรได้เมื่ออาการดีขึ้นหลังจากใช้ยา ประมาณ 2 สัปดาห์แล้วจะค่อยๆปรับลดขนาดยาลงจนเหลือขนาดต่ำสุด ให้ต่อเนื่องอย่างย่อย 1-2 ปี เพื่อ ป้องกันการกำเริบของโรค⁷ ด้วยเหตุนี้การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวจึงจำเป็นต้อง ได้รับความรู้ ความเข้าใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัยจากการใช้ยากดภูมิ

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม⁸ อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเองและระบบการพยาบาลโดยนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประเมิน ความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อการมองเห็นลดลง และนำมาวางแผนการพยาบาลตั้งวัตถุประสงค์ ทางการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เลือกระบบการพยาบาลหรือกิจกรรมการช่วยเหลือ สนับสนุนให้มีความรู้การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยดำรงความมีสุขภาพดี และมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ ที่มีภาวะการมองเห็นลดลง

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

ผลการตรวจ 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 โรคหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อักเสบ (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 รับประทานหลังอาหาร 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 ปรับเพิ่มยาลดความดัน
 โลหิต Hydralazine (25) 2 เม็ด รับประทาน วันละ 4 เวลา (เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน) Atenolol (50)
 1 เม็ด รับประทาน วันละ 1 ครั้ง (เช้า) และให้ยาต้านเกล็ดเลือดASA (300mg) 1 เม็ด รับประทาน วันละ 1 ครั้ง
 หลังอาหารเช้า

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

ขอวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะ
 การดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย

ระยะที่ 1 ระยะแรกรับ

ขอวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากสมองขาดเลือด

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 คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง
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. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกายเพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก แนะนำให้เลี้ยงการนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำกว่าปลายเท้า¹⁰
2. แนะนำให้เลี้ยงการงอพับของคอ และการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะเป็นการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น
3. แนะนำให้เลี้ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ¹⁰
4. ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว รู่ม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง Glasgow Coma Score ทุก 1 – 2 ชั่วโมง ถ้า Glasgow Coma Score ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทราบ
5. วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 - 2 ชั่วโมง เผื่อระวังการมีชีพจรเต้นแรงและช้าลง หายใจช้าลง ความดันโลหิตสูงขึ้น Pulse pressure กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หายใจสะอึก เกร็ง อาเจียน หายใจไม่สม่ำเสมอเร็วสลับหยุดหายใจเป็นระยะ (Cheyne-Stokes respirations) เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันเวลา
6. ดูแลให้ออกซิเจน Cannula 5 ลิตร/นาที่ ตามแผนการรักษา
7. สังเกตอาการ ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมิน Intake output ความตึงตัวของผิวหนังและเยื่อต่างๆ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale เท่ากับ 15 ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 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/นาที่ ความอึดตัวออกซิเจนปลายนิ้ว เท่ากับ 97 %

ขอวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการนำพาออกซิเจนลดลง
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อย หายใจไม่อึด อ่อนเพลียไม่มีแรง”

2. อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว เท่ากับ 92 %
3. เบื้องตาสีซีด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงHematocrit เท่ากับ 24.5 % Hemoglobin เท่ากับ8.3 g/dl

วัตถุประสงค์ : ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์ประเมินผล

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

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผิดปกติต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น อาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลียเขียวปลายมือปลายเท้า
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 % Hemoglobin เท่ากับ 9.4 g/dl

ขอวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดและเวียนศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดศีรษะ และ ชมับขวมมากกว่าชมับซ้าย 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. หน้ามืดวิงเวียนศีรษะ กระจกกระส่ำ และการนอนหลับ
4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอและรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด เมื่ออาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ บรรเทาลง จึงช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว อาบน้ำ
5. จัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อให้การไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวกขึ้นลดปริมาณเลือดในสมอง
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

ขอวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : มีโอกาสเกิดภาวะน้ำเกินจากการให้เลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เหนื่อย อ่อนเพลียความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงHematocrit เท่ากับ 24.5 % Hemoglobin เท่ากับ8.3 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 ชักหมดสติหรือซีดลง ให้หยุดให้เลือดทันที และรายงานแพทย์
3. วัดและประเมินสัญญาณชีพระหว่างให้เลือด ถ้าพบความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติ 20 มิลลิเมตรปรอท ให้หยุดให้เลือดทันที และรายงานแพทย์
4. ดูแลให้ได้รับยาบางชนิดก่อนให้เลือด เช่น ยาแก้แพ้ ยาขับปัสสาวะ

ประเมินผลการพยาบาล :

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

ระยะที่ 2 ระยะการดูแลต่อเนื่อง

ขอวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 5 : มีความบกพร่องทางการมองเห็นเนื่องจากหลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ และประสาทตาขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง กระจกตาขุ่นเรียบ ม่านตารูปปร่างทรงกลม ขนาด 10 มิลลิเมตร ไม่มีการตอบสนองต่อแสงไฟ (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. ผลการตรวจ 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 ฉีดทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือด
2. ดูแลให้ยาด้านเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา คือ ASA (300mg) 1 เม็ด รับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน
3. ควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ
4. แนะนำผู้ป่วยให้บริหารกล้ามเนื้อขา เพื่อคลายกล้ามเนื้อบริเวณขาทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณดวงตาดีขึ้น¹¹ โดยปฏิบัติ ดังนี้
 - 4.1 ใช้นิ้วกลางกดบริเวณหัวตาแล้วหมุนเป็นรูปวงกลมเล็ก ๆ รอบบริเวณขาตา
 - 4.2 ใช้นิ้วทั้ง 2 ข้างหยิบคิ้ว 2-3 ครั้ง เลื่อนไปจนถึงปลายคิ้ว แล้วมาคลึงที่ขมับ
 - 4.3 ใช้นิ้วทั้งสองข้างด้วยกันให้ร้อน แล้วเอาอ้อมมือทั้งสองมาประสานกันปิดที่ดวงตาปิดเบา ให้มีความมืดเข้าดวงตา

5. จัดวางสิ่งของที่จำเป็น เช่นออกตัญญูณ ถาดอาหาร น้ำดื่ม ให้ผู้ป่วยสามารถหยิบ/เอื้อมถึงได้ง่าย
6. ปรับระดับความสูงของเตียงให้ต่ำ และยกราวกันเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างทุกครั้งหลังทำกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วย
7. ช่วยเหลือกิจกรรมของผู้ป่วย เช่น การลุกจากเตียง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ประเมินผลการพยาบาล

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

ขอวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : วิตกกังวลกลัวตาบอด กลัวเป็นภาระของลูกหลาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ฉันจะตาบอดไหมหมอ” “ส่งสารลูกต้องลำบาก”
2. ผู้ป่วยถามบ่อยๆ ว่าตนเองจะหายเป็นปกติหรือไม่ และจะต้องรักษาไปนานแค่ไหน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นนอนไม่หลับ
3. ตาซ้ายเริ่มมีวงมมองไม่เห็นชัดยังพอเดินได้เอง เวลาบ่ายตื่นมาตาทั้ง 2 ข้างมองไม่เห็นแสง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เกณฑ์ประเมินผล

1. สีหน้าคลายกังวล สดชื่นขึ้น
2. สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยจากการสังเกตพฤติกรรมและสอบถามญาติ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมา ชักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง เพื่อทราบประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยวิตกกังวล
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และมีความเชื่อมั่นในกระบวนการดูแลรักษา
4. สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจเข้าและออกช้าๆ ลึกๆ การทำสมาธิ
5. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้พูดคุยตอบคำถามกับพยาบาลและญาติที่มาเยี่ยมเป็นอย่างดีบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี นอนหลับได้ 1 ชั่วโมงในตอนกลางวัน และ 6 ชั่วโมง ในตอนกลางคืน

ขอวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 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 \leq 140 mmHg
2. ไม่พบอาการแสดงของการสูญเสียหน้าที่ของสมอง ปอด หัวใจ ไต เช่น อาการปวดศีรษะคลื่นไส้อาเจียน ตาพร่ามัวระดับความรู้สึกตัวดี GCS 13-15 คะแนน ไม่พบอาการแขนขาอ่อนแรง บวมตามร่างกาย ปัสสาวะออก มากกว่า0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
3. ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของยาลดความดันโลหิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ทุก 1- 2 ชั่วโมง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกริยาของรูม่านตาและการเคลื่อนไหว หากคะแนน Glasgow coma scale ลดลงจากเดิม \geq 2 คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันที
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะมากขึ้น อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ ขนาดของรูม่านตา (pupil) 2 ข้าง แตกต่างกันเกิน1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกริยาตอบสนองต่อแสง 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

ขบวนการพยาบาลที่ 8 : มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากการสร้างกลูโคสที่ตับเพิ่มขึ้น ร่วมกับการการกลับเก็บน้ำตาลที่เนื้อเยื่อส่วนปลาย

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 คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ซ็อก เป็นลม หายใจมีกลิ่น acetone

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะ Ketoacidosis (DKA) และภาวะขาดน้ำ
2. สังเกตอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ รับหิวง่าย กระหายน้ำ ปัสสาวะจำนวนมาก
3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ Ketoacidosis (DKA) ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ซ็อก เป็นลม หายใจมีกลิ่น 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

ขอวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 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. ฝ้าระวังการติดเชื้อในร่างกาย สังเกตสัญญาณชีพ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ส่งตรวจฟันสุขภาพช่องปาก ติดตามผล Chest x-ray.¹¹
2. ประเมินภาวะติดเชื้อด้วย SIRE และ SOS Score
3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมหลังได้รับยากดภูมิ 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

ขอวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 : ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตน และการใช้ยากดภูมิ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบการปฏิบัติตนเมื่อต้องใช้ยากดภูมิ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยากดภูมิ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง สามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากกว่า 5 ข้อใน 8 คำถาม
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยากดภูมิ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตน
2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ควรล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำและหลังจากการสัมผัสสิ่งสกปรก
 - 2.2 ไม่ควรใกล้ชิดผู้ที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นไข้หวัด COVID-19
3. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น ทำความสะอาดของปากอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งระวังฟันผุ
4. วัคซีนภูมิโอมิครอนอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งหรือเมื่อรู้สึกไม่สบาย
5. ควรรับประทานอาหารที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ อาหารที่ปรุงสุกใหม่ ผ่านความร้อนที่เพียงพอ
6. สะอาดถูก ให้ผลไม้ที่มีเปลือกต้องล้างให้สะอาดก่อนทุกครั้งก่อนรับประทาน ไม่รับประทานอาหารหมักดอง ของสุกๆดิบๆ
 7. ก่อนนำมาปรุง ควรแยกแข็งหั่นอาหารดิบและอาหารสุกออกจากกัน
 8. สังเกตอาการแสดงถึงการติดเชื้อ เช่น มีไข้หนาวสั่น ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก ปัสสาวะแสบขัด ท้องเสีย
 9. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและต้องรีบมาพบแพทย์ ก้อนนัต เช่น อาการใช้บวมตามร่างกาย 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

ขอวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 11 : เตรียมความพร้อมดูแลต่อที่บ้านและชุมชน

ข้อมูลสนับสนุน : อยู่บ้านกับลูก 2 คน ต้องไปทำงานกลางวันต้องอยู่คนเดียว

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อเตรียมความพร้อมดูแลต่อที่บ้านและชุมชน

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติได้รับความร่วมมือจากชุมชน ในการติดตามประเมินอาการดูแลต่อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของครอบครัวชุมชนในการสนับสนุน ดูแลต่อ
2. ประสาน โรงพยาบาลชุมชนในการติดตามอาการ และอาการเปลี่ยนแปลงต่อ
3. ส่งข้อมูลการรักษาผ่านโปรแกรม Thai COC
4. โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ ติดต่อกัน 4 ครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติได้รับการติดตามเยี่ยมส่งเสริมให้กำลังใจ รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ เดือนละ 1 ครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุร่วมกับประวัติเดิมเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรังระยะ 4 มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน อันเกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันตัวเอง มีลักษณะทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นการอักเสบของหลอดเลือดแดง ขนาดกลางและขนาดใหญ่ในชั้นของ internal และ external elastic lamina โดยพบลักษณะ granulomatous การอักเสบดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะขาดเลือดตามมา ทำให้มี อาการ ปวดศีรษะ บริเวณขมับขมับมากกว่าขมับซ้าย ปวดบริเวณกราม ส่งผลเส้นประสาทส่วนปลายตาขาดเลือดที่มีการสูญเสียการมองเห็น ได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิ คือ Methylprednisolone ต่อด้วย Dexamethasone และปรับเป็น Prednisolone และ methotrexate รับประทานต่อเนื่องอาจเพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือด ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำติดเชื้อง่าย ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะบวม น้ำ ความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการบูรณาการความรู้หลักการพยาบาลโรคข้อ โรคทางหลอดเลือดระบบประสาท และการพยาบาลฟื้นฟู หลักทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เกี่ยวกับการดูแลตนเองร่วมมือกับครอบครัวในการส่งเสริมพลังกายและใจในการจัดการความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการสนับสนุนความเชื่อ พฤติกรรม โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันพิจารณาอุปสรรคและวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองและครอบครัว โดยเวลาในการปฏิบัติและมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีความไวใจและเชื่อมั่นในบริการที่ได้รับ มีการเชื่อมประสานส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ติดตามเยี่ยมและดูแลต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้ศึกษาได้นำแนวคิด บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาใช้ในการปฏิบัติงานจนบรรลุผลสำเร็จจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่ต้องมีการนัดติดตามอาการของอายุรแพทย์โรคข้อและมาติสซึม อายุรแพทย์ระบบประสาท และจักษุแพทย์ เพื่อประเมินอาการและติดตามผลการรักษาต่อไป

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

เนื่องจากกรณีของโรคหลอดเลือดใหญ่อักเสบ การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ละเอียดให้ได้ข้อมูลในการวินิจฉัยได้รวดเร็ว ทำให้ได้รับยาต้านการอักเสบได้เร็วขึ้นมีโอกาสลดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่จากกรณีศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะนำมาในระยะเวลาานนับเดือนได้รับการรักษาตามอาการ เนื่องจากยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ จนทำให้หลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดที่เลี้ยงขั้วประสาทตา อักเสบจนขาดเลือดไปเลี้ยงจึงทำให้การมองเห็นลดลง รวมทั้งการเข้ากระบวนการรักษาล่าช้าตามมาส่งผลให้ผู้ป่วยตามองไม่เห็นอีกข้างในเวลาต่อมา จำเป็นต้องให้การรักษาเพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือด โดยให้ Methylprednisolone 1 กรัม จำนวน 5 วัน แต่หลังให้ได้ 2 วันเกิดภาวะ Hyperglycemia และ Hypertension จึงต้องปรับยาลดระดับน้ำตาลและความดันโลหิต รวมทั้งติดตามอาการติดเชื้อ ซึ่งการมีข้อจำกัดต่างๆมากมาย ทั้งการรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัว ต้องเดินทางมาตรวจตามนัดบ่อยครั้งและมีค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งตามองเห็นลดลงจนมองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพิงและเป็นภาระแก่ผู้อื่น ผู้ป่วยจึงเกิดอาการท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง พยาบาลต้องใช้ทักษะความความสังเกต ดูแล

ใกล้ชิดและประเมินภาวะวิกฤต อาการเปลี่ยนแปลงและพิจารณาแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัยรวมถึงการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมีสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านตลอดจนการมาตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีประเด็นสำคัญในการดูแล ดังนี้

1. พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะที่เหมาะสมและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล การวางแผนจำหน่ายมีความจำเป็นและเป็นขั้นตอนสำคัญที่ควรต้องจัดให้กับผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมเรื่องความรู้ และทักษะของผู้ดูแลและผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย นอกจากนี้การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพโรคและแผนการรักษาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีความจำเป็นต้องใช้ยาCorticosteroid ในการรักษาเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปีซึ่งมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนหลายประการโดยทั่วไปผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อโรคกระดูกพรุนและความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร¹³ และที่สำคัญต้องได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะบวม น้ำความดันโลหิตสูง รวมทั้งต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ป้องกันอุบัติเหตุเนื่องจากการมองเห็นลดลง และฝึกทักษะเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยมั่นใจสามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเองบางส่วน ที่สำคัญต้องมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

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

เอกสารอ้างอิง

- จิราพร จิตประไพกุลศาล, นาราพร ประยูรวิวัฒน์, กนกวรรณ บุญพิสิฏฐ์.ประสาทวิทยาคลินิกพื้นฐานและ การตรวจร่างกายทางระบบประสาท. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช สังกัดงานวิชาการ สำนักงานคณะบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
- นลินี พสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์, นันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวง สาธารณสุข; 2559
- ปฐมพงษ์ อึ้งประเสริฐ,อนาวิน สงวนแก้ว. ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่มีความชุกของ โรคเบาหวานน้อยกว่า : การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตาดาต้า(ทบทวน)โรคข้อสมัยใหม่.2559; เล่มที่ 26 (ฉบับที่33) หน้า 410-414
- ยุพดี รัตตะรังสี. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คอมฟอร์ม จำกัด; 2545
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช. ศูนย์ข้อมูลมุลสารสนเทศ. เวชระเบียนผู้ป่วย ปี 2560-2566. สุพรรณบุรี:โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช; 2566
- วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ, รัตนา ชวนะสุนทรพจน์, เอกพันธ์ ครุพงศ์, อนุภพ จิตต์เมือง.การรักษาต่อเนื่องทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1: กรุงเทพฯ; 2562
- ศุภกร วงศ์ทัญญู .แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. หลอดเลือดแดงขมับอักเสบ(Temporal arteritis/Giant cell arteritis). Doctor At Home.com.2 5 6 5 [2 5 6 5 มิ ถุ น า ย น 2 3] . น ้ า 1 - 5 . เข้า ถึง ได้ จ าก <https://doctorathome.com/disease-conditions/381>
- อัศววิษณุ เอี่ยมสำอาง. รายการสุขภาพดีศิริราช ตอน โรคหลอดเลือดขมับอักเสบ (Giant cell arteritis). [Siriraj channel]. <https://www.youtube.com/watch?v=luoE9XwM6sA>
- Bryan Zarrin, Stacy L Pineles MD. American academy of ophthalmology.[เข้าถึงเมื่อ22กันยายน 2023]. เข้าถึงได้จาก:https://eyewiki.aao.org/Giant_Cell_Arteritis
- 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.
- Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis. [ม.ป.ท.]:Springer International Publishing; 2560.