

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นางสุนิสา มุขพันธ์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ ๗๓๙๗๑ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลศิลาลาด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ ๑๘๙๖๗๙ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศิลาลาด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ สิงหาคม ๒๕๖๗-กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นโรคหนึ่งที่มีปัญหาในประเทศไทยมากในปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นโรคนี้น่าจะเพิ่มขึ้นทุกวันจนเกิดการรณรงค์ของทางภาครัฐได้เข้ามาควบคุมดูแลให้ประชาชนลดการดื่มสุรา โรคพิษสุราเรื้อรัง พบได้มากในผู้ชายประมาณร้อยละ ๙ พบในผู้หญิงประมาณร้อยละ ๔ อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง ๓๕-๕๕ ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,๒๕๕๔)และสุรามีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดื่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี๒๕๕๗ พบว่าประชากรทั่วโลกมากกว่า ๓๘% ดื่มสุราเป็นประจำ มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุรา ๓.๓ ล้านคนทั่วโลกต่อปี สำหรับประเทศไทยมีการดื่มสุราเป็นอันดับที่ ๔๐ ของโลก โดยเฉพาะสุรากลั่นมากเป็นอันดับที่ ๕ ของโลก เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอันดับ ๓ ของคนไทย และเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนมากที่สุด(รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย

พ.ศ. ๒๕๕๗, ๒๕๖๐)จำนวนการเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

ปีพ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๒ คิดเป็นร้อยละ ๖.๖ ของการตายของประชาชนไทยรายปี อัตราตายเฉลี่ยเท่ากับ ๑๔.๗ ต่อแสน

ประชากรต่อปี อัตราผู้ป่วยนอกเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ ๔.๗ ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด และอัตราผู้ป่วยในเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ

๑๑.๕ ของผู้ป่วยในทั้งหมด(ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา,๒๕๖๒)ผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังในสมอสมกมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อ

ประสาทต่างๆ เช่นการลดลงของระบบประสาทยับยั้งและการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดสุรา

กะทันหันระบบต่างๆของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุรา

ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในผู้ติดสุราเมื่อหยุดดื่มลดปริมาณการดื่มลง อาการขาดสุราจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลงและอาการค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงอาการรุนแรงมีประสาทหลอนระแวง เพ้อ สับสนดี หรือชัก การชักประวัติและตรวจร่างกายสามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ใดมีโอกาสเกิดอาการขาดสุราในระดับรุนแรงมากน้อยเพียงใดและการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงและการประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุราทำให้สามารถป้องกันการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการติดสุราคือการติดเชื้อปอดอักเสบ ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง (สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย,๒๕๖๔) ซึ่งในระยะบำบัดด้วยยาผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine (valium) ในช่วงสัปดาห์แรก ทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนผ่อนคลาย Benzodiazepine มีผลต่อการคลายตัวกล้ามเนื้อในการ กลืนทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก สำลักได้ง่าย ร่วมกับมีอาการถอนพิษสุราแขนขาอ่อนแรงต้องมีการผูกมัด จากฤทธิ์ valium ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับเป็นส่วนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอดได้ง่ายมากขึ้น

โรงพยาบาลศิลาลาดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐เตียง จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่มาพักรักษาตัวด้วยโรคอื่นๆ หลังจากนอนพักรักษาตัวได้๒-๓วัน มักจะเกิดภาวะ Alcohol withdrawalขึ้นตามมา โดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรามาก่อน แต่ขณะนอนในโรงพยาบาลผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดดื่มสุราโดยไม่ได้ตั้งใจ

จนเกิดภาวะAlcohol withdrawal ขึ้นในที่สุด ในปี ๒๕๖๔ ,๒๕๖๕และปี๒๕๖๖ มีผู้ป่วย Alcohol withdrawalจำนวน ๓๗ ,๖๙ และ๙๐ ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลศิลาลาด,๒๕๖๖)จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้น่าจะเพิ่มขึ้น

ต่อเนื่องทุกปี จากภาวะAlcohol withdrawal ดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น ภาวะชัก ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดการพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ปอดติดเชื้อ เป็นต้น หากได้รับการดูแลที่ขาดคุณภาพและพบปัญหาที่สำคัญคือมีภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspirate pneumonia) ร่วมด้วย จากข้อมูลในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า ผู้ป่วย Alcohol withdrawal ที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วม จำนวน ๒๐, ๔๙ และ ๕๖ ราย ตามลำดับและพบว่าผู้ป่วยบางรายมีภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ร่วมด้วยจึงต้องได้รับการดูแลช่วยชีวิต จากข้อมูลในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วย Alcohol withdrawal ที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน ๕, ๖ และ ๘ รายตามลำดับ

ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้และความสามารถในการประเมินอาการถอนพิษสุรา ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบได้อย่างถูกต้องตามหลัก วิชาการ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลกับผู้ป่วยสุราในระยะนี้ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะถอนพิษสุราและภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น ผู้ศึกษาได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกายพร้อมกับการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข และใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย เสพติดสุราที่มีภาวะปวดอักเสบต่อไป

๓.๑ ความรู้เรื่องพิษสุราเรื้อรัง

ผู้ป่วยติดสุราหรือ พิษสุราเรื้อรัง ในสมองมักมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่นการลดลงของระบบประสาทยับยั้ง และการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดสุรากะทันหันระบบต่างๆของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุราอาการขาดสุราที่ตามมา อาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน หรือ Delirium เดิมรู้จักกันในชื่อ Delirium tremens (DTs) ภาวะนี้เกิดตามหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยที่ติดสุรามานานหลายปีและดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ ๒-๓ หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน ๗-๑๐ วัน ภาวะขาดสุรา (Alcohol withdrawal) เป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาหรือสภาวะทางจิตใจจะมีอาการเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุรา หรือลดปริมาณการดื่มลง พยาธิสรีรวิทยาของการขาดสุรา

เมื่อคนเริ่มดื่มสุราใหม่ๆ ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเพิ่มการทำงานของตัวรับ GABA-A (GABA-A receptors) และยับยั้งการทำงานของตัวรับ NMDA (NMDA receptors) ครั้นดื่มสุรานานๆ สมองจะเกิดการปรับตัว ส่งผลให้ลด inhibitory function ของตัวรับ GABA-A และเพิ่ม excitatory ของตัวรับ NMDA เกิดลักษณะทนต่อสุรา (tolerance) ได้ ๓ แบบคือ

๑. metabolic tolerance คือเพิ่มอัตราการทำงาน ethanolที่ตับคนจึงดื่มปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม cellular tolerance เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในสมอง เช่น การทำงานของตัวรับ GABA-A ลดลง เนื่องจากมีการปรับลดจำนวนตัวรับ (downregulation of GABA-A receptors) โดยมีการลดหน่วยย่อยเล็กคือ แอลฟา๑ (α1) หรือ แกมมา๒ (γ2) ซึ่งอยู่ในตัวรับ GABA-A และเพิ่มหน่วยย่อยเล็ก คือ แอลฟา๔ (α๔) อย่างรวดเร็วในปริมาณมากทำให้ density of synapse ลดลงบวกกับ

๑. ตัวรับ GABA-A มีจำนวนลดลง ทำให้บทบาทยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลง (loss of GABA-mediated inhibition) เสี่ยงต่อการเกิดอาการชักเมื่อขาดสุรา ในขณะเดียวกันตัวรับกลูตาเมตชนิด NMDA (โดยเฉพาะ NR๑ and NR๒B subtypes) และไคนเนท (Kainate) มีการปรับเพิ่มจำนวนตัวรับ ทำให้การทำงานของตัวรับ NMDA เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นในเซลล์ประสาทมากขึ้น เป็นผลให้เกิด oxidative stress and excitotoxic brain damage

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

(อาจมีปัญหาจากการสูบบุหรี่และขาดสารอาหารด้วย) ร่วมกับช่องทางเปิดประจุ calcium เข้าเซลล์ (voltage-dependent calcium influx) modulate ให้หลังสารสื่อประสาทและ gene expression ที่ควบคุมการผลิตโปรตีนตัวรับ NMDA และ GABA การดื่มสุราต่อเนื่องเป็นการเพิ่ม voltage calcium channel expression ส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งมีตัวรับอะดรีนาลิน (adrenalinergic receptors) บริเวณลิมบิกและก้านสมองมีความไวสูง ต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงจึงจะมีฤทธิ์เท่าเดิมทำให้เกิด tolerance

๒. behavioral tolerance เป็นการเรียนรู้และปรับตัวทำให้คนๆ นั้นต้องดื่มสุราก่อนจึงจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ดังนั้นเมื่อหยุดดื่มทันทีจึงเกิด rebound stimulatory effect เกิด adrenergic hyperactivity ที่ลิมบิกและก้านสมอง ทำให้มีอาการหงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย ก้าวร้าว มือสั่น ชัก

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา

กระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรานั้น ประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินระดับการติดสุรา ประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา ข้อบ่งชี้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน สิ่งสำคัญคือกาบำบัดรักษาภาวะขาดสุรา โดยมีแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้

หลักการรักษา

๑. การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค

๑.๑ การประเมินคัดกรอง : ใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุรา Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) หรือ CAGE เพื่อคัดกรองในกรณีที่ไม่ได้มาด้วยปัญหาหลักจากสุรา ส่วนกรณีมารักษาด้วยการติดสุราเป็นหลัก อาจใช้เพียงการสัมภาษณ์ประวัติ

๑.๒ การวินิจฉัยโรค : ให้อิงตามระบบ DSM - IV, DSM - V และให้รหัสโรคตามเกณฑ์ ICD-๑๐ ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

๒. การเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการรักษา: ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและประเมินแหล่งสนับสนุน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการ ผลกระทบแนวทางการรักษาของแพทย์และการมีส่วนร่วมในการรักษา

๓. การบำบัดรักษาภาวะขาดสุรา

๓.๑ การประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา: ใช้แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

๓.๒ การดูแลรักษาในภาวะขาดสุรา : เน้นการดูแลในด้านการให้ยาระงับประสาท การบรรเทาอาการทางกาย การเสริมวิตามินและเกลือแร่ และการจัดสิ่งแวดล้อม

ผลกระทบและโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา

การดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดสุราครอบครัวและสังคมเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขเนื่องจากเกิดผลกระทบโดยตรง และเกิดภาวะโรคที่ต้อง แก่ไขดูแลในระยะยาว ผลกระทบและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา จำแนกดังต่อไปนี้

๑. ผลกระทบทางร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ

๑.๑ ผลกระทบต่อทางเดินอาหาร ภาวะอาหารและลำไส้เล็ก สุราจะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดแล่น้ำย่อยในกระเพาะอาหารออกมามากขึ้น ทำให้ ระบายเคือง และเกิดอาการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เมื่อเกิดการอักเสบเรื้อรัง ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง เป็นผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและวิตามินหลายชนิด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เช่น วิตามิน บีหนึ่งเป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้กระเพาะอาหารเป็นแผล เกิดโรคแทรกซ้อน ตลอดจนมีอาการ ท้องอืด ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก เบื่ออาหาร และอาจอาเจียนเป็นเลือดได้ สุราทำให้เกิดโรคหลอด อาหารอักเสบ (esophagitis) กระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) กระเพาะอาหารเป็นแผล (achlorhyria gastric ulcers) หลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณ หลอดอาหารส่วนปลาย (Esophageal varices) โรคตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) โรคมะเร็งตับอ่อน(pancreatitis cancer) โรคขาดวิตามินอย่าง รุนแรง (serious vitamin deficiency) เช่น วิตามินบี ๑ วิตามินบี ๑๒ Folic acid Niacin เป็นต้น

๑.๒ ผลกระทบต่อตับอ่อน สุรามีผลทำให้น้ำย่อยของตับอ่อนเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันของท่อในตับอ่อน เป็นเหตุให้น้ำย่อยของตับอ่อนเพิ่มขึ้นไม่สามารถออกไปได้ จึงเป็นต้นเหตุให้ตับอ่อนอักเสบ ซึ่งจะมีอาการ แน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือระดับสะดือมาก คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้นสูง อาจเป็นเหตุให้ตายได้

๑.๓ ผลกระทบต่อตับ สุราเป็นสาเหตุให้ไขมันสะสมในตับ เป็นเหตุให้เซลล์ของตับตายแล้วเกิดแผลเป็นมี พังผืดบางๆ เกิดขึ้นในบริเวณนั้นเกิดตับอักเสบจะมีการทำลายเซลล์มากขึ้น จนกลายเป็นตับแข็งจาก สุรา (Alcoholic Liver Cirrhosis) อาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งที่ตับได้ ผู้ที่ตับอักเสบจากพิษสุราจะมี อาการไข้สูง ดีซ่าน เจ็บปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตับโตและอาจ เสียชีวิตได้

๑.๔ ผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิกและต่อมไร้ท่อ สุราทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงจนถึงทำให้หมดสติและจนเป็นอันตรายถึงชีวิต เนื่องจากสุราสกัตกั้นการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากไกลโคเจนในตับ ในทางตรงกันข้ามสุราสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นหรือมีอาการเบาหวานได้ เนื่องจากมีการทำลายเซลล์ของตับอ่อนซึ่งสร้างอินซูลิน (Insulin) ให้แก่ร่างกาย

๑.๕ ผลกระทบต่อไต สุราทำให้กรดแลคติก (Lactic) ในเลือดสูงขึ้นเป็นเหตุให้การขับถ่ายกรดยูริกทางไต น้อยลง ระดับยูริกในเลือดจึงสูงขึ้นและตกตะกอนในส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการ อุดตันในท่อไตและไตอักเสบ ตลอดจนข้ออักเสบที่เรียกว่า เกาต์ (Gout) เป็นต้น นอกจากนี้สุรายัง กระตุ้นการหลั่งของ เลือดที่ไต และสัตกั้นการหลั่งฮอร์โมนแอนติไดูเรติก (Antidiuretic Hormone) จากต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เก็บน้ำไว้ในร่างกาย เป็นเหตุให้มีการถ่าย ปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากปกติ ทำให้ฮอร์โมน cortisol สูงขึ้นและไม่สามารถ suppress ได้ในเพศชาย ฮอร์โมน testosterone จะต่ำลง แต่ฮอร์โมน estrogen สูงขึ้นทำให้อัณฑะฝ่อ (testicular atrophy) มีเต้านม (gynecomastia) ในเพศหญิงรังไข่จะไม่ทำงาน (ovarian failure)

๑.๖ ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง สุราจะไปกุดการทำงานของสมอง ทำให้เกิดผลต่อความรู้สึก การรับรู้ ความไว ต่อ กลิ่นและรสเสื่อม หูอื้อ ตาตาย ความสามารถในการแยกความเข้มของแสงลดลง โดยเฉพาะแสงสีแดง การคาดคะเน ความเร็วและระยะทางของวัตถุต่ำกว่าความเป็นจริง เป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้ความไวในการเจ็บปวดก็ น้อยลง เพราะสุรามีฤทธิ์เหมือนยาสลบ และยังเป็นเหตุให้ กล้ามเนื้ออ่อนกำลังลงและทำงานไม่ประสานกัน ผู้ดื่มสุราจึงพูด ไม่ชัดเหมือนคนลื่นไถล เดินไม่ตรง ทางหรือบางครั้งถึงกับเดินไม่ได้ เพราะเกิดเป็นตะคริวบ่อยๆ มีอาการชาตามปลายมือ และปลายเท้า ทั้งนี้ก็เพราะขาดวิตามินบีหนึ่งนั่นเอง

๑.๗ ผลต่อหัวใจและการไหลเวียนของเลือด สุราทำให้เกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (alcohol heart failure) โดยจะทำให้ กล้ามเนื้อหัวใจบวมโต การเต้นของหัวใจผิดปกติเห็นอย่างง่ายสันอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure) เนื่องจากแอลกอฮอล์จะทำให้การสังเคราะห์ไขมันพวกไตรกรีเซอร์ไรด์สูง และจะยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อ หัวใจทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง ทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดปกติฉับพลัน (cardiac arrhythmia) ที่เรียกกันว่า holiday syndrome ทำให้เกิด cardiomyopathy

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๑.๘ ผลต่อโรคต่างๆ สุรามีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ ทำให้ภูมิ ด้านทานของร่างกายต่ำลง เป็นเหตุให้ผู้ดื่มสุรามีโอกาสเป็นโรคปอดบวมและติดเชื้ออื่น ๆ ได้ง่ายกว่าผู้ไม่ดื่ม ๒. ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ โรคติดสุรามีผลต่อจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Depressive Disorder)

ภาวะวิตกกังวล และบุคลิกภาพแปรปรวนแบบต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) สุราก็ทำให้เกิดปัญหา ด้านสุขภาพจิตเวชเรื้อรัง โรคจิตเภท (Schizophrenia) ผลต่ออารมณ์ สุราทำให้ขาดความยับยั้งในการพูดและการแสดงออก ผู้ที่ดื่มสุราจึงมักจะพูดจาไม่สุภาพ กริยาก้าว รว กล้าและยอมรับการเสี่ยงมากขึ้น มีอารมณ์เคลิ้มฝัน การตัดสินใจและปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง ตลอดจนประสาทรับความรู้สึก และสติปัญญาเสื่อมลง

๓. ผลกระทบทางด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ สุราทำให้ขาดสติ ผู้ป่วยติดสุราบางรายมีพฤติกรรมรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การทำร้ายร่างกายกันในครอบครัว การหย่าร้าง เกิดการทะเลาะวิวาทกับเพื่อน มีคดีความด้านการทะเลาะวิวาทมีคดีความด้านการสูญเสียทรัพย์สิน มีคดีความด้านความผิดทางเพศผลกระทบทางเศรษฐกิจที่พบในผู้ป่วยติดสุรา มักมีการขาดงานหรือหยุดงานบ่อยๆ มีความผิดพลาดในการทำงานซ้ำๆบ่อยๆเป็นผลเสียอาจทำให้ขาดรายได้ในครอบครัว นำไปสู่การทะเลาะวิวาทในครอบครัวผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นจากผู้ติดสุรามักพบมาจากการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรปัญหาอาชญากรรมการทารุณกรรมทางเพศ เป็นต้น

ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

๑.อาการขาดสุราเล็กน้อย เกิดได้ตั้งแต่ ๖ ชั่วโมงจนถึง ๓๖ ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย มีอาการตั้งแต่ มือสั่น หงุดหงิด วิตกกังวลเล็กน้อย ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น เบื่ออาหาร ความดันโลหิตสูงคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เป็นต้น

๒.อาการขาดสุราปานกลาง เกิดในช่วง ๒๔-๗๒ ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย มีชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระวน กระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่น ตัวสั่น เหงื่อออกมาก เบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย

๓.อาการขาดสุรารุนแรง เกิดในช่วง ๔๘-๙๖ ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย มีภาวะสับสน วัน เวลา สถานที่ (Delirium Tremens) ร่วมกับมีอาการกระสับกระส่ายอย่างมาก อยู่หนึ่งไม่ได้ เดินไปมามือสั่นตัวสั่น สมาธิลดลง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ อาจเห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวงร่วมด้วย

การประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะขาดสุรา

ควรประเมินในกลุ่มที่ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง ได้แก่

๑. ผู้ที่มีคะแนน AUDIT ๒๐ คะแนนขึ้นไป

๒. ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol Dependence และลดปริมาณการดื่มสุราลง

๓. ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยทั่วไปที่รักษาแบบผู้ป่วยในและมีประวัติการดื่มสุราในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมา

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดสุรารุนแรงมีดังนี้

๑. อายุมากกว่า ๓๐ ปี

๒. มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>๑๕๐ กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า ๑๐ ดื่มมาตรฐาน (Standard drink)* เทียบเท่ากับเหล้าขาวมากกว่า ๑/๒ ขวดต่อวัน

๓. ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า ๕ ปี)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔. เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน (Delirium Tremens; DTs)
๕. เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน
๖. มีอาการขาดสุราขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
๗. อาการขาดสุราระดับรุนแรง ถ้าจะมีอาการจะเกิดขึ้นภายใน ๓ วัน
๘. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
๙. ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
๑๐. มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง

๑๑. ซ้ำพจนสูงเกิน ๑๐๐ ครั้งต่อนาที

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการขาดสุรา

- Alcohol Withdrawal Scale (AWS)
- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)
- Minneapolis Detoxification Scale (MINDS)
- Severity Assessment Scale (SAS) (เป็นเครื่องมือที่มีลิขสิทธิ์)

ข้อบ่งชี้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ในการรักษาภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยนอกนั้น ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจในอาการและการปฏิบัติตัวในระดับหนึ่งและ

ญาติหรือผู้ดูแลก็ต้องมีความเข้าใจว่าจะดูแลอย่างไร ติดตามอาการอย่างไรด้วย โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้

๑. มีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate withdrawal)
๒. สามารถรับประทานยาได้
๓. มีญาติสนิทหรือคนในครอบครัวช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด และสามารถติดตามอาการขาดสุราได้
๔. สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกวัน
๕. ไม่มีภาวะโรคทางจิตเวชและโรคทางกายที่ยังไม่คงที่
๖. ไม่มีปัญหาใช้ยาและสารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย จนอาจมีอาการขาดสารเสพติดนั้น เช่นยานอนหลับ
๗. ไม่มีประวัติอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน(Delirium Tremens; DTs) หรือชัก(Rum Fits)มาก่อน
๘. อายุน้อยกว่า ๖๐ ปี
๙. ไม่มีหลักฐานแสดงถึงอวัยวะภายในถูกทำลายจากพิษสุรา เช่น Elevated MCV, Renal Insufficiency, Ascites, Cirrhosis เป็นต้น (ในกรณีตั้งครุฑต้องระวังผลกระทบจากการดื่มสุราควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง)

ข้อบ่งชี้การรับผู้ป่วยติดสุราไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน

๑. มีโรคทางกายหรือทางจิตเวชต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
๒. เริ่มมีอาการขาดสุราหรือคาดว่าจะมีอาการขาดสุราระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe withdrawal) โดยประเมินจากการสังเกต ประวัติในอดีต และใช้แบบประเมินอาการขาดสุรา
๓. เคยมีอาการแทรกซ้อนจากภาวะขาดสุรามาก่อน เช่น อาการชัก อาการขาดสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน (Delirium Tremens; DTs)
๔. มีการติดยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย และมีอาการขาดยา (Withdrawal)
๕. เคยรักษา Detoxification แบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ได้ผล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๖. ขาด Social Supports หรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพียงพอสำหรับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

๗. กรณีอื่นๆอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยในภาวะขาดสุราการบำบัดรักษาภาวะขาดสุราเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ที่ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราได้ โดยมีอาการขาดสุราน้อยที่สุด ผู้ที่เสพติดสุรามักมีอาการผิดปกติเมื่อหยุดดื่ม บางรายอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้หลักการรักษาภาวะขาดสุราประกอบด้วย ๔S' ได้แก่

๑) Sedation: การให้ยาระงับประสาท

๒) Symptomatic Relief: การบรรเทาอาการทางกาย

๓) Supplement: การเสริมวิตามินและเกลือแร่

๔) Supportive Environment: การจัดสิ่งแวดล้อม

๑. การให้ยาระงับประสาท (Sedation) ยาหลักที่ให้ ได้แก่ Diazepam, Chlordiazepoxide หรือ Lorazepam ในกรณีเป็นผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับบกพร่อง โดยพิจารณาตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา รูปแบบการให้ยาตามมาตรฐานสามารถให้ได้หลายรูปแบบ แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงรูปแบบที่ใช้บ่อยในการปฏิบัติดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา

Protocol ๑ : Standard Treatment Regimen or Fixed - Schedule Regimen เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนดในรายที่มีความเสี่ยงหรือเริ่มมีภาวะขาดสุรา เพื่อป้องกันอาการขาดสุราหรือควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรง

มากขึ้น หลักการคือให้ยาทุก ๖ ชั่วโมง เพื่อคงระดับยาในกระแสเลือดให้คงที่ ทั้งนี้การให้ยา ๔ เวลาหลังมีอาหารและก่อนนอน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับยาในกระแสเลือดต่ำในช่วงกลางคืน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการขาดสุรารุนแรงในช่วงกลางคืนได้ ดังนั้นควรพิจารณาการให้ยาในเวลาที่ทำให้ระดับยาคงตัวมากที่สุด และเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ส่วนจะให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในนั้น ควรพิจารณาตามข้อบ่งชี้

Protocol ๒: Symptom-Triggered Regimen เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา โดยพิจารณาขนาดยาและความถี่ในการให้ยาตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา ซึ่งประเมินจาก Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ CIWA-Ar โดยระยะเวลาการประเมิน พิจารณาตามความรุนแรงของอาการ โดยมีรูปแบบการรักษา ดังนี้

- การรักษา Symptom Trigger Regimen แบบผู้ป่วยนอก คือการให้ยาเฉพาะเวลามีอาการโดยประเมินอาการขาดสุราและอาการขาดสุราไม่เกินระดับ Moderate รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ของการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ต้องนัดติดตามอาการผู้ป่วยทุกวันเพื่อประเมินอาการขาดสุรา โดย

- วันแรกให้ Long-acting Benzodiazepine เช่น Diazepam ๑๐ mg ทุก ๖-๑๒ ชั่วโมงเมื่อมีอาการ

- วันที่ ๒-๕ ให้ Long-acting Benzodiazepine เช่น Diazepam ๕ mg ทุก ๖ ชั่วโมงเมื่อมีอาการ

วิธีการให้ยาแบบนี้ มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพ ข้อดีคืออาการสงบโดยไม่่วงมากเกินไปและไม่กดบังอาการระบบประสาท ใช้ยาปริมาณน้อยกว่า ใช้เวลาควบคุมอาการสั้นกว่า กรณีที่มีปัญหาโรคตับแข็งควรใช้ยา Short-acting Benzodiazepines เช่น Lorazepam หรือ Oxazepam เพื่อป้องกันอาการรบกวนมากเกินไปจากผลของยา

- การรักษา Symptom Trigger Regimen แบบผู้ป่วยใน คือการให้ยาเฉพาะเวลามีอาการโดยประเมินอาการขาดสุราและอาการขาดสุราอยู่ในระดับ Moderate to Severe รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ของการรักษาแบบผู้ป่วยใน ยาที่ให้ คือ Diazepam ๕-๒๐ mg. slow iv prn. สามารถให้ได้ทุก ๑๕-๓๐ นาทีซ้ำจนสงบแต่ไม่เกิน ๓๐๐ mg. ต่อวัน โดยประเมินอาการขาดสุราและสัญญาณชีพซ้ำก่อนให้ยา (หากไม่มีอาการ Hallucination อาจพิจารณาใช้เฉพาะ protocol ๑) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรารุนแรง AWS ≥ ๑๐ หรือ CIWA-Ar ≥ ๑๕ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ประสาทหลอนชัดเจน ควรพิจารณาให้ยาต้านอาการทางจิตเสริม เช่น Haloperidol ขนาด ๒.๕-๕ mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยสามารถให้ซ้ำได้ถึง ๓ ครั้ง ในชั่วโมงต่อไป จากนั้นให้ได้ทุก ๖ ชั่วโมงตามความจำเป็น หรือ อาจพิจารณาให้แบบ รับประทานวันละ ๒ ครั้งตามความจำเป็น นอกจากการให้ยา Haloperidol ในรายที่มีอาการประสาทหลอนแล้ว อาจพิจารณาให้ยา Risperidone ๒mg หรือ Olanzapine ๕-๑๐ mg ต่อวัน หรือให้ยา Benztropine ๐.๕-๒ mg รับประทาน วันละ ๒ ครั้ง เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Haloperidol

หลังจากผู้ป่วยสงบให้คำนวณขนาดยากลุ่ม Benzodiazepine แบ่งเป็นรับประทาน ๔ เวลาในวันถัดไป โดยลดขนาดยา ประมาณร้อยละ ๒๕ ทุก ๒-๓ วันจนหยุดยาได้ และไม่ควรให้ต่อเนื่องนานเกิน ๑๐ วันนอกจากมีกรณีอื่นที่จำเป็นต้องให้ต่อ เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล ให้พิจารณาตามความจำเป็น

ข้อควรระวังในการให้ยาระงับประสาทควรใช้ความระมัดระวังในการใช้ยาระงับประสาทในกรณีผู้ป่วยมีภาวะ ดังต่อไปนี้

- โรคตับเรื้อรัง
- มีโรคในระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง
- โรคหัวใจ
- มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ

๒. การบรรเทาอาการทางกาย (Symptomatic Relief) การให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการทางกายเป็นเรื่องจำเป็น สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหารและมีความสำคัญเท่าๆกับการให้ยาระงับประสาท ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น ภาวะไม่สุขสบายทางกายที่พบได้บ่อย เช่น

- อาการคลื่นไส้อาเจียน พิจารณาให้ Plasil หรือ Metoclopramide ตามความจำเป็น
- อาการจุกเสียดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย พิจารณาให้ยาลดกรด ตามความจำเป็น
- อาการท้องเดิน พิจารณาให้ยาคาโอลินมิคซ์เจอร์ หรือ ดื่มน้ำเกลือแร่ ตามความจำเป็น - อาการปวดศีรษะ มีไข้หรือ อาการปวดอื่นๆที่ไม่รุนแรง พิจารณาให้ยาแก้ปวด สดใช้ตามความจำเป็น

๓. การเสริมวิตามินและเกลือแร่ (Supplement) การเสริมวิตามินและเกลือแร่เป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กำลังอยู่ในช่วงถอนพิษสุราวิตามินและเกลือแร่ที่แพทย์อาจพิจารณาให้ ได้แก่

- Thiamine (Vitamin B๑) การขาด Thiamine จะนำไปสู่อาการ Wernicke/Korsakoff syndrome เนื่องจากผู้ป่วยที่กำลังถอนพิษสุรา ส่วนใหญ่ร่างกายจะมีการดูดซึมไม่ดีจึงควรให้ทางกล้ามเนื้อในขนาด ๑๐๐ mg ๓-๗ วัน เสริมจากการ รับประทาน
- การให้วิตามินบีรวม เพื่อรักษาการขาดวิตามินบีชนิดอื่นๆ
- การให้ Folic Acid เพื่อบรรเทาการขาดสารอาหารประเภทโฟเลต
- การให้ยาบำรุงตับ กรณีติดสุราเรื้อรังหรือตรวจพบการที่หน้าที่ของตับบกพร่อง
- ในรายที่ขาดเกลือแร่และน้ำควรเสริมของเหลวให้ดื่ม เช่น กลูโคส หรืออาจให้ทางเส้นเลือดดำ
- ในรายที่ตรวจพบมีภาวะซีดหรือพบความผิดปกติของเม็ดเลือดหรือเกล็ดเลือด พิจารณาให้ยาบำรุงเลือดตามจำเป็น
- ในรายที่มีแมกนีเซียมในเลือดต่ำ หรือพบหัวใจเต้นผิดจังหวะควรพิจารณาให้แมกนีเซียมซัลเฟต ตามความจำเป็น
- ในรายที่ติดสุรารุนแรงอาจตรวจพบระดับโพแทสเซียมและฟอสเฟตต่ำ ควรพิจารณาให้โพแทสเซียม หรือฟอสเฟตตามความจำเป็น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔. การจัดสิ่งแวดล้อม (Supportive Environment) ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีแสงสว่างเพียงพอ และมีอากาศเย็นสบาย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจหรือหวาดกลัว เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน ไม่สะดวกสบาย หรือมีสิ่งรบกวนเกินไป จะทำให้อาการขาดสารอาหารรุนแรงมากขึ้น และควรมีเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะการใช้เทคนิคการจัดการทางพฤติกรรมเพื่อบรรเทาและรักษาอาการต้นกั้วของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรแยกผู้ป่วยเพื่อจำกัดการพบปะของผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น ๆ หรือน้อยที่สุดถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสน ไม่รับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่

การให้ข้อมูลการรักษาในภาวะขาดสารอาหารแก่ผู้ป่วยและญาติ

- ผู้ป่วยที่หยุดดื่มเกิน ๕ วัน และไม่มีภาวะขาดสารอาหารโอกาสเกิดอาการขาดสารอาหารน้อยมาก

สามารถนัดมาติดตามอาการได้และถ้ามีอาการขาดสารอาหารเล็กน้อย อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาลดอาการขาดสารอาหาร

- แต่หากผู้ป่วยดื่มสุรารายใน ๖-๘ ชม. ก่อนมารักษา อาจยังไม่มีอาการต้องติดตามเฝ้าระวังภาวะขาดสารอาหาร

- อาการขาดสารอาหารตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการชั๊ก หูแว่ว ประสาทหลอนสับสนเกี่ยวกับบุคคล

วันเวลา และสถานที่ ซึ่งเกิดจากการหยุดดื่มสุราและอาการนี้จะดีขึ้นถ้าพ้นภาวะขาดสารอาหารไปแล้ว

ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) คือโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วยถุงลม ปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลงเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ซึ่งจัดเป็นภาวะร้ายแรง และผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เด็กเล็ก อย่างไรก็ตามถ้าตรวจพบในระยะแรกเริ่มจะสามารถรักษาให้หายได้ซึ่งอาการแสดงและความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันไปและบางครั้งอาจ พบปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆด้วย

พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบแบ่งออกเป็น ๓ระยะคือ

๑. ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดง ไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลออกมาเกินปกติที่เรีย ระยะนี้กินเวลา ๒๔-๔๖ ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด

๒. ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่า มีเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้นทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดง จัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดง ในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรคระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization) เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไฟบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัว เล็กลงระยะนี้กินเวลา ๓-๕ วัน

๓. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้เม็ดเลือดขาว สามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบรินเม็ดเลือดขาว และหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนื้อปอดมักจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอด จะหายไปหรือมีพังพืดชั้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมาก แต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ ๕ วัน ผู้ใหญ่ ๖ สัปดาห์แต่ไม่ควรเกิน ๖ สัปดาห์ถ้าเกิน ๖ สัปดาห์ต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม เช่น มะเร็งปอดหรือหลอดลม เป็นต้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุ : ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อโดยเฉพาะจากเชื้อแบคทีเรียมีเพียงส่วนน้อยเกิดจากสารเคมี ซึ่งการติดเชื้อที่สำคัญ มีดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เชื้อแบคทีเรียเป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุของปอดอักเสบที่พบได้บ่อยที่สุดในคนทุกวัยได้แก่ เชื้อปอดอักเสบที่มีชื่อว่าสเตรปโตค็อกคัสนิวโมเนีย (Streptococcus pneumoniae) หรือมีชื่อ อีกร้อยกว่านิวโมค็อกคัส (Pneumococcus) ซึ่งเป็นเชื้อที่ทำให้เกิดปอดอักเสบเฉียบพลันและรุนแรง แบคทีเรียชนิดอื่นๆ เช่น Staphylococcus aureus ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดปอดติดเชื้อชนิด ร้ายแรงพบได้บ่อยในผู้ที่ฉีดยาเสพติดด้วยเข็มที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อและอาจเป็นภาวะแทรกซ้อน ของโรค ไข้หวัดใหญ่ เชื้อ Klebsiella pneumoniae^{๑๗} ซึ่งทำให้เป็นปอดติดเชื้อชนิดร้ายแรง ในผู้ป่วยที่ ดื่มแอลกอฮอล์จัด เชื้อ Legionella ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปตามระบบปรับอากาศเช่นโรงพยาบาล ห้องพักโรงแรม เชื้อ Haemophilus influenzae ซึ่งเป็นสาเหตุของปอดอักเสบในทารกและผู้ป่วย หลอดลมอักเสบเรื้อรังเป็นต้นเชื้อไมโคพลาสมา นิวโมเนีย (Mycoplasma pneumoniae) ซึ่งเป็นเชื้อคล้ายแบคทีเรียแต่ไม่มีผนังเซลล์จัดว่าอยู่ก้ำกึ่งระหว่างเชื้อไวรัสกับแบคทีเรีย มักทำให้เกิดปอดอักเสบที่มีอาการไม่ชัดเจนทำให้มีอาการไข้ ไอ ปวดเมื่อยคล้ายโรคไข้หวัดใหญ่หรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โดยไม่ มีอาการหอบรุนแรง การตรวจฟังปอดในระยะแรกมักไม่พบเสียงผิดปกติมักพบได้ในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวถ้าพบในวัยกลางคนและผู้สูงอายุอาจมีอาการรุนแรงและบางครั้งอาจพบมีการระบาดได้

๔. เชื้อไวรัสที่พบบ่อยได้แก่ไวรัสไข้หวัดใหญ่(Influenza virus) ส่วนไวรัสค็อกแซกกี (Coxsackie virus)และไวรัสซาร์ส (SARS coronavirus)พบไม่บ่อย

๕. เชื้อราที่สำคัญได้แก่นิวโมซิสติส จิโรเวซิไอ(Pneumocystis jirovecii pneumonia-PCP) เป็นสาเหตุของปอดอักเสบในผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากเชื้อราอื่นๆ เช่น แอสเพอร์จิลลัส (Aspergillus) คริปโตค็อกโคสิ ส(Cryptococcosis) ฮิสโตพลาสมา แคปซูล (Histoplasma capsulatum) ซึ่งจะพบในผู้ที่มีภูมิต้านทานร่างกายต่ำ เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยง : ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ ได้แก่

๑. อายุในผู้สูงอายุจะมีภูมิต้านทานโรคต่ำ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของอวัยวะและเซลล์จะ เสื่อมสภาพลง หากรับประทาน อาหารและพักผ่อนไม่เพียงพอไม่ออกกำลังกาย สัมผัส มลพิษและ สารเคมีรวมทั้งมีโรคร่วมหลายอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบได้ สูงมาก เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือภาวะการหายใจล้มเหลว เพราะร่างกายมีความบกพร่องในการ ป้องกันและ กำจัดเชื้อโรค

๒. การสูบบุหรี่หรือสัมผัสควันบุหรี่ควันไฟ ทา ให้เกิดการระคายเคืองและทา ลายเยื่อทางเดิน หายใจ จะกระตุ้น ให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกาย ทำให้ทางเดินหายใจหดเกร็ง กลไกการต้านทานของ การเกิดโรกระบบทางเดินหายใจลด ประสิทธิภาพลง ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ได้ง่ายและการดื่มสุราอาจทำให้รู้สึกตัวลดน้อยลง มีอาการ มึนเมา เวลารับประทานอาหารหรือนอน อาจทา ให้เกิดการสำลักอาหารเข้าปอดได้ทา ให้เกิดการติดเชื้อตามมา หรือ รับประทานยาบาง ชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยารักษาโรคมะเร็งหรือยาเคมีบำบัดเป็นประจำ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อระบบ ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคและการกำจัดเชื้อโรคน้อยลง

๓. การมีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์โรคหลอดลมพอง โรค หลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหืดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง ฟันผุเหงือกเป็นหนอง เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลา เดียวกัน จนบางครั้งอาจรับยามากเกินความจา เป็นและยาบางตัวเป็นยากดภูมิคุ้มกัน ของร่างกายที่ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะรวมทั้งการมีพยาธิสภาพหลายๆอย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันจึงส่งผลให้ สุขภาพโดยรวมทรุดลง ทา ให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอด อักเสบได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔. การไม่รักษาสุขภาพและอนามัย เช่น การขาดสารอาหารการอยู่อาศัยในสถานที่ที่ไม่มี การถ่ายเทอากาศดีพอ ที่มีผลภาวะการไปอยู่ในที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ ทำให้ ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย โดยการสูดดม หายใจเอาเชื้อโรคที่แพร่กระจายอยู่ในอากาศจากการไอจาม รดกัน หรือจากการใช้มือสัมผัสกับสารคัดหลั่ง ต่างๆ รวมทั้งสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่มีเชื้อโรคอยู่ซึ่ง เมื่อร่างกายได้รับเชื้อเข้ามจะทำให้ร่างกายอ่อนแอและป่วยเป็นโรคได้ในที่สุด

อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ

ไข้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือมีไข้ตัวร้อนตลอดเวลา บางรายก่อนมีไข้ขึ้น อาจมีอาการหนาวสั่นมากซึ่งมักจะเป็นเพียงครั้งเดียวในช่วงแรกอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการ ปากเขียว ตัวเขียว ส่วนในรายที่เป็นไม่มากอาจไม่มีอาการหอบเหนื่อยชัดเจน อาการไอ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆไม่มีเสมหะ แล้วต่อมามีเสมหะขาวหรือขุ่นข้นออกเป็นสีเหลืองสีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปน อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บแปลบเวลาหายใจเข้าหรือเวลาที่ไอแรงๆ ตรงบริเวณที่มีการ อักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ ซี่ข้างหรือท้อง ต่อมาจะมีอาการ หายใจหอบเร็วผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหารอาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น หรือโรคหวัด นำมาก่อนแล้วจึงมี อาการไอ หายใจหอบตามมา โดยเฉพาะที่เกิดจากเชื้อ Streptococcus pneumoniae หรือเชื้อ Haemophilus influenzae อาจมีอาการซึม สับสนในรายที่เป็นปอดอักเสบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้ออื่นๆ จะมีอาการของโรคติดเชื้ออื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ไข้หวัดใหญ่หัด อีสุกอีใส ไอกรน สкарบไทเฟส โรคฉี่หนู เป็นต้น

การวินิจฉัย การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบประกอบด้วย

๑. การซักประวัติ

๑.๑ ประวัติของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ เช่น โรคเรื้อรัง วัณโรคปอด โรค ภูมิ ด้านทานต่ำ การสูบบุหรี่ เป็นต้น ๑.๒ ประวัติการสัมผัสเชื้อโรค สารเคมีต่างๆ เช่น น้ำมันก๊าด เป็นต้น

๑.๓ ประวัติการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ยาเคมีบำบัด

๑.๔ ประวัติโรคทางปอดร่วมด้วย เช่น ไข้หวัดใหญ่ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

๑.๕ ประวัติการสูดสูดสูดหรือการกลืน

๒. การตรวจร่างกาย

๒.๑ การตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่ การจับชีพจร ลักษณะการหายใจ อุณหภูมิของร่างกาย (ไข้) อาการไอ เจ็บหน้าอก

๒.๒ การตรวจเฉพาะที่ เช่น การฟังบริเวณทรวงอก เพื่อหาความผิดปกติเกี่ยวกับพยาธิสภาพ เช่น เสียง Crepitation (มีเสียงเสมหะ) Rhonchi (หลอดลมตีบ) เป็นต้น

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑ Complete blood count (CBC) พบเม็ดเลือดขาวในเลือดสูง และเปอร์เซ็นต์ของ นิวโทรฟิล เพิ่มมากขึ้นพบว่า จำนวนนิวโทรฟิลจะเพิ่มมากขึ้นหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอักเสบ ส่วนใหญ่พบการติดเชื้อแบคทีเรีย

๓.๒ Hemoculture การเพาะเชื้อจากกระแสโลหิต เพื่อวินิจฉัยชนิดของเชื้อ

๓.๓ Sputum gram stain Sputum culture การย้อมเสมหะตรวจเพาะเชื้อ จะพบเชื้อที่เป็น สาเหตุของปอดอักเสบ

๓.๔ Legionella urinary antigen การตรวจปัสสาวะ เป็นการตรวจดูเชื้อเฉพาะ Legionella pneumophila serogroup ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของปอดอักเสบชุมชนที่รุนแรง ๓.๕ ตรวจหา Arterial blood gas เพื่อประเมินความสมดุลของกรดต่าง ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะ พร่องออกซิเจน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔. การตรวจภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) เพื่อตรวจหารอยโรค ปริมาณน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

(Pleural effusion) ความผิดปกติของปอด (Lung infiltration) นอกจากนั้นภาพรังสีทรวงอกยังช่วย บอกความ รุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

๕. Percutaneous lung aspiration ทำในผู้ที่มีอาการอักเสบของปอด หรือปอดบวมที่ไม่ สามารถตรวจเชื้อจากเสมหะได้ ดูดเอาน้ำไปดูด้วยกล้องจุลทรรศน์หรือเพาะเชื้อ ๖. Bronchoscope เป็นการใส่กล้องส่องหลอดลมเข้าทางปากหรือจมูกเข้าไปในบริเวณหลอดลม ส่วนปลาย เพื่อดูความผิดปกติของเยื่อหุ้มหลอดลม ทั้งนี้ยังสามารถดูดสิ่งคัดหลั่งที่สงสัยว่าเกิดเชื้อไปตรวจ เพื่อทำการ เพาะเชื้อ

การรักษา

ปัจจุบันแนวทางการรักษา เพื่อลดการติดเชื้อในร่างกาย และประคับประคองอาการ ซึ่งเมื่อวินิจฉัย ผู้ป่วยว่าเป็นโรคปอดอักเสบจากอาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจเพาะเชื้อทาง ต้องปฏิบัติการเพื่อเป็นการยืนยันชนิดของเชื้อ และความรุนแรงของโรค แล้ว ในระหว่างการรอผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งการรักษาผู้ป่วยทั่วไปประกอบด้วย การ รักษาทางยา การรักษาด้วยออกซิเจน และการรักษาแบบประคับประคอง โดยมีแนวทางการรักษา

๑.การรักษาทางยา (Pharmacological therapy) ยาที่รักษาโรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำเป็นต้องรักษาการติดเชื้อ โดยยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อทำลายเชื้อที่เป็นสาเหตุนอกจากนี้ยังต้องรักษาตามอาการ เช่น มีไข้ไอ มีเสมหะ เป็นต้น อาจพิจารณา ให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ ยาลดไข้ ในระหว่างการรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์จะพิจารณาหยุดยาปฏิชีวนะเมื่อผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อที่ทำให้เกิดและผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสิ่งสำคัญก่อนให้ยาปฏิชีวนะจำเป็นต้องสอบถามถึงประวัติการแพ้ยาและอาการข้างเคียงของยา อาการคัน มีผื่นตามร่างกาย ท้องเสีย เป็นต้น เมื่อพบความผิดปกติดังกล่าวจำเป็นต้องรีบรายงานแพทย์ เพื่อ ป้องกันการเกิด Anaphylactic shock ตามมา นอกจากยาปฏิชีวนะตามชนิดของเชื้อแล้ว ผู้ป่วยอาจได้รับยาอื่นๆ ดังนี้ Antitussive: ใช้ควบคุมอาการไอ ยาที่ใช้ ได้แก่ Dextromethorphan Hydrobromide (เดกซ์โท ทอร์แฟนไฮโดรโบรไมด์) ยากลุ่มนี้ควรเลือกใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไอแบบไม่มีเสมหะ มีลักษณะไอแห้งไอถี่ ออกฤทธิ์ในการลดความถี่และความรุนแรงของการไอลง เพื่อป้องกันการระคายเคืองเพิ่มการอักเสบบริเวณหลอด Antipyretics และ Analgesics: รักษาอาการ Pleuritic pain ยาที่ใช้ได้แก่ Codeine และ Morphine sulfate ทั้งต้องระวังเกี่ยวกับการกดหายใจต้องติดตามประเมินการหายใจและปริมาณออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation)

๒. การรักษาด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy)

การดูแลระบบทางเดินหายใจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบเนื่องจากผู้ป่วยมีการระบาย อากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมี Exudates ในถุงลมปอดแพบจากการมีเสมหะในทางเดินหายใจ การรักษามีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) และภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ซึ่งออกซิเจนที่ให้อาจมีความเข้มข้นสูงโดยใช้ O₂ Cannula ๑-๖ ลิตรต่อนาที ซึ่งให้ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ ๔๐ หรือ Mask ซึ่งให้ความเข้มข้นของออกซิเจน ร้อยละ ๔๐-๗๐ เพื่อแก้ไขภาวะหายใจลำบากแต่เมื่อให้ออกซิเจนดังกล่าวแล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการหอบเหนื่อยความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂)

ยังคงต่ำกว่า ๖๐ มม.ปรอท ความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO₂) สูง กว่า ๕๐ มม.ปรอท ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะช่วยการตีบแคบของหลอดลมและช่วยกำจัดเสมหะออกได้ดีขึ้นและอาจพิจารณาให้ได้รับ PEEP (Positive end expiratory pressure) เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบและช่วยเพิ่มการขยายตัวของปอด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive therapy) ผู้ป่วยปอดอักเสบการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ ได้แก่ การให้สารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันการติดเชื้อและรักษาสมดุลของร่างกายการควบคุมอุณหภูมิกายให้เป็นปกติ ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้ออย่างรุนแรง เช่น MRSA เป็นต้น การแยกผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบหากได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ภาวะแทรกซ้อนมักเกิดในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้สูงอายุ พยาบาลจึงจำเป็นต้องสังเกตอาการ อาการแสดงที่เพิ่มขึ้นการหายใจจากโรคซ้ำ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสำหรับภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

๑. น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) จากการอักเสบของเนื้อปอดที่ลามถึงเยื่อหุ้มปอด

๒. หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (Empyema) จากการติดเชื้อ เช่น Staphylococcus และ Klebsiella มีโอกาสที่เนื้อปอดถูกทำลายได้ง่าย

๓. ปอดแฟบ (Lung atelectasis) จากการมีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ

๔. การแพร่ของเชื้อเข้ากระแสเลือด กลายเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เยื่อหุ้มช่องท้องอักเสบ ข้ออักเสบ เย็บพลัน หรือเลือดเป็นพิษที่ร้ายแรง ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็วมักพบในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ

๓.๓ ภาวะSepsis เป็นภาวะตอบสนองของร่างกายจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๖๐-๗๐ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อตำแหน่งการติดเชื้อสุขภาพเดิมของผู้ป่วย วิธีการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลด อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย เป้าหมายคือการปรับภาวะพลศาสตร์การไหลเวียนโลหิตให้อวัยวะต่างของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอภายในเวลาไม่เกิน ๖ ชั่วโมง

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

- qSOFA (quick Sepsis Organ Failure Assessment)
- Respiratory rate \geq ๒๒/min
- Altered mentation
- Systolic blood pressure \leq ๑๐๐ mmHg
- SIRS (Systemic inflammatory response syndrome ๒ ข้อ ขึ้นไป
- ๑. Temperature $>$ ๓๘๐ C or $<$ ๓๖ C
- ๒. Heart rate $>$ ๙๐ beats/min
- ๓. Respiratory rate $>$ ๒๐/min หรือ PaCo $<$ ๓๒ mmhg
- ๔. WBC $>$ ๑๒,๐๐๐/mm^๓ หรือมี Ban fom neutophile $>$ ๑๐ %
- MEWS (Modified Early Warning Score)
- PEWS ในเด็ก
- SOS score (search out severity score)
- SOS score (search out severity score)แนวทางการรักษา
- Early detect : qSOFA \geq ๒,SIRS \geq ๒,SOS \geq ๔+ Source of infection
- Early Treatment

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- take H/C ๒ specimens H/C+ lab Sepsis
- Start /เปลี่ยน IV ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง
- Early Resuscitation
- IV NSS ๑๐๐๐ ml ๒ เส้นพร้อมกัน ๒ Load IV ๑๕๐๐mlหรืออย่าง น้อย ๓๐ml/kg ใน ๑ ชม.
- Start vasopressor titrate Keep BP>๙๐/๖๐,MAP>๖๕ mmHg
- Retaine Foley's catheter keep Urine output > ๓๐ml/hr หรือ ๐.๕ ml/kg/hr
- ให้ออกซิเจน Keep O๒ ≥ ๙๕ %

ความรู้เกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจล้มเหลว

ภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ซึ่งหมายถึง ภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยอาจจะทำให้เกิดการลดลงของออกซิเจนในเลือดแดง (hypoxemia, PaO₂ < ๖๐ mmHg) หรือมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hypercapnia, PaCO₂ > ๕๐ and pH < ๗.๓) หรือทั้งสองแบบรวมกันได้โดยภาวะนี้อาจเกิดแบบฉับพลัน (acute; มักเกิดในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน) แบบเรื้อรัง (chronic; มักเกิดในระยะเวลาเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือนหรือเป็นปี) หรือเกิดแบบฉับพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเรื้อรังอยู่ก่อน (acute on chronic)

ภาวะการหายใจล้มเหลวแบ่งเป็น ๔ ชนิด ได้แก่

๑. Type I, Acute hypoxic respiratory failure (AHRF)
๒. Type II, Ventilatory failure
๓. Type III, perioperative respiratory failure
๔. Type IV, Shock

อาการทางคลินิก (clinical manifestation)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะการหายใจล้มเหลวแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่

๑. อาการที่เกิดจากโรคที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว เช่น ไข้ ไอ เหนื่อย จากโรคปอดบวม ฯลฯ
๒. อาการที่เกิดจากการขาดออกซิเจน (Hypoxemia)
๓. อาการที่เกิดจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia)

สาเหตุของโรคที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน

Acute hypoxemic respiratory failure

Acute hypercapnic respiratory failure

การวินิจฉัยและการค้นหาสาเหตุ

การวินิจฉัยส่วนใหญ่อาศัยจากอาการและอาการแสดงเป็นหลัก ประกอบกับค่า arterial blood gas (ABG) โดยการวินิจฉัยประกอบด้วย การวินิจฉัย acute respiratory failure โดยอาศัยประวัติและตรวจร่างกายร่วมกับผล ABG

๒. จำแนกชนิดของ acute respiratory failure

อธิบายความผิดปกติทางพยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology) หาโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุ

การรักษา (treatment) หลักทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะการหายใจล้มเหลวประกอบด้วย

๑. แก้ไขภาวะ hypoxemia และ hypercarbia
๒. แก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดถ้าภาวะที่เลือดเป็นกรดนั้นก่อให้เกิดอันตราย
๓. รักษา cardiac output ให้อยู่ในระดับปกติหรือเพิ่ม cardiac output ถ้าต่ำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔. รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ

๕. ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา

๓.๔ ทฤษฎีทางการพยาบาลและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ในการศึกษาผู้ป่วยทั้ง๒รายนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดทฤษฎี แบบแผนการประเมินสุขภาพของกอร์ดอน (Gordons' Functional Health Patterns) การใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน การวางแผนจำหน่าย ตามแนวทาง D-METHOD ดังต่อไปนี้

๑) กรอบแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self Care Deficit Theory)

การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพและความเป็นปกติสุขของชีวิตแต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือทำได้ไม่เต็มที่ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยการกระทำแทนหรือกระทำการสอนการชี้แนะการสนับสนุนให้กำลังใจและการปรับสิ่งแวดล้อมโดยทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพกลับมาดีขึ้นและเป็นปกติสุข

๒) กรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล Nursing process ๕ ขั้นตอน

๑) การประเมินสภาพผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการประเมินสภาพผู้ป่วยต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องเก็บมากแหล่งข้อมูลมีหลายทาง เช่น ก้นการซักประวัติผู้ป่วยและญาติการสังเกตการตรวจร่างกายเวชระเบียนทางการแพทย์การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มสุขภาพจึงต้องเป็นข้อมูลที่สำคัญครอบคลุมนำข้อมูลไปวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อค้นหาปัญหานำไปสู่การวางแผนในการพยาบาล

๒) การวินิจฉัยทางการพยาบาล ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วพยาบาลจะนำข้อมูลเหล่านั้นมาผ่านการจัดหมวดหมู่เรียงเรียงวิเคราะห์และสู่ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเมื่อทราบแนวทางการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพแบบที่หนึ่งมีภาวะสุขภาพที่แบบที่สองคาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะพบปัจจัยเสี่ยงแบบที่สามมีสุขภาพเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อนี้คือการวินิจฉัยเจ็บป่วยที่พบ

๓) การวางแผนการพยาบาล เป็นการพิจารณาและกำหนดกิจกรรมการช่วยเหลือหรือร่วมมือกับผู้รับบริการในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลการกำหนดกิจกรรมพยาบาลและประเมินผลการเขียนแผนการพยาบาลและเป็นการสื่อสารเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย

๔) การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการนำขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลมาปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ในตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมภายหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องบันทึกเป็นหลักฐานสิ่งที่ได้ปฏิบัติด้วย

๕) การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลการประเมินคุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยแบ่งเป็นสองประเภทการประเมินขณะทำการพยาบาลการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพยาบาลโดยสรุปการประเมินผลครั้งนี้ ๑) บรรลุผลตามเป้าหมายและปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ๒) เป้าหมายยังไม่บรรลุแต่มีความก้าวหน้าที่ดีตามแผนที่วางไว้ อาจมีการปรับเปลี่ยนแผนเล็กน้อย ๓) เป้าหมายไม่บรรลุควรต้องมีการปรับแผนการพยาบาลพยาบาลหรือการประเมินข้อมูลใหม่เพื่อสร้างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตรงกับปัญหาผู้ป่วย

๓) การประเมินปัญหาสุขภาพ โดยใช้แบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's topology of ๑๑ functional health pattern)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception-health management pattern) หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้ที่ยังได้รับผิดชอบ โดยขอบเขตการดูแลสุขภาพนี้ ครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกัน โรคและความเจ็บป่วย กิจกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ทั้งในภาวะที่สุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยและอุปสรรคต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern) หมายถึง แบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำของบุคคล หรือบริโภคนิสัย กระบวนการที่ร่างกาย เผาผลาญและใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย การเจริญเติบโตระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การเผาผลาญและการใช้สารอาหารและน้ำ

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย (Elimination pattern) หมายถึง แบบแผนและกระบวนการ ขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ทั้งการขับถ่ายกากอาหารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปัจจัย ส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรค

ต่อแบบแผนและกระบวนการขับถ่าย

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern) หมายถึง แบบ แผนการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน (activities of daily living) การดูแลบ้านที่อยู่ อาศัย กิจกรรมในงานอาชีพ การใช้เวลาว่างและการนันทนาการ แบบแผนการออกกำลังกาย กระบวนการทำงานของร่างกายที่ส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การ พัฒนาการและการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัย ส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อน นอนหลับ (Sleep-rest pattern) หมายถึง แบบแผนการนอนและกระบวนการนอนหลับและการผ่อนคลาย (relax) ปัจจัยส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนการนอน

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับรู้ความรู้สึกทางประสาท สัมผัสทุกส่วน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง ความสามารถและการพัฒนาการทางสติปัญญา เช่น ความจำ ความคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ การ แก้ปัญหา อารมณ์ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อความสามารถด้านสติปัญญา และการรับรู้

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception-self-concept pattern) หมายถึง ความคิดความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในภาพรวมและในแต่ละคุณลักษณะ ได้แก่ ความสวยงาม ความสามารถ ความดี ความถูกต้อง ความภูมิใจในตนเอง ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคที่มีต่อการรับรู้ตนเอง

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role-relation pattern) หมายถึง กิจกรรมของบุคคลตามบทบาทและสัมพันธ์ภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การพัฒนาการทางด้านสังคมปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern) หมายถึง ลักษณะการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศ และเพศสัมพันธ์ และการส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงและ อุปสรรคต่อการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศ และเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ ๑๐ ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด (Coping-stress tolerance pattern) หมายถึง การรับรู้ ความเครียดและสาเหตุ วิธีการและกระบวนการในการจัดการกับความเครียดทั้งในระดับที่รู้ตัวและที่เป็นอัตโนมัติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรคในการปรับตัวกับความเครียด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าความเชื่อ (Value-belief pattern) หมายถึง ภาวะความมั่นคง เข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ของบุคคลกับสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตของตนเอง เป้าหมายในการ ดำเนินชีวิตสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตามความเชื่อที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวปัจจัยและอุปสรรคต่อความมั่นคง เข้มแข็งทางจิตใจ

๔) ความรู้อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การวางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD

D : Diagnosis การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคแนวทางการรักษาและการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

M : Medicine แนวทางการรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการ ใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา

E : Environment ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรค

T : Treatment แนะนำการเฝ้าสังเกตอาการตนเองของผู้ป่วย ถ้ามีอาการผิดปกติ

H : Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การออกกำลังกาย

O : Out patient การมาตรวจตามนัดและการขอความช่วยเหลือในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน

D : Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคและวัย หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๓.๔ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

๓.๔.๑ ยาเซฟไตรอะโซน (Ceftriaxone) เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มยาเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียด้วยการทำลายผนังเซลล์ มักใช้ในผู้ที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย ทั่วร่างกาย เช่น การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือ การติดเชื้อในอวัยวะต่างๆ ให้ยา Ceftriaxone ทางหลอดเลือดดำ ปริมาณ ๑-๒ กรัม โดยแบ่งให้วันละ ๑-๒ ครั้ง หากติดเชื้อรุนแรงอาจเพิ่ม ปริมาณยาเป็นวันละ ๔ กรัม ผลข้างเคียงจากการใช้ยา Ceftriaxone อาจก่อให้เกิดอาการแพ้ เช่น ผื่นขึ้น ตามผิวหนัง หน้าบวม ปากบวม ลิ้น บวม กลืนอาหารไม่ได้ หายใจลำบาก นอกจากนี้ อาจมีอาการข้างเคียง รุนแรงอื่น ๆ เช่น

- ผิวหนังบริเวณที่ฉีดยาเกิดความเจ็บปวดมาก กดแล้วเจ็บ เป็นก้อนแข็ง หรือรู้สึกร้อน
- อ่อนเพลีย ผื่นขึ้น ผื่นลอก ผื่นเป็นตุ่มพอง มีเลือดออกง่ายและมีภาวะดีซ่าน (ตัวเหลืองตาเหลือง)
- มีไข้ เจ็บคอ หนาวสั่น หรือมีอาการที่เป็นสัญญาณของการติดเชื้อ
- รู้สึกแสบร้อนกลางอก เจ็บหน้าอก และเจ็บบริเวณข้าง ๆ หรือหลังบริเวณนั้นแฉะอย่างรุนแรง
- ปวดท้อง ท้องร่วงหรือถ่ายเหลวมาก และอาจถ่ายเป็นเลือด ขาบบริเวณท้อง ท้องอืด และท้องเฟ้อ
- เจ็บปวดขณะปัสสาวะ ปัสสาวะน้อยลง ปัสสาวะบ่อยมากกว่าปกติ อาจปัสสาวะเป็นเลือด ซึ่งทำให้ปัสสาวะมีสีน้ำตาลแดง ชุน หรือมีกลิ่นเหม็น

๓.๔.๒ ยาเซฟตาซิดิม (Ceftazidime) เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มยาเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) ใช้สำหรับรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย หลายชนิด มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อแกรมลบ โดยเฉพาะใช้ในการรักษา การติดเชื้อที่ข้อ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคปอดบวม การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หูชั้นนอกอักเสบ การติดเชื้อ

Burkholderia pseudomallei (B. pseudomallei) Pseudomonas aeruginosa Enterobacter E. coli H. influenzae Klebsiella Proteus Pseudomonas และ N. meningitidis เชื้อแกรมลบ เช่น เชื้อ streptococcal กลุ่มบี Streptococcus pneumoniae และเชื้อ Streptococcus pyogenes และเชื้อในกลุ่มที่ไม่ใช้ออกซิเจน ได้แก่ เชื้อในกลุ่ม Bacteroides และการติดเชื้อกลุ่ม vibrio

เซฟตาซิดิม สามารถบริหารยาผ่านการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เซฟตาซิดิม (Ceftazidime) ถูกค้นพบในปี ค.ศ. ๑๙๗๘ และออกวางจำหน่ายในท้องตลาดในปี ค.ศ. ๑๙๘๔ อยู่ในบัญชียาหลักขององค์การอนามัยโลก มีวางจำหน่าย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ในรูปแบบยาสามัญ มีใช้ในไทย โรคและ อาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยานี้บรรเทา

- ข้อบ่งใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดต่อมลูกหมาก
- ข้อบ่งใช้สำหรับการติดเชื้อในกระดูกและข้อ การติดเชื้อในช่องท้อง การติดเชื้อผิวหนัง ชนิดมี ภาวะแทรกซ้อน
- ข้อบ่งใช้สำหรับเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียและปอดบวมชนิด nasocomial pneumonia
- ข้อบ่งใช้สำหรับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ชนิดมีภาวะแทรกซ้อน

กลไกการออกฤทธิ์ของยาเซฟตาซิดิม (Ceftazidime) กลไกการออกฤทธิ์ของยาเซฟตาซิดิม ในรูปแบบตะไฮเดรตเป็นยา ยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย กลุ่มเซฟาโลสปอ รินส์(cephalosporins) ออกฤทธิ์โดยจับกับโปรตีน penicillin-binding protein (PBPs) ซึ่งจะยับยั้ง กระบวนการ transpeptidation ในขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสังเคราะห์ เปปทิ โดไกลแคนในการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย นอกจากนี้เซฟตาซิดิม ยังยับยั้งกระบวนการชีวสังเคราะห์และ ยับยั้ง การประกอบ โครงสร้างผนังเซลล์นำไปสู่การตายของแบคทีเรีย ข้อบ่งใช้ของยาเซฟตาซิดิม (Ceftazidime) ข้อบ่งใช้สำหรับ ป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีการ ผ่าตัดต่อมลูกหมาก ยาในรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดการใช้ยาใน ผู้ใหญ่ขนาด ๑ กรัม ร่วมกับการให้ ยาตามสลบ ขนาดการใช้ยาในผู้สูงอายุมากกว่า ๘๐ ปี ขนาดยาสูงสุด ๓ กรัมต่อวัน ข้อ บ่งใช้สำหรับการติดเชื้อ ในกระดูกและข้อ การติดเชื้อในช่องท้อง การติดเชื้อผิวหนัง ชนิดมีภาวะแทรกซ้อน ยาในรูปแบบฉีด เข้าหลอดเลือดดำ ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ๑ ถึง ๒ กรัมทุก ๘ ชั่วโมง ขนาดการใช้ยาในเด็กน้ำหนักน้อยกว่า ๔๐ กิโลกรัม ขนาด ๑๐๐ ถึง ๑๕๐ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน แบ่งให้ยาสามครั้ง ขนาดยา สูงสุด ๒ กรัมต่อวัน ขนาดการใช้ยาใน ผู้สูงอายุมากกว่า ๘๐ ปี ขนาดยาสูงสุด ๓ กรัมต่อวัน ข้อบ่งใช้สำหรับเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากการติดเชื้อแบคทีเรีย และ ปอดบวมชนิด nasocomial pneumonia ยาในรูปแบบยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ๒ กรัม ทุก ๘ ชั่วโมง ขนาดการใช้ยาในเด็กน้ำหนักน้อยกว่า ๔๐ กิโลกรัม ขนาด ๑๕๐ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน แบ่งให้ยาสามครั้ง ขนาดยาสูงสุด ๒ กรัมต่อวัน ขนาดการใช้ยาในผู้สูงอายุ มากกว่า ๘๐ ปี ขนาดยาสูงสุด ๓ กรัมต่อวัน ข้อบ่งใช้สำหรับการ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะชนิดมี ภาวะแทรกซ้อน ยาในรูปแบบบอยากฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ๑ ถึง ๒ กรัม ทุก ๘ ถึง ๑๒ ชั่วโมง ขนาดการใช้ยาในเด็กน้ำหนักน้อยกว่า ๔๐ กิโลกรัม ๑๐๐ ถึง ๑๕๐ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ต่อวัน แบ่งให้ ยาสามครั้ง ขนาดยาสูงสุด ๒ กรัม ต่อวัน ขนาดการใช้ยาในผู้สูงอายุมากกว่า ๘๐ ปี ขนาดยาสูงสุด ๓ กรัม ต่อวัน

ข้อควรระวังของการใช้ยาเซฟตาซิดิม (Ceftazidime)

- ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาเซฟตาซิดิม (ceftazidime) หรือยาเซฟาโรสปอริน (cephalosporin)
- ระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา penicillin
- ระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคลมชัก โรคไต
- ระวังการใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์และสตรีให้นมบุตร

ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเซฟตาซิดิม (Ceftazidime)

ยานี้อาจก่อให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง การรับรสเปลี่ยนไป เหมือนมีโลหะอยู่ในปาก ภาวะเกร็ดเลือดสูง เกิดผื่นแดง ผื่นลมพิษ ผื่นหนังไวต่อแสง อาการไข้ การเพิ่มขึ้น ของระดับเอนไซม์ AST ALT Alkaline phosphatase LDH glutamyltransferase bilirubin creatinine ชั่วคราว ในระหว่างใช้ยา เกิดอาการเฉพาะ บริเวณ เช่น หลอดเลือดดำอักเสบ อาการปวดบริเวณที่ฉีดยา การ ติดเชื้อcandida ช่องคลอดอักเสบ อาการข้างเคียงอันไม่ พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ อาการแพ้ยาแบบ anaphylactic อาการท้องเสีย ที่เกิดจากการติดเชื้อ Clostridium difficile และลำไส้อักเสบ ข้อมูลการใช้ยา เซฟตาซิดิม (Ceftazidime) ในสตรีมีครรภ์และสตรีให้นมบุตร สำหรับการใช้ยาใน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สตรีมีครรภ์ ตัวยาจัดอยู่ใน กลุ่ม category B คือ ยาค่อนข้างมีความปลอดภัยในการใช้ยาในสตรีมีครรภ์ ข้อมูลการเก็บรักษา ยา Ceftazidime เก็บที่อุณหภูมิระหว่าง ๒๐ ถึง ๒๕ องศาเซลเซียส ป้องกันจากแสง

๓.๔.๔.๓ คลินดามัยซิน (Clindamycin) เป็นยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย ตัวยาจะ ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย มักใช้รักษาสิวอักเสบ การติดเชื้อของผิวหนัง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในช่องปาก การติดเชื้อในช่องท้อง หรือการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด โดยแพทย์อาจใช้เป็นยารักษาเพียงตัวเดียว ใช้ควบคู่กับยาปฏิชีวนะตัวอื่นหรือใช้เมื่อใช้ยาตัวอื่นไม่ได้ผล ปฏิกริยาระหว่างยาคลินดามัยซินกับยาอื่น โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะชนิดอื่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดและยาไรแฟมพิซิน (Rifampicin) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาคลินดามัยซิน ผู้ป่วยอาจเกิดอาการจากการแพ้ยา เช่น- ผื่นขึ้น หายใจติดขัด หน้าบวมหรือ อาจเกิดผลข้างเคียงจากตัวยาได้ เช่น ท้องไส้ปั่นป่วน ท้องร่วง ถ่ายเหลวเป็นน้ำหรือเป็นเลือด รู้สึกขมปาก รู้สึกเวียนหัว มึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นติชาน ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน

มีไข้ เจ็บคอ แสบตา เป็นต้น

๓.๔.๓ Diazepam

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา เภสัชพลศาสตร์ Diazepam เป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางโดยเป็น agonist ที่ benzodiazepine receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ GABAA receptor และ chloride channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้ GABAA receptor ทำงานได้มากขึ้นและยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวล ทำให้วังงหลับต้านอาการชักคล้ายกล่อมเนื้อและอาจเกิด ภาวะสูญเสียความจำข้างหน้า (anterograde amnesia)

เภสัชจลนศาสตร์ ยาถูกดูดซึมได้ดีและเร็ว ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะสูงสุดหลังรับประทานยาประมาณ ๑-๒ ชั่วโมง ยา diazepam จับกับโปรตีนในพลาสมาได้มากถึงร้อยละ ๙๘ ถูกแปลงสภาพโดยผ่าน CYP ๒C๑๙ และ CYP ๓A๔ ได้เป็นสาร metabolite ที่ยังคงฤทธิ์อยู่ คือ desmethyldiazepam, Temazepam และ Oxazepam ซึ่งมีค่า half-life ๕๐-๑๐๐ ชั่วโมง ๘-๑๕ ชั่วโมง และ ๕-๑๕ ชั่วโมง ตามลำดับและยาถูกกำจัดออกทางไต

คำเตือนหรือข้อควรระวัง

- (๑) อาจทำให้วังงซึม ไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลหรือในที่สูง
- (๒) สตรีมีครรภ์สตรีระยะให้นมบุตรผู้ป่วยโรคต้อ โรคไตโรคต่อหินชนิดมุมเปิด(open angle glaucoma) โรคไมแอสที่เนีย แกรวิสโรคพอร์ไฟเรียโรคที่ระบบทางเดินหายใจทำงานบกพร่องภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคพิษแอลกอฮอล์เรื้อรัง โรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น ผู้มีประวัติการติดยา หรือสารเสพติด ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ
- (๓) อาจเกิดผลตรงข้ามกับฤทธิ์ของยาที่ให้(paradoxical reactions) ในเด็ก ผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วยหนักได้
- (๔) อาจเกิดปฏิกริยาระหว่างยาเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น ทำให้ระดับยาเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้มาก
- (๕) ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยภาวะเลือดมีalbumin ต่ำ อาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อเปลี้ย สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะเสียความจำข้างหน้า มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกริยาทางผิวหนัง

๓.๔.๔ Lorazepam

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา

เภสัชพลศาสตร์ Lorazepam เป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางโดยเป็น agonist ที่

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

benzodiazepinereceptorซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ GABAA receptorและ chloridechannel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้ GABAA receptor ทำงานได้มากขึ้น ส่งผลให้chloride channel เปิดยอมให้chloride ions เข้าสู่เซลล์มากขึ้นเกิด hyperpolarizationและยับยั้งการทำหน้าที่ของเซลล์ ประสาทต่างๆทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวลทำให้ง่วงหลับต้านอาการ ชักคล้ายกล้ามเนื้อและอาจเกิด ภาวะสูญเสียความจำข้างหน้า (anterograde amnesia)

เภสัชจลนศาสตร์ ยาถูกดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะสูงสุดหลังรับประทานยา ประมาณ ๑-๖ ชั่วโมง โดยยากระจายไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ จับกับโปรตีนพลาสมาได้มากถึงร้อยละ ๘๕ ยามีค่า half-life สั้นถึงปานกลาง (ประมาณ ๑๐-๒๐ ชั่วโมง) ถูกเปลี่ยนแปลงสภาพโดยกระบวนการ glucolonide conjugation เป็นสาร inactive metabolite และยาถูกกำจัดออกทางไต

คำเตือนหรือข้อควรระวัง

(๑) อาจทำให้ง่วงซึม ไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลหรือในที่สูง

(๒) ห้ามดื่มแอลกอฮอล์หรือสิ่งที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่

(๓) ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ยาในกลุ่มเบนโซไดอาซีปีน (Benzodiazepines) ผู้ป่วยโรคต้อหินเฉียบพลัน ชนิดมุมแคบ (Acute narrow angle glaucoma)

(๔) สตรีมีครรภ์ระยะให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคตับ โรคไตโรคต้อหินชนิดมุมเปิด (Openangle glaucoma) โรคไมแอสทีเนีย แกรวิสโรคพอร์ไฟเรีย โรคที่ระบบทางเดินหายใจทำงานบกพร่อง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคพิษแอลกอฮอล์เรื้อรัง โรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น ผู้มีประวัติการติดยา หรือสารเสพติด ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ

(๕) อาจเกิดผลตรงข้ามกับฤทธิ์ของยาที่ให้ (paradoxical reactions) ในเด็ก ผู้สูงอายุหรือ ผู้ป่วยหนัก

(๖) อาจทำให้เกิดความผิดปกติของเม็ดเลือด ตับหรือไตได้

(๗) ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน นอกจากแพทย์สั่ง หากใช้เป็นประจำควรปรึกษาแพทย์ ก่อนหยุดใช้

(๘) อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น ทำให้ระดับยาเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้มาก หากจะใช้ร่วมกับยาอื่นต้องปรึกษาแพทย์

(๙) หากมีอาการนอนไม่หลับ ประสาทหลอน พฤติกรรมผิดปกติกล้ามเนื้อเปลี้ย หรือมีไข้ควร หยุดใช้ทันทีและรีบปรึกษาแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางอาการที่พบส่วนใหญ่คือง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อเปลี้ย สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ซึ่พจรเต้นเร็ว นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะเสีย ความจำข้างหน้า มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกิริยา ทางผิวหนัง

๓.๔.๕ Levophed/ Norepinephrine

ประเภท ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด

การออกฤทธิ์ ผลต่อ Alpha receptor > Betareceptor หัวใจและหลอดเลือด เพิ่ม Systolic และ Diastolic pressure, Pulse pressure เพิ่มขึ้น กระตุ้น Baroreceptor: ลด HR อาจ มีผลลดการไหลเวียนเลือดไปบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย ข้อ บ่งชี้ สำหรับภาวะ Cardiogenic shock ระดับรุนแรงที่มีSystolic pressure < ๗๐ mmHg ร่วมกับมีTotal peripheral resistance อยู่ในเกณฑ์ต่ำ (Hypotension shock)

อาการข้างเคียง อาการที่พบบ่อยได้แก่ วิตกกังวล หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้าและแรงและปวดศีรษะ ในขนาดที่มากเกินไป ปกติจะทำให้เกิดปวดศีรษะรุนแรง ปวดแน่นหน้าอก ซีด เหงื่อ ออก และอาเจียน อาจทำให้เกิด Cardiac arrhythmia ถ้า ฉีดยาออกนอกหลอดเลือด เลือดเพราะจะทำให้เกิด Necrosis

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาล

๑. ดูแลตามมาตรฐานการให้ยา HAD

๒. การบริหารยาผู้ป่วย ควรให้ยาในเส้นเลือดขนาดใหญ่ เพื่อป้องกันการรั่วไหลของยาออก นอกเส้นเลือดซึ่งจะทำให้เกิด Tissue necrosis ได้ระวังการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด ถ้าจำเป็น ควรเปลี่ยนบริเวณในหน้าแกลือบ่อย ๆ หากมีการรั่วให้ทำ Topical steroid แทนหรือการประคบเย็น

๓. ให้ยาทาง IV infusion เท่านั้น ควรผสมใน D&W, D&S ไม่ควรผสมใน NSS ความคงตัว หลังผสมได้ ๒๔ ชั่วโมง ห้าม Bolus เด็ดขาด

๔. วัดความดันโลหิต และชีพจรทุก ๒ นาที เมื่อเริ่มให้ยาและวัดทุก ๑๕-๓๐ นาที เมื่อความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ต้องการ (ปกติจะกำหนดที่ BP ไม่ต่ำกว่า ๙๐/๖๐ mmHg, SBP ๘๐-๑๐๐ mmHg หรือ SBP ไม่เพิ่มขึ้น ๔๐ mmHg เทียบกับค่า SBP ของเริ่มวัด)

๕. รายงานแพทย์เมื่อ Bradycardia; Pulse < ๖๐ BPM, Hypotension; ต่ำกว่า ๙๐/ ๖๐ หรือ SBP เกิน ๔๐ mmHg เทียบกับค่า SBP ของเริ่มวัด, ปริมาณปัสสาวะลดลง < ๐.๕ ml/kg/hr, มี การรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด พบอาการยาเกินขนาดเช่น หัวใจเต้นเร็วปวดศีรษะและความดัน สูงมาก พบอาการข้างเคียง วิดกกังวล หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้าและแรงและปวดศีรษะ ในขนาดที่ มากเกินปกติจะทำให้เกิดปวดศีรษะรุนแรง ปวดแน่นหน้าอก ซีด เหงื่อออก และอาเจียน อาจทำให้ เกิด Cardiac arrhythmia ฝ้าดูอัตราการไหลของน้ำยาทุก ๑ ชั่วโมง บันทึกบริเวณทาง เส้นว่ามีปวด บวม แดง หรือไม่ บันทึกข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วยและผลข้างเคียงยาอย่างน้อย ๓ ข้อ

๖. หลีกเลี่ยงการผสมใน alkaline solution เช่น KCl, NaHCO₃

๗. ต้องใช้เครื่อง Infusion pump ในการบริหารยาผู้ป่วย

๘. ดูแลการปรับอัตราหยดของยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

๙. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะให้ยา

๑๐. บันทึก I/O ๑๑. ห้ามหยุดยาทันทีที่ต้องลดอัตราการงช้า ๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันต่ำ

๓.๔.๖ Thiamine สรรพคุณ วิตามินบี ๑ หรือ Thiamine เป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต มีหน้าที่สำคัญ คือ เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา ในการเผาผลาญอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน ทาให้เกิด พลังงานเพื่อให้ ร่างกายสามารถทำงาน ได้ นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญของระบบ ประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านนำกระแสความรู้สึกของ เส้นประสาท ถ้าร่างกายได้รับวิตามินบีหนึ่งไม่เพียงพอ จะทำให้เป็น โรคเหน็บชา โรคนี้เกิดได้ กับบุคคล ทุกกลุ่มอายุ สาหรับเด็กทารก ถ้าเป็นโรคเหน็บชา (Infantile beriberi) ด้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันต่อโรค ซึ่งพบได้มากในประเทศที่ ประชาชน รับประทานข้าวที่สีแล้วเป็นอาหารหลัก โดยไม่รับประทานอาหารอื่นที่มีวิตามิน บี ๑ เสริมอย่างเพียงพอ

อาการไม่พึงประสงค์

๑. อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้ง แพทย์หรือเภสัชกรทันที มีดังนี้ การรับ ประทานวิตามินบี ๑ ในขนาดปกติไม่ค่อย พบว่าเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง อาการ ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น แต่พบน้อยมาก เช่น แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย ผื่นคัน ผื่นลมพิษ มีเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เหงื่อออกผิดปกติ มีอาการบวมของ ริมฝีปาก หรือใบหน้า วิงเวียนศีรษะ

๒. อาการอันไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจ เกิดระหว่างใช้ยา หากเป็นต่อเนื่อง หรือ รบกวนชีวิตประจำวัน ให้ แจ้งแพทย์หรือ เภสัชกรทราบ มีดังนี้ การรับประทาน วิตามินบี ๑ ในขนาดปกติไม่ค่อยพบว่า เกิดอาการข้างเคียง ข้อห้ามในการใช้ยา การได้รับวิตามินบี๑ ปริมาณมาก เกินไป อาจรบกวนการรับวิตามินบี ชนิด อื่นๆ ได้หรือ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ถ้ามากเกินไป ๓ มิลลิกรัมต่อวัน อาจทำให้ชีพจรเต้นเร็ว นอนไม่หลับ อาการเป็นพิษ: สำหรับวิตามินบี ๑ ซึ่งเป็นวิตามินที่มีคุณสมบัติในการละลาย น้ำ ดังนั้นเมื่อไรก็ตามที่มีปริมาณมากเกินไป ร่างกายก็จะกำจัดออกมาได้ ในรูปแบบของการปัสสาวะ อาการเมื่อขาด: อ่อนแรงและปวดกล้ามเนื้อ, เหน็บชา, บวมหน้า, ปวดศีรษะ

๓.๔.๗ Haloperidol (๕ mg) สรรพคุณ เป็นยาที่นำมาใช้รักษาโรคทางจิต หรือ อารมณ์ เช่น โรคจิตเภท

(Schizophrenia) กลุ่มโรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective Disorder) และกลุ่มอาการทูเรตต์ (Tourette Syndrome) เป็นต้น โดยยาจะช่วยให้ ผู้ป่วยรู้สึกกังวลน้อยลง สามารถใช้ชีวิต ได้ตามปกติ รวมไปถึงอาจช่วยป้องกัน การฆ่าตัวตายสำหรับ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้ม จะทำร้ายตัวเอง ช่วยลดความก้าวร้าว ความอยากทำร้ายผู้อื่น ความคิดในแง่ลบและอาการหลอน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การใช้ยาอาจมีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ดังต่อไปนี้ ท้องผูก ท้องเสีย เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง ปวดศีรษะ เบื่อ อาหาร คลื่นไส้ กระสับกระส่าย ปวด ท้อง มีปัญหาในการนอนหลับ ลึนแข็ง ตัวแข็ง พูดไม่ชัด น้ำลายไหล กลืนหรือ พูดลำบาก เป็นต้น

ข้อห้ามในการใช้ยา

- ห้ามใช้หากหากมีประวัติแพ้ยาหรือ ส่วน ประกอบของยานี้

- ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยานี้ จึงควรระมัด ระวังในการใช้ยาเป็นพิเศษ

- ไม่ควรหยุดใช้ยานี้หากแพทย์ไม่ได้ กำหนด เพราะโรคทางจิตและอารมณ์ ที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิด ภาวะอาการป่วยที่รุนแรง ตามมาได้

- หากเป็นผู้ที่กำลังวางแผนตั้งครรภ์ กำลังตั้งครรภ์ หรือคิดว่าอาจกำลัง ตั้งครรภ์อยู่ ควรปรึกษาแพทย์ถึง ประโยชน์และ ความเสี่ยงจากยานี้ก่อน ใช้ยาเสมอ

- ยานี้อาจผ่านเข้าสู่น้ำนมมารดาแล้ว ส่งผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารก ได้ ดังนั้น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้ นมบุตรเสมอ

Vitamin B๑-๖-๑๒

สรรพคุณ - ใช้บำบัดและรักษาพยาธิสภาพหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบปลายประสาท

อาทิเช่น - โรคเส้นประสาทเบาหวาน (Diabetic neuropathy) ที่มักมีอาการชามือ-เท้า

- โรคเส้นประสาทอักเสบจากแอลกอฮอล์/สุรา (Alcoholic neuropathy)

- อาการปวดจากเส้นประสาท (Neuralgia)

- การอักเสบของปลายประสาทอันมี สาเหตุจากโรคหลอดเลือด

- อาการปวดปลายประสาทบริเวณคอ (Neuralgia of cervical syndrome)

- อาการปวดปลายประสาทบริเวณหลัง

- บำบัดรักษาการอักเสบของเส้นประสาทในสมองเมื่อได้รับอุบัติเหตุ

- รักษาภาวะขาดวิตามิน บี ของ ร่างกาย

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ยากลุ่มวิตามิน บีรวม ที่รวมถึง วิตามิน บี๑-๖-๑๒ สามารถก่อให้เกิด ผลไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง/อาการ ข้างเคียง) ดังนี้ มีอาการเหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการคัน หรือมีอาการ คล้ายเป็น ลมพิษ และอาการอื่นที่อาจพบเห็นได้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือปวดท้อง เป็นต้น

ข้อห้ามในการใช้ยา

- ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วยวิตามินบีที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในสูตรตำรายาต่างๆ

- ไม่สมควรใช้วิตามินบีรวม ชนิดเม็ด สำหรับรับประทานในเด็กเล็ก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- อาจเกิดพยาธิสภาพ หรืออาการโรค เส้นประสาทได้ หากได้รับวิตามิน บี๖ มากกว่า ๕๐ มิลลิกรัมโดยเฉลี่ย/วัน เป็นเวลา ๖-๑๒ เดือนขึ้นไป

- ยาเม็ดวิตามินบีรวมชนิดเม็ดมักมี น้ำตาลแล็กโทรสเป็นส่วนประกอบ ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ น้ำตาล แล็กโทรส - ระวังการใช้วิตามินบีรวม กับหญิง ตั้งครรภ์ และหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร พบว่ามารดาที่ได้รับวิตามิน บี๖ มากกว่า ๖๐๐ มิลลิกรัม/วัน อาจทำให้ ร่างกายผลิตน้ำนมได้น้อยลงกว่าปกติ

๓.๔.๘ Omeprazole

ประเภท : ยาลดกรดชนิด Proton pump inhibitor

ข้อบ่งใช้ : ลดกรดในกระเพาะอาหาร รักษาแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น แผลในกระเพาะอาหาร หลอดอาหารอักเสบ รักษา ภาวะหลังกรดมากเกินไป และ Zollinger-Ellison syndrome

การออกฤทธิ์ : ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ H⁺,K⁺ ATPase ซึ่งทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนไฮโดรเจนไอออนออกจากเซลล์ Parietal ของกระเพาะอาหาร จึงยับยั้งการสร้างกรดเกลือในกระเพาะอาหารที่ขั้นตอนสุดท้าย จึงหยุดได้ทั้งกรดที่หลั่งเอง ตามปกติและกรณีที่เกิดจากการกระตุ้นต่างๆได้อย่างสมบูรณ์

ผลข้างเคียง : พบน้อยมาก อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีอาการคันผื่นขึ้น มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีนังปวดหลัง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปากแห้ง ตับอักเสบ

การพยาบาล : ให้อาหารก่อนอาหารเช้า หากลิ้มรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ ไม่ควรรับประทานยาเพิ่ม เป็น ๒ เท่า ให้อดสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ ไม่แกะแคปซูลออก หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็น

เลือด เจ็บคอ และมีไข้ อ่อนเพลียมาก ให้รายงานแพทย์ให้ทราบ

๓.๔.๙ ยาพ่นขยายหลอดลม (Berodual NB)

Berodual เป็นยาสูตรผสมประกอบด้วย Ipratropium bromide (เป็นยาที่ออกฤทธิ์เป็น Anticholinergic) และ Fenoterol เป็นยาขยายหลอดลม (ตัวยานี้จัดอยู่ในกลุ่มออกฤทธิ์ระยะสั้น) หรือ short acting beta ๒ agonist

ข้อห้ามใช้ ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจโตชนิดอุดตัน,โรคหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ, ผู้ป่วยที่ไวต่อ fenoterol hydrobromide หรือสารที่มีฤทธิ์คล้ายอะโทรปีน อาการไม่พึงประสงค์ อาจพบอาการกล้ามเนื้อสั่น กระสับกระส่าย ปากแห้ง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็วและใจสั่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไวต่อยาในกลุ่มนี้ การใช้ยาในกลุ่มเบต้า๒ อาจทำให้ระดับ โปแตสเซียมในเลือดต่ำลง อาจเกิดการไอ ระคายเคืองเฉพาะที่

๓.๔.๑๐ การให้ออกซิเจน

การให้ออกซิเจน เป็นการให้ออกซิเจนบำบัดหรือช่วยทดแทน จำนวนออกซิเจนที่ร่างกายนำไปเลี้ยง เนื้อเยื่อและเซลล์ต่างๆของร่างกายที่ขาดออกซิเจนหรือได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ อุปกรณ์(Equipment)

๑. ออกซิเจนชนิดระบบนา ก๊าซออกซิเจนหรือชนิดถัง (Oxygen)

๒. ชุดหัวต่อควบคุมความดันออกซิเจน(Oxygen flow meter) พร้อมกระบอกใส่น้ำ

๓. ชุดให้ออกซิเจน

๓.๑ ชนิดหน้ากาก(Mask)

๓.๒ ชนิดหน้ากากพร้อมถุงเก็บอากาศ(Mask c bag)

๓.๓ ชนิดสายยางเข้าจมูก(Nasal cannula)

๓.๔ ชนิดท่อลูกฟูก (Corrugated tube)

๓.๕ ชนิดหน้ากากครอบท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy mask/Collar)

๓.๖ น้ำกลั่น (Sterile water)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๗ สำลึซุบแอลลกอฮอลึ ๗๐%

ข้อควรระวัง (Special consideration)

๑. ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย

๒. ผู้ดูแลต้องระวังความปลอดภัยในการให้ออกซิเจนและมีความเข้าใจและปรับเปลี่ยน/ลด ออกซิเจน

๓. หลีกเลียงเปลวไฟ

๔. ติดตั้งป้ายงดสูบบุหรี่

๕. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวอันตรายจากการสูบบุหรี่เมื่อให้ออกซิเจน

๖. ตรวจสอบเครื่องใช้ไฟฟ้าให้ทำงานได้ปกติ ไม่เกิดประกายไฟ

๓.๔.๑๑ Paracetamol

ประเภท : ยารับประทานชนิดเม็ด ยาน้ำ ยาฉีด และยาเหน็บ

ข้อบ่งใช้ : เป็นยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและช่วยลดไข้ โดยนิยมใช้เพื่อรักษาอาการปวดทั่วไป เช่น อาการปวดศีรษะ

ปวดประจำเดือน ปวดกล้ามเนื้อ หรือปวดฟัน ยาชนิดนี้จัดเป็นยาสามัญประจำบ้านเพราะสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาของแพทย์ แต่ต้องใช้ในปริมาณที่เหมาะสม โดยการใช้ยาแต่ละครั้งควรห่างกันทุก ๆ ๔-๖ ชั่วโมง

และปริมาณที่ควรใช้ต่อครั้งไม่ควรเกิน ๕๐๐-๑,๐๐๐ มิลลิกรัม

การออกฤทธิ์ : paracetamol เป็นยาในกลุ่ม analgesics กลไกในการบรรเทาอาการปวดยังไม่ชัดเจน แต่คาดว่าไปยับยั้งกระบวนการสร้าง prostaglandin ในระบบประสาทส่วนกลาง

ผลข้างเคียง : กรณีเกิดพิษเฉียบพลันจาก paracetamol อาการที่พบภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกคือ คลื่นไส้อาเจียน

ปวดท้อง เหงื่อออก ว่างซึม สับสน ความดันต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผลทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการทำงานของตับ เช่น

ค่า AST, ALT, bilirubin และ prothrombin time อาจเพิ่มขึ้น ถ้าได้รับปริมาณสูงมากเกิน ๑๐ กรัม (๑๕๐ มิลลิกรัม / น้ำหนักตัว ๑ กก.) จะทำให้เกิดภาวะตับเป็นพิษ โคมาและเสียชีวิตได้

การพยาบาล : สังเกตอาการผื่นขึ้น กันตามตัว ต้องหยุดยาและรายงานแพทย์ทันที และติดตามการทำงานของตับ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑. หลักการและเหตุผล

โรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นโรคหนึ่งที่มีปัญหาในประเทศไทยมากในปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นโรคนี้น่ามากขึ้นทุกวันจนเกิดการณรงค์ของทางภาครัฐได้เข้ามาควบคุมดูแลให้ประชาชนลดการดื่มสุรา โรคพิษสุราเรื้อรัง พบได้มากในผู้ชายประมาณร้อยละ ๙ พบในผู้หญิงประมาณร้อยละ ๔ อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง ๓๕-๕๕ ปี และสุรามีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดื่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี๒๕๕๗ พบว่าประชากรทั่วโลกมากกว่า ๓๘% ดื่มสุราเป็นประจำ มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุรา ๓.๓ ล้านคนทั่วโลกต่อปี สำหรับประเทศไทยมีการดื่มสุราเป็นอันดับที่ ๔๐ ของโลก โดยเฉพาะสุรากลั่นมากเป็นอันดับที่ ๕ ของโลก เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอันดับ ๓ ของคนไทย และเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนมากที่สุด จำนวนการเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๒ คิดเป็นร้อยละ ๖.๖ ของการตายของประชาชนไทยรายปี อัตราตายเฉลี่ยเท่ากับ ๑๔.๗ ต่อแสนประชากรต่อปี อัตราผู้ป่วยนอกเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ ๔.๗ ของผู้ป่วยนอกทั้งหมดและอัตราผู้ป่วยในเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ ๑๑.๕ ของผู้ป่วยในทั้งหมดผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังในสมองมักมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่นการลดลงของระบบประสาทยับยั้งและการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดสุราระบบต่างๆของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุรา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

โรงพยาบาลศิลาลาดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐เตียง จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่มาพักรักษาตัวด้วยโรคอื่นๆ หลังจากนอนพักรักษาตัวได้ ๒-๓ วัน มักจะเกิดภาวะ Alcohol withdrawal ขึ้นตามมา โดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรามาก่อน แต่ขณะนอนในโรงพยาบาลผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดดื่มสุราโดยไม่ได้ตั้งใจ จนเกิดภาวะ Alcohol withdrawal ขึ้นในที่สุด ในปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วย Alcohol withdrawal จำนวน ๓๗, ๖๙ และ ๙๐ ราย ตามลำดับจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้น่าจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี จากภาวะ Alcohol withdrawal ดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น ภาวะชัก ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดการพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกยึด ปอดติดเชื้อ เป็นต้น หากได้รับการดูแลที่ขาดคุณภาพและพบปัญหาที่สำคัญคือมีภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspirate pneumonia) รวมด้วยจากข้อมูลในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า ผู้ป่วย Alcohol withdrawal ที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วม จำนวน ๒๐, ๔๙ และ ๕๖ ราย ตามลำดับและพบว่าผู้ป่วยบางรายมีภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) รวมด้วยจึงต้องได้รับการดูแลช่วยชีวิต จากข้อมูลในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วย Alcohol withdrawal ที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน ๕, ๖ และ ๘ รายตามลำดับ

ผู้ศึกษาเป็น หัวหน้างาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศิลาลาด มีหน้าที่กำกับ ติดตามการ ดูแลผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลทุกกลุ่มโรค ของผู้ได้บังคับบัญชาจึงได้ทำการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคติดเชื้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกายพร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราและดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๔.๓ ขอบเขตและวิธีการศึกษา

กรณีศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิลาลาด ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย โรคพยาธิสภาพ การรักษา แบบแผนสุขภาพ สภาพปัญหา อาการและอาการแสดงรวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจำนวน ๒ ราย โดยนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล Nursing process ๕ ขั้นตอนและการประเมินปัญหาสุขภาพ โดยใช้แบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

๔.๔ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรางานวิจัย การวินิจฉัย การรักษารวมทั้งแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

๒. คัดเลือกกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมจำนวน ๒ ราย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๓. รวบรวมข้อมูล ประเมินภาวะสุขภาพ ศึกษาวิเคราะห์ เปรียบเทียบจำนวน ๒ รายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่นอนพักรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิลาลาด ปี๒๕๖๗ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สังเกต ทบทวนเวชระเบียน

๔. วิเคราะห์เปรียบเทียบ ประวัติการเจ็บป่วย โรค พยาธิสภาพ การรักษา แบบแผนสุขภาพ สภาพปัญหา อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันสรุปปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ประเมินผลและสรุปกรณีศึกษา

๔.๔.๑การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ(ปี)	๔๘ ปี	๗๑ ปี
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ ๖	ประถมศึกษาปีที่ ๔
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	ทำนา
ผู้ดูแล	มารดา	ภรรยา
สิทธิการรักษา	บัตรทองในเขต	บัตรทองในเขต
ภูมิลำเนา	อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ	อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ
วันที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.	๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗	๑๐ กันยายน ๒๕๖๗
วันที่จำหน่ายออก รพ.	๒ กันยายน ๒๕๖๗	๑๕ กันยายน ๒๕๖๗
รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล	๕ วัน	๕ วัน

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๑ พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นเพศชาย กรณีศึกษารายที่ ๑ อยู่ในวัยทำงาน มีอาชีพ รับจ้างทั่วไป พฤติกรรมการดื่มสุรา มีการสังสรรค์ร่วมกับเพื่อนหลังจากทำงานเกือบทุกวัน เคยรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะขาดสุรา ๒ ครั้งได้มีการคัดกรองสุขภาพ ขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลพร้อมได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพในเรื่องการเลิกดื่มสุรา กรณีศึกษารายที่ ๒ เป็นวัยสูงอายุ ประวัติการดื่มสุราทุกวันหลังจากกลับจากทำนาและมีสังสรรค์กับเพื่อนบ้านเป็นครั้งคราว ประวัติการดื่มสุรามานานกว่ากรณีศึกษารายที่ ๒ และไม่เคยมีประวัติการตรวจคัดกรองสุขภาพไม่เคยมีประวัติการรักษาตัว รวมทั้งอยู่ในวัยสูงอายุทำให้พยากรณ์โรครุนแรงกว่าผู้ป่วยรายที่ ๑

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย		
ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ชักเกร็งตาค้าง น้ำลายฟูมปากเป็นก่อนมาโรงพยาบาล ๓๐ นาที	ใช้สูงหนาวสั่น พุดจาหลับสน ปัสสาวะราด รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล ๓ ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	๓ วันก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติ หลังหยุดดื่มสุรา ๓ วัน มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วันละ ๒-๓ ครั้ง ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ยังไม่ได้ไปรับการรักษาที่ไหน	๓ วันก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติ ผู้ป่วยมีไข้ เทนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว รับประทานยาลดไข้ที่บ้าน ญาติให้ประวัติหลังหยุดดื่มสุรา ๓ วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยการชัก หลังหยุดดื่ม ๒ ครั้งใน ๑ ปี ที่ผ่านมา ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรค ร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธ การแพ้ยา แพ้อาหารและ สารเคมี	ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรค ร้ายแรง ปฏิเสธ การผ่าตัด ปฏิเสธ การแพ้ยา แพ้อาหารและ สารเคมี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยใน ครอบครัว
ประวัติการใช้สารเสพติด	๓๐ ปีก่อน เมื่ออายุ ๑๘ ปี เริ่มใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ จากการ อยากรลอง และเพื่อนชวน โดยเริ่มใช้ ๔-๕ มวน/วัน และใช้ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ ๒๕ ปีก่อน เริ่มมาดื่มสุรา โดยเริ่มจาก การดื่มเบียร์จากการสังสรรค์กับเพื่อน นานๆ ครั้ง ๑๕ ปีก่อน เริ่มดื่มสุราหนักขึ้นโดยดื่มสุราทุกชนิด ส่วนใหญ่จะ เป็นสุรา ขาว ๔๐ ดีกรี และ ๑๐ ปี ที่ผ่านมา ดื่มกับเพื่อน หลังเลิกงาน ดื่มทุกวัน จำนวน ๑ ขวด กลม/วัน	๕๐ ปีก่อน เมื่ออายุ ๒๕ ปี เริ่มใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ จากการ อยากรลองและเพื่อนชวน โดยเริ่มใช้ ๕-๖ มวน/วัน และใช้ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ ๕๐ ปีก่อน เริ่มมาดื่มสุรา โดยเริ่มจาก การดื่มเบียร์จากการสังสรรค์กับเพื่อน นานๆ ครั้ง ๓๐ ปีก่อน เริ่มดื่มสุราหนักขึ้นโดยดื่มสุราทุกชนิด ส่วนใหญ่จะ เป็นสุรา ขาว ๔๐ ดีกรี และ ๒๐ ปี ที่ผ่านมา ดื่มกับเพื่อนบ้าน บางครั้งดื่มที่บ้านคนเดียว ดื่มทุกวัน จำนวน ๑ ขวด กลม/วัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๒ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีประวัติดื่มสุราทุกวันและดื่มมานานหลายปี ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มทั้ง ๒ ราย เช่น ทำให้เป็นโรคตับ โรคทางเดินอาหารโรคเกี่ยวกับประสาทสมอง เกิดการติดเชื้อที่ปอดจากการสูดสำลัก เป็นต้น กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ประวัติดื่มสุราทุกวันและอาการขาดสุราที่ตามมามักเกิดในวันที่ ๒-๓ หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน ๗-๑๐ วัน ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากอาการขาดสุราได้

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ตาม ๑๑ แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	Subjective data ผู้ป่วยทราบว่าตนเองติดสุราไม่สามารถหยุดดื่มได้ เคยเข้าคลินิกเลิกสุรา แต่ก็ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ Objective data Good consciousness Dry lips , no jaundice ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Infiltrate both lung	Subjective data ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองติดสุรา ไม่สามารถหยุดดื่มได้ แต่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างอื่น และคิดว่าตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เคยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสามารถทำงานได้ปกติ Objective data Good consciousness Dry lips , mild jaundice ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Infiltrate both lung
แบบแผนที่ ๒ ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	Subjective data ก่อนเจ็บป่วย รับประทานครบทุกมื้อ ขณะเจ็บป่วย มีเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้อาเจียน Objective data น้ำหนัก๔๙kgs. สูง ๑๕๕ cms. (BMI = ๒๐.๔๐ kg/m๒ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Magnesium ๑.๖ mg/dl , Potassium ๓.๐ mmol/L	Subjective data ก่อนเจ็บป่วย รับประทานครบทุกมื้อ ชอบรับประทานอาหารสุกๆดิบๆขณะเจ็บป่วย มีเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย Objective data น้ำหนัก๕๐kgs. สูง ๑๖๐ cms. (BMI = ๑๙.๕๓ kg/m๒ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Magnesium ๑.๖ mg/dl

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ ๑ และตอนที่ ๒ ตาม ๑๑ แบบแผน สุขภาพของ กอร์ดอน ดังนี้ (ต่อ)		
แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย	Subjective data ปัสสาวะ : ๗-๘ ครั้ง/วัน อุจจาระ : ถ่ายปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง Objective data ปัสสาวะ : ๗-๘ ครั้ง/วัน ลักษณะปกติ สี เหลืองใส อุจจาระ : ถ่ายปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่ใช้ยาระบาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ UA :color yellow Wbc ๐-๑ cel/HP	Subjective data ปัสสาวะ : ๗-๘ ครั้ง/วัน ลักษณะปกติ สี เหลืองใส อุจจาระ : ถ่ายปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่ใช้ยาระบาย Objective data ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เนื่องจากอยู่ในภาวะติดเชื้อในกระแส เลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ UA :color Deep yellow Wbc ๐-๑ cel/HP
แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวัน และการออก กำลังกาย	Subjective data ก่อนเจ็บป่วย มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ออก กำลังกายเป็นบางครั้ง Objective data ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเกิด ภาวะเพื่อสับสน พยาบาลและญาติผู้ดูแลช่วยเหลือใน การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ดูแลใน เรื่องการรับประทานอาหารความ สะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย ขณะรับประทานอาหารมีอาการสำคัญ อาหารบ่อยเนื่องจากรับประทานอาหาร ในท่านอนจากการถูกผูกยึด	Subjective data ก่อนเจ็บป่วย มีอาชีพทำนา ถือเป็น กิจกรรมออกกำลังกายไปด้วย Objective data ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเกิด ภาวะเพื่อสับสน พยาบาลและญาติผู้ดูแลช่วยเหลือในการ ดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ดูแลในเรื่อง การรับประทานอาหารความสะอาดของ ร่างกาย และการขับถ่ายขณะ รับประทานอาหารมีอาการสำคัญอาหาร บ่อยเนื่องจากรับประทานอาหารในท่า นอนจากการถูกผูกยึด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน	ผู้ช่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ช่วยกรณีศึกษาที่ ๒
แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ	Subjective data อยู่ที่บ้านเข้านอนเวลา ๒๑.๐๐น.ตื่น นอนเวลา ๐๕.๐๐น. Objective data ขณะเข้ารับการรักษา ในช่วงที่มีภาวะ ถอนพิษสุรา มีสับสน วัน เวลา สถานที่ ไม่นอน มีนั่ง พุดคนเดียว เพื่อ ต้อง ได้รับยาช่วยให้นอนหลับและได้รับการผู้ ยึดไว้บนเตียง สามารถหลับได้เป็นระยะๆ AWS ๕ - ๑๐ คะแนน	Subjective data อยู่ที่บ้านเข้านอนเวลา ๒๐.๐๐น.ตื่น นอนเวลา ๐๔.๓๐น. Objective data ขณะเข้ารับการรักษา ในช่วงที่มีภาวะ ถอนพิษสุรา มีสับสน วัน เวลา สถานที่ ไม่นอน มีนั่ง พุดคนเดียว เพื่อ ต้อง ได้รับยาช่วยให้นอนหลับและได้รับการผู้ ยึดไว้บนเตียง สามารถหลับได้เป็นระยะๆ AWS ๑๐ - ๑๕ คะแนน
แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้	Subjective data ผู้ป่วยจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ พุดจา สื่อสารได้ปกติ Objective data ขณะรับการรักษามีอาการเพื่อ สับสนวัน เวลา สถานที่ และบุคคล ตะโกนเสียงดัง พุดคนเดียว หลังได้รับยาอาการสงบเป็น ระยะ	Subjective data ผู้ป่วยจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ พุดจา สื่อสารได้แต่ช้าลงเนื่องจากอายุมากขึ้น Objective data ขณะรับการรักษามีอาการเพื่อ สับสนวัน เวลา สถานที่ และบุคคล ตะโกนเสียงดัง พุดคนเดียว หลังได้รับยาอาการสงบเป็น ระยะ
แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	Subjective data ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการสับสน ญาติผู้ดูแล ให้ข้อมูลผู้ป่วยทำงานรับจ้างไปวันๆแบ่ง ให้มารดาใช้จ่ายบางวัน	Subjective data ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการสับสน ญาติผู้ดูแล ให้ข้อมูลผู้ป่วยทำอะไรทำนารายได้ไม่ แน่นอน
แบบแผนที่ ๘ บทบาทและ สัมพันธ์ภาพ	Subjective data ขณะเข้ารับการรักษาไม่มีมารดาเป็นผู้ดูแล และมีเพื่อนบ้านแวะมาเยี่ยมเป็นบางวัน รู้สึกช่วงเวลาที่ดีมีสุราจะทำหน้าที่ ของตนเองได้ไม่ดีพอในการทำงาน	Subjective data ขณะเข้ารับการรักษาไม่มีภรรยาเป็นผู้ดูแล และบุตรโทรศัพท์มาหาในระหว่างที่พัก รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกได้รับความห่วงใยจากครอบครัวแต่ รู้สึกช่วงเวลาที่ดีมีสุราจะทำหน้าที่ของ ตนเองได้ไม่ดีพอทั้งบทบาทสามีบิดา การทำงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ตาม ๑๑ แบบแผน สุขภาพของ กอร์ดอน ดังนี้ (ต่อ)		
แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์	Subjective data มีพฤติกรรมการแสดงออกทางเพศที่ เหมาะสม	Subjective data มีพฤติกรรมการแสดงออกทางเพศที่ เหมาะสม
แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและ การเผชิญกับ ความเครียด	Subjective data ญาติให้ข้อมูลเวลาเครียดมักจะปรึกษา เพื่อนๆและจัดการความเครียดด้วยการ ดื่มสุราและไม่มีเชื่อมั่นว่าจะปฏิเสธ เพื่อนอย่างไรหากเพื่อนมาชวนไปดื่มสุรา อีกยังไม่มั่นใจว่าจะหยุดดื่มได้หรือไม่	Subjective data ญาติให้ข้อมูลเวลาเครียดมักจะปรึกษา ภรรยาและบุตรและจัดการ ความเครียดด้วยการดื่มสุราและหาก เพื่อนมาชวนไปดื่มสุราอีกยังไม่มั่นใจว่า จะหยุดดื่มได้หรือไม่
แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ	Subjective data การมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ได้แก่ มารดา นับถือศาสนาพุทธ	Subjective data การมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ได้แก่ ภรรยาและบุตร นับถือศาสนาพุทธ

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๓ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีพฤติกรรมการดื่มสุราทุกวันที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งยังไม่สามารถบอกได้ว่าจะหยุดดื่มสุราได้หรือไม่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การอยู่ในสังคมที่สภาพแวดล้อมที่มีแต่คนดื่มสุรา เพื่อนดื่มสุรา ค่านิยมทางสังคมใช้สุราในทุกงานสังสรรค์ ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ เป็นผู้สูงอายุและประวัติการดื่มสุราที่ยาวนานกว่าร่วมกับมีการทำงานในไร่นา ทำให้มีการติดเชื้ที่ง่ายกว่ารายที่ ๑ และมีความรุนแรงของโรคมมากกว่าส่วนด้านสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ ๑ เป็นครอบครัวเล็ก อาศัยอยู่กับมารดา ๒ คน กรณีศึกษาที่ ๒ อาศัยอยู่กับภรรยา บุตรหลาน ๒ คนผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุทั้ง ๒ ราย กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีอาการขาดสุราขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้มีการสื่อสารด้านการรับรู้ที่บกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง ๒ รายถูกผูกมัดทำให้อยู่ในท่านอนขณะรับประทานอาหารและเสียงต่อการเกิดการสำลักอาหารส่งผลทำให้เกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ง่าย

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
สภาพทั่วไป	อาการแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องไม่มีชักเกร็ง ทำทางอ่อนเพลีย ตอบได้ตรงคำถาม ให้ความร่วมมือในการรักษา	อาการแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวพูดจา สับสนอยู่ไม่นิ่ง ทำตามคำบอกได้เป็นบางครั้ง ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก ๔๔ kgs. สูง ๑๕๕ cms. (BMI = ๒๐.๔๐ kg/m ^๒)	น้ำหนัก ๕๐kgs. สูง ๑๖๐ cms. (BMI = ๑๙.๕๓ kg/m ^๒)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้ (ต่อ)		
ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ ๓๘.๕ องศาเซลเซียสชีพจรเท่ากับ ๑๑๐ ครั้งต่อนาทีหายใจเท่ากับ ๒๒ ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ ๑๒๘/๗๔ มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ ๓๙ องศาเซลเซียสชีพจรเท่ากับ ๑๒๐ ครั้งต่อนาทีหายใจเท่ากับ ๒๒ ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ ๘๔/๕๒ มิลลิเมตรปรอท
การตรวจร่างกาย	<p>ผิวหนัง: ผิวสองสี ลักษณะผิวหนังแห้ง ไม่มีรอยแตก ไม่มีจ้ำเลือด</p> <p>ไม่บวม</p> <p>ศีรษะ: มีความสมมาตรทั้งสองข้าง ขนาดปกติ</p> <p>ตา: ตามองเห็นปกติ เยื่อบุตาไม่ซีด</p> <p>จมูก: ภายในโพรงจมูกไม่อักเสบ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไม่มีบาดแผล เยื่อบุไม่บวม</p> <p>ปาก: ริมฝีปากค่อนข้างคล้ำ เยื่อบุปากค่อนข้างซีด ไม่มีแผล เหงือกปกติ มีฟันผุ ๒ ซี่ ไม่มีฝ้าที่ลิ้น</p> <p>ลำคอ: ต่อมไทรอยด์ไม่โตต่อมน้ำเหลืองที่คอไม่โต</p> <p>ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: หายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อยอัตรา การหายใจ ๒๒ -๒๔ ครั้งต่อนาทีมีเสียง Left lung crepitation with rhonchi</p> <p>ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมออัตรา ๑๐๐-๑๑๐ ครั้ง ต่อนาที ไม่มีเสียง Murmur หลอดเลือดดำข้างคอไม่โป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา</p> <p>ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีก้อน ไม่มีท้องมาน ท้องไม่อืด กดเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ๘ ครั้งต่อนาทีคลำตับและม้ามไม่โต</p>	<p>ผิวหนัง: ผิวสองสีซีดระดับเล็กน้อย ผิวไม่แห้ง ไม่มีรอยแตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม</p> <p>ศีรษะ: มีความสมมาตรทั้งสองข้าง ขนาดปกติ</p> <p>ตา: ตามองเห็นไม่ค่อยชัดเจน ตาดูเหลืองเล็กน้อย เยื่อบุตาซีดระดับเล็กน้อย</p> <p>จมูก: ภายในโพรงจมูกไม่อักเสบ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไม่มีบาดแผล เยื่อบุไม่บวม</p> <p>ปาก: ริมฝีปากซีดปานกลาง ไม่แตก ไม่มีแผล ฟันไม่ครบ ๓๒ ซี่ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม ไม่มีฝ้าที่ลิ้น</p> <p>ลำคอ: ต่อมไทรอยด์ไม่โตต่อมน้ำเหลืองที่คอไม่โต</p> <p>ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: มีอาการกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ อัตรา การหายใจ ๒๔-๒๖ ครั้งต่อนาทีมีเสียง Right lung crepitation with rhonchi</p> <p>ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมออัตรา ๑๑๐-๑๒๐ ครั้ง ต่อนาที ไม่มีเสียง Murmur หลอดเลือดดำข้างคอไม่โป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา</p> <p>ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีก้อน ไม่มีท้องมาน ท้องไม่อืด กดเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่</p> <p>ชายโครงขวา การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ๖ ครั้งต่อนาทีคลำตับและม้ามไม่โต</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้ (ต่อ)		
ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
การตรวจร่างกาย	ระบบประสาท:ช่วงที่ภาวะถอนพิษสุรา มีอาการเพื่อ สับสน วัน เวลา สถานที่ บุคคล พุดคนเดียว	ระบบประสาท:ช่วงที่ภาวะถอนพิษสุรา มีอาการเพื่อ สับสน วัน เวลา สถานที่ บุคคล พุดคนเดียว
CXR	Infiltrate both lung	Infiltrate both lung
วิเคราะห์		
จากตารางที่ ๔ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีอาการแสดงของภาวะขาดสุราหลังหยุดดื่ม ๓ วัน และมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษารายที่ ๒ อาการแสดงของโรคตั้งแต่แรกเริ่มซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อมาจากที่บ้านอยู่ก่อนแล้วร่วมกับมาโรงพยาบาลช้าเนื่องจากมีไข้มา ๓ วันแต่ไม่ได้มารักษาจนผู้ป่วยเริ่มมีอาการขาดสุราด้วยญาติจึงพามาโรงพยาบาลทำให้แนวโน้มของโรครุนแรงกว่า ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ มีอาการแสดงของการติดเชื้อและอาการขาดสุราที่รุนแรงขณะนอนโรงพยาบาลทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วกว่า		
ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ		
ตารางที่ ๕ แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑และรายที่ ๒		
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
Complete Blood Count	วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ WBC ๓,๐๙๐ cell/mm ^๓ , Hb ๑๑.๑ g/dl, Hct ๓๒.๗ %, Platelets Count ๙๕,๐๐๐ cell/mm ^๓ , Neutrophil ๘๕ %, Lymphocytes ๑๒ %, Monocyte ๓ %, Eosinophil ๑%	วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ WBC ๑๒,๕๘๐ cell/mm ^๓ , Hb ๑๐.๑ g/dl, Hct ๒๖.๕ %, Platelets Count ๘๘,๐๐๐ cell/mm ^๓ , Neutrophil ๙๑ %, Lymphocytes ๘ %, Monocyte ๑ %, Eosinophil ๓ % Target cells ๑+
Electrolyte	วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ Na ๑๓๘.๕ mmol/L, k ๓.๐ mmol/L, ,chloride ๑๑๓.๒ mmol/L ,TCO๒ ๑๕.๓ mmol/L Anion gap ๑๓	วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ Na ๑๓๐ mmol/L, k ๔.๐ mmol/L, ,chloride ๙๕.๗ mmol/L ,TCO๒ ๑๘ mmol/L Anion gap ๒๐.๒
BUN / Cr.	วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ BUN ๑๑ Cr.๐.๐๙ GFR ๑๐๐.๖	วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ BUN ๙๓ Cr.๓.๓๕ GFR ๑๗.๕
Hemo culture	no growth after ๔๘ hrs.	วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ no growth after ๔๘ hrs.

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
ตารางที่ ๕ แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑และรายที่ ๒ (ต่อ)		
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
Liver function test	วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ Total Protein ๖.๘ g/dl Albumin ๓.๘ g/dl Globulin ๓.๐ g/dl Total Billirubin ๑.๒๓ mg/dl Direct Billirubin ๐.๖๗ mg/dl AST (SGOT) ๑๐๙ U/L, ALT (SGPT) ๓๖ U/L Alk.Phosphatase ๖๐ U/L	วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ Total Protein ๖.๖ g/dl Albumin ๒.๖ g/dl Globulin ๔.๐ g/dl Total Billirubin ๔.๐๔ mg/dl Direct Billirubin ๓.๑๗ mg/dl AST (SGOT) ๑๓๘ U/L, ALT (SGPT) ๗๔ U/L Alk.Phosphatase ๒๒๙ U/L
PT/INR	วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ PT ๑๓.๓ INR ๑.๑	ไม่ได้ตรวจ
Magnesium	วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ Magnesium ๑.๖	วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ Magnesium ๑.๖
Sputum	วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ gram stain ๑+Gram positive cocci in pair AFB Negative	วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ gram stain ๑+Gram positive cocci in pair
Urine Analysis	วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗ Color Urine yellow Specific gravity ๑.๐๒๐, pH ๕.๕ Urine Sugar Negative Ketone Negative Urine Protein Positive ๑+ WBC ๑ - ๒ cells Epithelial ๐-๑ Bacterial Moderate	วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ Color Urine deep yellow Specific gravity ๑.๐๒๐, pH ๕.๐ Urine Sugar Negative Ketone Negative Urine Protein Negative WBC ๑ - ๒ cells Epithelial ๐-๑ Bacterial Moderate
SARS coronavirus (covid ๑๙)	วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗ Negative	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๕ แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
Complete Blood Count	วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗ WBC ๔,๑๔๐ cell/mm ^๓ , Hb ๑๑.๔ g/dl, Hct ๓๓.๙ %, Platelets Count ๕๘,๐๐๐ cell/mm ^๓ , Neutrophil ๘๗ %, Lymphocytes ๙ % , Monocyte ๓ %, Eosinophil ๑ %	
Electrolyte	วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗ Na ๑๓๔.๙ mmol/L, k ๔.๒ mmol/L ,chloride ๙๙.๙ mmol/L , TCO๒ ๑๔.๓ mmol/L Anion gap ๑๕	วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๗ Na ๑๔๓.๗ mmol/L, k ๓.๙ mmol/L , chloride ๑๑๔.๘ mmol/L , TCO๒ ๒๓.๘ mmol/L Anion gap ๙
BUN / Cr.	วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗ BUN ๑๘ Cr.๑.๓๖ GFR ๖๑.๑	วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๗ BUN ๒๑ Cr.๑.๐๕ GFR ๗๑.๑
Magnesium	วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗ Magnesium ๒.๔	วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๗ Magnesium ๒.๕
SARS coronavirus (covid ๑๙)	-	วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๗ Negative

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๕ พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีอาการขาดสุราและมีการติดเชื้อที่ปอดร่วมกับมีภาวะsepsis จึงได้มีการส่งตรวจ Hemo Culture ทั้ง ๒ ราย ร่วมกับมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายจากการดื่มสุราเป็นเวลานานและได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยลงขณะมีการเจ็บป่วยและมีความเสี่ยงในการสำลักอาหารขณะมีอาการเมาสุราตั้งแต่อยู่ที่บ้านและอยู่ในโรงพยาบาลจึงทำให้มีการอักเสบติดเชื้อที่ปอดเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการให้สารน้ำและเกลือแร่ จนผลเกลือแร่ในร่างกายปกติ ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ มีอาการแสดงของการทำงานของตับและไตที่ผิดปกติและชัดเจนกว่ากรณีศึกษารายที่ ๑ สาเหตุจากระยะเวลาการดื่มที่ยาวนานกว่าพร้อมทั้งอยู่ในวัยสูงอายุที่มีการเสื่อมของร่างกายร่วมด้วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย		
ตารางที่ ๖ แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑		
วันเดือนปี/เวลา	คำสั่งเฉพาะวัน(Order for one day)	คำสั่งตลอดไป(Order for Continuous)
วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗	- cbc bun cr electrolyte - Mg ,PT,INR -LFT -DTX CXR ,EKG on AWS protocol Valium ๑๐ mg V prn for agitate ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๑๐๐ cc/hr ๕%MgSo๔ ๔ml+๕%D/W ๑๐๐ ml V drip in ๔ hr -AFB x ๓ วัน - KCL ๓ tab oral q ๓ hr. x ๓ ครั้ง	Soft diet Record V/S,I/O Thiamine ๕๐๐ mg v q ๘ hr. x ๓ วัน Larazepam (๐.๕) ๑x๔ oral pc c hs
วันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๗	- On ออกซิเจน canular ๕ lpm - Valium ๑๐ mg V prn for agitate ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๑๐๐ cc/hr sputum G/S,C/S Hemo culture ๒ specimen	Ceftriazone ๒ gm iv OD Clindamycin ๖๐๐ mg in q ๘ hr - paracetamal ๕๐๐ mg ๑ tab prn po
วันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗	- On ออกซิเจน canular ๕ lpm - Valium ๑๐ mg V prn for agitate ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๑๐๐ cc/hr -Hadol ๕ mg M prn q ๔ hr. for agitate	
วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๗	- On ออกซิเจน canular ๕ lpm - Valium ๑๐ mg V prn for agitate ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๑๐๐ cc/hr -Hadol ๕ mg M prn q ๔ hr. for agitate - Berodual ๑ Nb พ่น ทุก ๖ hr	
วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗	cbc bun cr electrolyte Mg,ATK,UA,CXR Omeprazone ๔๐ mg V q ๑๒ hr. Norepinephrine (๔:๒๕๐) v ๕ cc/hr - Berodual ๑ Nb พ่น ทุก ๖ hr - On ออกซิเจน canular ๕ lpm ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๑๐๐ cc/hr	- off cet-๓ - ceftazidime ๒ gm iv q ๘ hr - paracetamal ๕๐๐ mg ๑ tab prn po

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๖ แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ (ต่อ)

วันเดือนปี/เวลา	คำสั่งเฉพาะวัน(Order for one day)	คำสั่งตลอดไป(Order for Continuous)
วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๗	on ETT no.๗ depth ๒๐ cms - Valium ๑๐ mg V stat - CXR ,EKG,ATK ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๑๐๐ cc/hr Norepinephrine (๔:๒๕๐) v ๕ cc/hr Retain foley's cath Refer โรงพยาบาลศรีสะเกษ	

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ ๖ แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒

วันเดือนปี/เวลา	คำสั่งเฉพาะวัน(Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
วันที่ ๑๐ กันยายน๒๕๖๗	- cbc bun cr electrolyte,UA - Mg ,LFT,DTX,CXR ,EKG on AWS protocol Valium ๑๐ mg V prn for agitate sputum G/S,C/S Hemo culture ๒ specimen ๕%MgSo๔ ๔ml+๕%D/W ๑๐๐ ml V drip in ๔ hr x ๒ วัน Retain foley's cath ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v load then ๑๐๐cc/hr	Soft diet Record V/S,I/O Thiamine ๑๐๐ mg v OD x ๓ วัน Larazepam (๐.๕) ๑x๔ oral pc c hs Ceftriazone ๒ gm iv OD
วันที่ ๑๑ กันยายน๒๕๖๗	๐.๙% NSS ๒,๐๐๐ ml v load then ๘๐ cc/hr Norepinephrine (๔:๒๕๐) v ๕ cc/hr on AWS protocol Valium ๑๐ mg V prn for agitate	
วันที่ ๑๒ กันยายน๒๕๖๗	๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๘๐ cc/hr Norepinephrine (๔:๒๕๐) v ๕ cc/hr on AWS protocol Valium ๑๐ mg V prn for agitate Berodual ๑ Nb ฟัน ทุก ๖ hr - On ออกซิเจน canular ๕ lpm CXR	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
ตารางที่ ๖ แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ (ต่อ)		
วันเดือนปี/เวลา	คำสั่งเฉพาะวัน(Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๗	๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๖๐ cc/hr bun cr electrolyte,Mg Berodual ๑ Nb พ่น ทุก ๖ hr - On ออกซิเจน canular ๕ lpm	Vit B๑ ๑x๓ po pc
วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๗	๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๖๐ cc/hr Berodual ๑ Nb พ่น ทุก ๖ hr - On ออกซิเจน canular ๕ lpm on AWS protocol Valium ๑๐ mg V prn for agitate	
วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๗	Berodual ๑ Nb พ่น ทุก ๑๕ min x ๓ dose on ETT no.๗ depth ๒๐ cms - Valium ๑๐ mg V stat - CXR ,EKG ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v ๖๐ cc/hr Refer โรงพยาบาลศรีสะเกษ	

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๖ แผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และกรณีศึกษาที่ ๒ ที่มีเหมือนกันคือ การประเมินและเจาะ lab พื้นฐาน และมีการใช้ AWS protocol มีการให้สารน้ำและเกลือแร่ในการรักษาการไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้รับยากลุ่ม benzodiazepines ซึ่งต้องระวังเรื่องระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะขาดสุราระยะที่รุนแรง ตามทฤษฎีและแนวคิดของผู้ป่วยที่ติดสุรา ได้รับการรักษาเรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับยา Levophed/ Norepinephrine ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย หลังได้รับการดูแลรักษายังมีแนวโน้มของโรคที่รุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากการอักเสบของปอด ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลม และมีการเปลี่ยนยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อโรคมมากขึ้น เนื่องจากกรณีศึกษา ทั้ง ๒ ราย ประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานานร่วมกับการดื่มสุราอาจทำให้รู้สึกตัวลดน้อยลง มีอาการมีนเมาเวลารับประทานอาหาร หรือนอนอาจทำให้เกิดการสำลักอาหาร เข้าปอดได้ทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ มีปัจจัยที่เพิ่มจากเป็นในผู้สูงอายุจะมีภูมิคุ้มกันโรครุนแรงต่ำ ซึ่งแตกต่างจากกรณีที่ ๑ ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ความรุนแรงของโรคอาจแตกต่างกัน กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายได้รับการช่วยชีวิตโดยใส่ท่อช่วยหายใจส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ตารางที่ ๗ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต	<p>๑.มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ</p> <p>๒.มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>๓.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ</p> <p>๔.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาDiazepam ชนิดฉีด</p>	<p>๑.มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ</p> <p>๒.มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>๓.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายการคั่งของของเสียในร่างกายเนื่องจากภาวะ Acute kidney injury</p> <p>๔.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ</p> <p>๕.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาDiazepam ชนิดฉีด</p>
ระยะต่อเนื่อง	<p>๕.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด</p> <p>๖. - เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะแม็กนีเซียมต่ำ</p> <p>๗.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียม</p> <p>๘.ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา</p> <p>๙.เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารสารน้ำอิเล็กโตรไลต์และบกพร่องในกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีภาวะถอนพิษสุราขั้นรุนแรง (Delirium Tremens)</p>	<p>๖.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด</p> <p>๗.ผู้ป่วยมีภาวะตับ บกพร่องจากการดื่ม สุราเป็นเวลานาน</p> <p>๘. - เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงจากภาวะแม็กนีเซียมต่ำ</p> <p>๙.ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา</p> <p>๑๐.เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารสารน้ำอิเล็กโตรไลต์และบกพร่องในกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีภาวะถอนพิษสุราขั้นรุนแรง (Delirium Tremens)</p>
	<p>๑๐.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา</p> <p>๑๑.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทำลายอาคารสถานที่เนื่องจากมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว</p>	<p>๑๑.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา</p> <p>๑๒.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทำลายอาคารสถานที่เนื่องจากมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
ตารางที่ ๗ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และรายที่ ๒ ตามลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		
	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ระยะจำหน่าย	๑๒. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มน้ำ ๑๓. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค	๑๓. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มน้ำ ๑๔. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๘ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และรายที่ ๒		
	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ
ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกผู้ป่วย หายใจหอบ เหนื่อยมากขึ้น O : มีไข้ ๓๘.๙ องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อยหอบ ระดับออกซิเจนในร่างกาย ๙๐% การตรวจเอกซเรย์ปอด ผล Infiltrate both lung ฟังได้ยินเสียง Crepitation + rhonchi อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที	ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกผู้ป่วย หายใจหอบ เหนื่อยมากขึ้น O : มีไข้ ๓๘.๙ องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อยหอบ ระดับออกซิเจนในร่างกาย ๙๐% การตรวจเอกซเรย์ปอด ผล Infiltrate both lung ฟังได้ยินเสียง Crepitation + rhonchi อัตราการหายใจ ๒๖ ครั้ง/นาที	ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกผู้ป่วย หายใจหอบ เหนื่อยมากขึ้น O : มีไข้ ๓๘.๙ องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อยหอบ ระดับออกซิเจนในร่างกาย ๙๐% การตรวจเอกซเรย์ปอด ผล Infiltrate both lung ฟังได้ยินเสียง Crepitation + rhonchi อัตราการหายใจ ๒๖ ครั้ง/นาที
วัตถุประสงค์ ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิด ภาวะพร่องออกซิเจน	วัตถุประสงค์ ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิด ภาวะพร่องออกซิเจน	วัตถุประสงค์ ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิด ภาวะพร่องออกซิเจน
เกณฑ์การประเมินผล ๑. Oxygen saturation >๙๕% ๒. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว ๓. อัตราการหายใจ ๑๖-๒๐ ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหายใจเร็ว	เกณฑ์การประเมินผล ๑. Oxygen saturation >๙๕% ๒. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว ๓. อัตราการหายใจ ๑๖-๒๐ ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหายใจเร็ว	เกณฑ์การประเมินผล ๑. Oxygen saturation >๙๕% ๒. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว ๓. อัตราการหายใจ ๑๖-๒๐ ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหายใจเร็ว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๘ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อเมือกมีลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก ๒ ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ และและรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ</p> <p>๒. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย</p> <p>๓.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน</p> <p>๔.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการจัดท่านอนศีรษะสูง ๓๐ องศา</p> <p>๕.ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา ได้แก่ berodual ๑ NB พ่นทุก ๖ ชั่วโมง</p> <p>๖.ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์ทราบ</p> <p>๗.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ตามแผนการรักษาเพื่อทำลายเชื้อโรค</p> <p>๘.ระมัดระวังการติดเชื้อโดยใช้หลัก Aseptic technique</p> <p>๙.ช่วยแพทย์ทำหัตถการในการใส่ท่อช่วยหายใจ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อเมือกมีลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก ๒ ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ และและรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ</p> <p>๒. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย</p> <p>๓.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน</p> <p>๔.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการจัดท่านอนศีรษะสูง ๓๐ องศา</p> <p>๕.ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา ได้แก่ berodual ๑ NB พ่นทุก ๖ ชั่วโมง</p> <p>๖.ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์ทราบ</p> <p>๗.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ตามแผนการรักษาเพื่อทำลายเชื้อโรค</p> <p>๘.ระมัดระวังการติดเชื้อโดยใช้หลัก Aseptic technique</p> <p>๙.ช่วยแพทย์ทำหัตถการในการใส่ท่อช่วยหายใจ</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยซึมลง E_๓V_๓M_๕ หายใจหอบเหนื่อย ได้รับออกซิเจน maks c bag ๑๐ LPMระดับออกซิเจนในร่างกาย ๙๐% ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยซึมลง E_๓V_๓M_๕ หายใจหอบเหนื่อย ได้รับออกซิเจน maks c bag ๑๐ LPMระดับออกซิเจนในร่างกาย ๙๐% ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
วิเคราะห์	
จากตารางที่ ๘ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีปัญหาที่เหมือนกัน ได้รับการรักษาที่เหมือนกัน ได้แก่การ ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ยา ceftriazone ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ไม่ตอบสนองต่อการรักษาจึง เปลี่ยนเป็นยา cetazidime และ clindamycin ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการรักษาโดย การพ่นยาขยายหลอดลม การให้ออกซิเจน จากการติดตามอาการต่อเนื่อง เนื่องจาก ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย อยู่ในภาวะขาดสุราที่รุนแรงมีการผูกยึดและยังให้รับประทานเองทางปากมีญาติช่วยป้อนส่งผลทำให้มีการ สำลัอาหารและเพิ่มการติดเชื้อที่ปอดร่วมกับผู้ป่วยในภาวะช็อกเนื้อเยื่อของร่างกายจะมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอและ เนื้อเยื่อต่างๆขาดออกซิเจน ทำให้มีอาการทางเดินหายใจล้มเหลวรุนแรงจนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทั้ง ๒ ราย	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๙ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และราย ที่ ๒	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ มีภาวะช็อกเนื่องจากการ ติดเชื้อในกระแสเลือด	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ มีภาวะช็อกเนื่องจาก การติดเชื้อในกระแสเลือด
ข้อมูลสนับสนุน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ ๓๘.๘ องศาเซลเซียส ชีพจรเท่ากับ ๑๑๒ ครั้งต่อนาที หายใจเท่ากับ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเท่ากับ ๘๘/๕๐ มิลลิเมตรปรอท Sos score ๔ คะแนน	ข้อมูลสนับสนุน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ ๓๘.๘ องศาเซลเซียส ชีพจรเท่ากับ ๑๑๒ ครั้งต่อนาที หายใจเท่ากับ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเท่ากับ ๘๘/๕๐ มิลลิเมตรปรอท Sos score ๔ คะแนน
วัตถุประสงค์ แก้ไขภาวะช็อกและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	วัตถุประสงค์ แก้ไขภาวะช็อกและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย ≤ ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ความดันโลหิต $\geq ๙๐/๖๐$ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๖๐-๙๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๖-๒๐ ครั้ง/นาที MAP ≥ ๖๕ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่นหายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะออกดีUrine output ๐.๕-๑ ซีซี/กก./ชม.	เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย ≤ ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ความดันโลหิต $\geq ๙๐/๖๐$ มิลลิเมตรปรอทชีพจร ๖๐-๙๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๖-๒๐ ครั้ง/นาที MAP ≥ ๖๕ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่นหายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะออกดีUrine output ๐.๕-๑ ซีซี/กก./ชม.
กิจกรรมการพยาบาล ๑.จัดผู้ป่วยให้นอนเตียงใกล้ Nurse Station ซึ่งจัดให้เป็น โชนผู้ป่วยวิกฤต ๒.ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็นกระสับกระส่ายสับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็วชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ (Systolic ต่ำกว่า ๕๐-๙๐ มิลลิเมตรปรอท	กิจกรรมการพยาบาล ๑.จัดผู้ป่วยให้นอนเตียงใกล้ Nurse Station ซึ่งจัดให้เป็น โชนผู้ป่วยวิกฤต ๒.ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็นกระสับกระส่ายสับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็วชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ (Systolic ต่ำกว่า ๕๐-๙๐ มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำทั้ง Systolic

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๙ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) หรือค่าทั้ง Systolic และ Diastolic) ผิวหนังซีดเย็น หรือเขียว (Cyanosis) ๓.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว อารมณ์ และอาการแสดงทุก ๑๕ นาทีในชั่วโมงแรก ทุก ๓๐ นาทีและทุก ๑-๒ ชั่วโมง หลังรับไว้ในการดูแลเพื่อประเมินเฝ้าระวัง ติดตามอาการของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม ๔.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml vein drip ๘๐ ml/hr Control By Infusion pump ๕.ดูแลให้ได้รับ Levophed ๔ mg + ๕%D/W ๑๐๐ ml iv drip ๕ ml/hr titrate Levophed Control By Infusion pump เพิ่มทีละ ๕ ml/hr ทุก ๑๕ นาทีตามแผนการรักษา ๖.ของแพทย์ เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอทและ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ มิลลิเมตรปรอท พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาและเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ทุก ๒ ชั่วโมง บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเพื่อประเมินหน้าที่การทำงานของไตทุก ๑ ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า ๓๐ cc/hr รายงานแพทย์ทราบ ๗.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ๒ gms vein Drip OD ตามแผนการรักษาเพื่อลดการติดเชื้อ ๘.ล้างมือก่อน - หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มเติมติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และดูแลไม่ให้หัก พับ งอ เพื่อป้องกันปัสสาวะคั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะ เป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก ๘ ชั่วโมงเพื่อติดตามดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) หรือค่าทั้ง Systolic และ Diastolic) ผิวหนังซีดเย็น หรือเขียว (Cyanosis) ๓.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว อารมณ์ และอาการแสดงทุก ๑๕ นาทีในชั่วโมงแรก ทุก ๓๐ นาทีและทุก ๑-๒ ชั่วโมง หลังรับไว้ในการดูแลเพื่อประเมินเฝ้าระวัง ติดตามอาการของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม ๔.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml vein drip ๘๐ ml/hr Control By Infusion pump ๕.ดูแลให้ได้รับ Levophed ๔ mg + ๕%D/W ๑๐๐ ml iv drip ๕ ml/hr titrate Levophed Control By Infusion pump เพิ่มทีละ ๕ ml/hr ทุก ๑๕ นาทีตามแผนการรักษา ๖.ของแพทย์ เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอทและ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ มิลลิเมตรปรอท พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาและเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ทุก ๒ ชั่วโมง บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเพื่อประเมินหน้าที่การทำงานของไตทุก ๑ ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า ๓๐ cc/hr รายงานแพทย์ทราบ ๗.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ๒ gms vein Drip OD ตามแผนการรักษาเพื่อลดการติดเชื้อ ๘.ล้างมือก่อน - หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มเติมติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และดูแลไม่ให้หัก พับ งอ เพื่อป้องกันปัสสาวะคั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะเป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก ๘ ชั่วโมงเพื่อติดตามดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๙ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวอุณหภูมิ ๓๖.๐ - ๓๘.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐-๑๒๐ ครั้ง/นาที</p> <p>อัตราการหายใจ ๒๒-๒๖ ครั้ง/นาที</p> <p>ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>MAP ๖๕ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ปัสสาวะออก ๘๐๐ cc./๘ hr</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวอุณหภูมิ ๓๖.๐ - ๓๘.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐-๑๒๐ ครั้ง/นาที</p> <p>อัตราการหายใจ ๒๒-๒๖ ครั้ง/นาที</p> <p>ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท MAP ๖๕ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ปัสสาวะออก ๕๐๐ cc./๘ hr</p>

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๙ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสอง มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน ซึ่งอาจจะเกิดจากการติดเชื้อนำมาก่อนโดยเฉพาะการติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักน้ำและอาหารขณะเมาสุรา กรณีศึกษาครั้งที่ ๑ มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทำให้ได้รับยากระตุ้นยาคัดตัวของหลอดเลือดจนถึงจำหน่ายส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล ศรีสะเกษ ส่วนกรณีศึกษาครั้งที่ ๒ มีอาการแสดงของการติดเชื้อตั้งแต่แรกรับขณะนอนโรงพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาจนสามารถหยุดการให้ยากระตุ้นยาคัดตัวของหลอดเลือด แต่กรณีศึกษาทั้งสอง รายยังคงมีการให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๑๐ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ ๑ และรายที่ ๒

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ไม่พบปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายการคั่งของของเสียในร่างกายเนื่องจากภาวะ Acute kidney injury
	ข้อมูลสนับสนุน ๑. BUN (Blood Urea Nitrogen) ๙๓ mg/dl ๒. Creatinine ๓.๓๕ mg/dL. ๓. GFR ๑๗.๕ mL/min/๑.๗๓m ^๒
	เกณฑ์การประเมินผล BUN ๖ - ๒๐ mg/dl และ Creatinine ๐.๕๕ - ๑.๐๒ mg/dl ปัสสาวะออก มากกว่า ๐.๕ มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมงและมีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้า/ ออก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๑๐ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และ รายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑) ประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและบันทึกสัญญาณชีพทุก ๑-๒ ชั่วโมง</p> <p>๒) ประเมินและบันทึกปริมาตรปัสสาวะ ทุก ๔ ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>๓) Record I/O ทุก ๒ - ๔ ชั่วโมง</p> <p>๔) ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา</p> <p>๕) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>
	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>หลังได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ผลเลือดการทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้น</p> <p>๑. BUN (Blood Urea Nitrogen) ๓๑mg/dl</p> <p>๒. Creatinine ๑.๑๔mg/dL.</p> <p>๓. GFR ๖๔.๓mL/min/๑.๗๓m^๒</p>

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๑๐ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ มีการทำงานของไตลดลงอย่างเฉียบพลัน ตามทฤษฎีนอกจากการดื่มสุราเป็นเวลานานอาจเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นมานานกว่าจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลและอาจเกิดจากการเสื่อมของไตจากสูงอายุซึ่งผู้ป่วยรายนี้ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพมาก่อน

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๑๑ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และ รายที่ ๒

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๔ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ
ข้อมูลสนับสนุน มีผลการตรวจเลือดพบเกล็ดเลือดต่ำกว่า ๙๕,๐๐๐ ลูกบาศก์มิลลิเมตร	ข้อมูลสนับสนุน มีผลการตรวจเลือดพบเกล็ดเลือดต่ำกว่า ๘๘,๐๐๐ ลูกบาศก์ มิลลิเมตร
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเลือดออก	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเลือดออก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาล ตารางที่ ๑๑ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ไม่มีจุดจ้ำเลือดในร่างกาย</p> <p>ผลตรวจ Platelet count อยู่ในเกณฑ์ปกติ > ๑๔๐,๐๐๐ cell/mm^๓</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ไม่มีจุดจ้ำเลือดในร่างกาย</p> <p>ผลตรวจ Platelet count อยู่ในเกณฑ์ปกติ > ๑๔๐,๐๐๐ cell/mm^๓</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ระวังการเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>๒. ประเมินอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นลม</p> <p>๓. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนที่เตียง ลดการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เกิดเลือดออกและหยุดยาก</p> <p>๔. หากผู้ป่วยมียาฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหลังฉีดยาต้องกดด้วยสำลีนาน ๗-๑๐ นาทีหรือจนกว่าจะแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล ห้ามนวดคลึงหากผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมากต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาฉีดยา</p> <p>๕. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกล็ดเลือดที่ต่ำเป็นปกติ และรายงานให้แพทย์ทราบถึง ผลการตรวจเกล็ดเลือดของผู้ป่วยทุกครั้ง</p> <p>๖. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค พร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดตีมนสุรา</p> <p>๗. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร งดอาหารที่มีลักษณะสีน้ำตาล/แดงน้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่อง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ระวังการเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>๒. ประเมินอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นลม</p> <p>๓. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนที่เตียง ลดการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เกิดเลือดออกและหยุดยาก</p> <p>๔. หากผู้ป่วยมียาฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหลังฉีดยาต้องกดด้วยสำลีนาน ๗-๑๐ นาทีหรือจนกว่าจะแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล ห้ามนวดคลึงหากผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมากต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาฉีดยา</p> <p>๕. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกล็ดเลือดที่ต่ำเป็นปกติ และรายงานให้แพทย์ทราบถึง ผลการตรวจเกล็ดเลือดของผู้ป่วยทุกครั้ง</p> <p>๖. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค พร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดตีมนสุรา</p> <p>๗. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร งดอาหารที่มีลักษณะสีน้ำตาล/แดงน้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่อง</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะของร่างกายผลตรวจ Platelet count ลดลง ๕๘,๐๐๐ cell/mm^๓, (วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗)</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะของร่างกาย ไม่ได้มีการตรวจ Platelet count ซ้ำ</p>
<p>วิเคราะห์</p> <p>จากตารางที่ ๑๑ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่เหมือนกัน คือภาวะเกล็ดเลือดในร่างกายต่ำกว่าปกติ เนื่องจากมีการตีมนสุราเป็นเวลานานมีผลต่อตับทำงานผิดปกติ ร่วมกับมีการติดเชื้อในร่างกายร่วมด้วยซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆได้ง่ายผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ พยาบาล เป็นอย่างดี ทำให้ไม่พบมีเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย</p>	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ตารางที่ ๑๒ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๔ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาDiazepam ชนิดฉีด	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๕ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาDiazepam ชนิดฉีด
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับยา valium ๑๐ mg iv prn. ทุก ๔ ชั่วโมง	ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับยา valium ๑๐ mg iv prn. ทุก ๔ ชั่วโมง
วัตถุประสงค์ เพื่อให้การหายใจมีประสิทธิภาพไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	วัตถุประสงค์ เพื่อให้การหายใจมีประสิทธิภาพไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายเพิ่ม	เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายเพิ่ม
กิจกรรมการพยาบาล ๑. การฉีดยา Diazepam ๑๐ mg เข้าหลอดเลือดดำต้องฉีดช้าๆหลีกเลี่ยงการทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด ๒. ตรวจสอบอาการอีกเสบของหลอดเลือดว่ามีปวดแดงหรือมีลักษณะไหม้บริเวณฉีดยาหรือไม่ ๓. ประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยาได้แก่อาการง่วงนอนและสังเกตการหายใจเนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยาโดยเฉพาะการหายใจและความดันโลหิตโดยวัดทุก ๓๐นาทีหลังให้ยาฉีดจำนวน ๔ ครั้งหลังจากนั้นวัดทุก ๑ ชั่วโมงจำนวน ๓ ครั้งจากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมงจนกว่าอาการคงที่ ๔. เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้นกระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากให้ยาแล้วอาการไม่สงบประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้งจัดทำบันทึกที่เหมาะสมจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้นได้แก่แสงสว่างที่มากเกินไปเสียงดังมีคนพลุกพล่าน ๕. ติดตามผลของยาถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมากทรงตัวไม่ตรีรายงานแพทย์ทราบอาการระงับอุบัติเหตุต่างๆดูแลกิจวัตรประจำวันดูแลเรื่องการได้รับสารอาหารและน้ำอย่างพอเพียง	กิจกรรมการพยาบาล ๑. การฉีดยา Diazepam ๑๐ mg เข้าหลอดเลือดดำต้องฉีดช้าๆหลีกเลี่ยงการทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด ๒. ตรวจสอบอาการอีกเสบของหลอดเลือดว่ามีปวดแดงหรือมีลักษณะไหม้บริเวณฉีดยาหรือไม่ ๓. ประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยาได้แก่อาการง่วงนอนและสังเกตการหายใจเนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยาโดยเฉพาะการหายใจและความดันโลหิตโดยวัดทุก ๓๐นาทีหลังให้ยาฉีดจำนวน ๔ ครั้งหลังจากนั้นวัดทุก ๑ ชั่วโมงจำนวน ๓ ครั้งจากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมงจนกว่าอาการคงที่ ๔. เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้นกระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากให้ยาแล้วอาการไม่สงบประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้งจัดทำบันทึกที่เหมาะสมจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้นได้แก่แสงสว่างที่มากเกินไปเสียงดังมีคนพลุกพล่าน ๕. ติดตามผลของยาถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมากทรงตัวไม่ตรีรายงานแพทย์ทราบอาการระงับอุบัติเหตุต่างๆดูแลกิจวัตรประจำวันดูแลเรื่องการได้รับสารอาหารและน้ำอย่างพอเพียง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๑๒ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๖. รายงานแพทย์กรณี</p> <p>๑) ให้อาพรน ซ้ำ ๓ dose ติดต่อกันแล้วอาการของผู้ป่วยไม่สงบ</p> <p>๒) ได้ Valium ถึง ๘๐ mg ภายใน ๘ ชั่วโมง</p> <p>๓) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนได้แก่ปลุกไม่ตื่นหรืออัตราการหายใจน้อยกว่า ๑๔ ครั้ง/นาทีที่ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงเช่น Weakness, Sign of increase intracranial pressure (เช่นอาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia)</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๖. รายงานแพทย์กรณี</p> <p>๑) ให้อาพรน ซ้ำ ๓ dose ติดต่อกันแล้วอาการของผู้ป่วยไม่สงบ</p> <p>๒) ได้ Valium ถึง ๘๐ mg ภายใน ๘ ชั่วโมง</p> <p>๓) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนได้แก่ปลุกไม่ตื่นหรืออัตราการหายใจน้อยกว่า ๑๔ ครั้ง/นาทีที่ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงเช่น Weakness, Sign of increase intracranial pressure (เช่นอาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia)</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ ๓๘.๘ องศาเซลเซียส</p> <p>อัตราการหายใจ ๒๒ - ๒๔ ครั้ง/นาที มีเสมหะ ขาวขุ่น</p> <p>ตรวจ ATK ผลการตรวจ negative</p> <p>Paracetamal (๕๐๐mg) ๑ tab เวลา มีไข้</p> <p>AFB ผลการตรวจ negative</p> <p>ได้รับยา Valium ได้รับทั้งหมด ๕๐ mg</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ ๓๘.๘ องศาเซลเซียส</p> <p>อัตราการหายใจ ๒๒ - ๒๖ ครั้ง/นาที มีเสมหะ ขาวขุ่น</p> <p>ตรวจ ATK ผลการตรวจ negative</p> <p>Paracetamal (๕๐๐mg) ๑ tab เวลา มีไข้</p> <p>ได้รับยา Valium ได้รับทั้งหมด ๘๐ mg</p>
<p>วิเคราะห์</p> <p>จากตารางที่ ๑๒ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันเป็นภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง อาการเกิด ต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออก มาก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และกระสับกระส่ายมากขึ้น ร่วมกับมีอาการเพื่อสับสน หูแว่ว หวาดระแวง โดยอาการมักเริ่มรุนแรงภายใน ๒ - ๓ วันหลังหยุดดื่มสุรา และรุนแรงที่สุดในวันที่ ๔ - ๕ ส่วนใหญ่ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ขาดสุราก่อนมาโรงพยาบาล ๓ วันและรักษาตัวในโรงพยาบาล ๕ วัน ทำให้อยู่ในระยะขาดสุราขั้นรุนแรงจึงจำเป็นต้องได้รับยาDiazepam ชนิดฉีด ควบคุมอาการให้สามารถพักได้</p>	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๑๓ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๕ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๖ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการสับสนกระสับกระส่าย ได้รับการผูกมัดข้อมือ ๒ ข้าง	ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการสับสนกระสับกระส่าย ได้รับการผูกมัดข้อมือ ๒ ข้าง
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัด	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัด
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม	เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม
กิจกรรมการพยาบาล ๑. พิจารณาผูกมัดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกมัดที่บุฟองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวขณะให้การผูกมัดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกมัดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ ๒. ใช้มือสองนิ้วสอดเข้าใต้เปลี่ยนทำผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง ๓. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกมัดและการดำเนินของโรค ๔. ตรวจสอบอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล ๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก ๔ ชั่วโมง ๖. คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง ๗. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา	กิจกรรมการพยาบาล ๑. พิจารณาผูกมัดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกมัดที่บุฟองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวขณะให้การผูกมัดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกมัดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ ๒. ใช้มือสองนิ้วสอดเข้าใต้เปลี่ยนทำผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง ๓. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกมัดและการดำเนินของโรค ๔. ตรวจสอบอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล ๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก ๔ ชั่วโมง ๖. คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง ๗. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา
การประเมินผลการพยาบาล -ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่มีแผลถลอกที่บริเวณผูกมัด	การประเมินผลการพยาบาล -ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่มีแผลถลอกที่บริเวณผูกมัด
วิเคราะห์	
จากตารางที่ ๑๓ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เหมือนกัน เป็นระยะของการขาดสุราขั้นรุนแรง จึงจำเป็นต้องได้รับการผูกมัด เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จากอาการประสาทหลอนซึ่งพบได้ในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังและอยู่ในภาวะขาดสุรา พร้อมทั้งป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มอีกด้วย	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๑๔ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และ รายที่ ๒

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ไม่พบปัญหา	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๗ ผู้ป่วยมีภาวะตับ บกพร่องจากการดื่ม สุราเป็น เวลานาน
	ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการตาเหลืองระดับปานกลาง ผลการตรวจเลือด AST= ๑๓๘ U/L, ALT = ๗๔ U/L, Total Bilirubin = ๔.๐๔ mg/dl, Direct Bilirubin = ๓.๑๗ mg/dl
	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตับบกพร่อง
	เกณฑ์การประเมินผล ผลการตรวจค่าการทำงานของตับเข้าสู่ระดับปกติ
	กิจกรรมการพยาบาล ๑. ประเมินอาการคลื่นไส้เบื่ออาหารแน่นอึดอัดท้องหรืออาการคันตามผิวหนัง ๒. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบลดเสียงรบกวนให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ ๖ ชั่วโมง ๓. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีพลังงานสูงไขมันต่ำและดูแลให้ผู้ป่วย รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง ๔. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ๕. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการทำงานของตับ (SGOT/SGPT Alkaline phosphatase) พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ ๖. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรคพร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ๗. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมงหรือตามระดับอาการขาดสุรา
	การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยยังมีอาการตัว ตาเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ยังไม่ได้มีการติดตามค่าการทำงานของตับซ้ำ

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๑๔ ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒ พบค่าการทำงานของตับมีความผิดปกติผลจากการดื่มสุราและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ เป็นเวลานาน และสุราเป็นสาเหตุให้ไขมันสะสมในตับ เป็นเหตุให้เซลล์ของตับตายแล้วเกิดแผลเป็นมี พังผืดบางๆ เกิดขึ้นในบริเวณนั้นเกิดตับอักเสบจะมีการทำลายเซลล์มากขึ้นจนกลายเป็นตับแข็งจาก สุรา (Alcoholic Liver Cirrhosis) อาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งที่ตับได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๑๕ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๖ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะแมกนีเซียมต่ำ	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๘ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะแมกนีเซียมต่ำ
ข้อมูลสนับสนุน การทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี แมกนีเซียม ๑.๖ mg/dl	ข้อมูลสนับสนุน การทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี แมกนีเซียม ๑.๖ mg/dl
วัตถุประสงค์ ๑.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ๒.ระดับแมกนีเซียมเข้าสู่ระดับปกติ	วัตถุประสงค์ ๑.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ๒.ระดับแมกนีเซียมเข้าสู่ระดับปกติ
เกณฑ์การประเมินผล ๑.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ จากการหกล้มตกเตียง ๒.แมกนีเซียม(๑.๗๘ - ๒.๕๘ mg/dl)	เกณฑ์การประเมินผล ๑.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ จากการหกล้มตกเตียง ๒.แมกนีเซียม(๑.๗ - ๒.๐ mg/dl)
กิจกรรมการพยาบาล ๑. ประเมินอาการอ่อนเพลียแขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน ๒. จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบไม่มีสิ่งกีดขวางพื้นไม่เปียกจัดให้ผู้ปวยนอนเตียงที่มีไม้กั้นเตียงและยกไม้กั้นเตียงขึ้นขณะผู้ปวยพักผ่อนเพื่อป้องกันการตกเตียง ๓. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ปวยเรื่องการขับถ่ายการทาความสะอาดร่างกายโดยช่วยพาผู้ปวยเข้าห้องน้ำเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มกรณีผู้ปวยเดินได้หากยังเดินไปห้องน้ำไม่ได้ช่วยทาความสะอาดหลังขับถ่ายและทาความสะอาดร่างกายที่เตียง ๔. ประสานนักโภชนาการจัดอาหารที่มีแมกนีเซียมให้ผู้ปวยรับประทานเช่นกล้วยส้ม ๕. ดูแลให้ผู้ปวยได้รับ ๕๐% MgSo๔ ๔ ml + ๕%D/W ๑๐๐ ml V drip in ๔ hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในเรื่องแนวทางการบริหารยาการติดตามอาการผู้ปวยหลังได้รับยาแมกนีเซียมทดแทนและการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	กิจกรรมการพยาบาล ๑. ประเมินอาการอ่อนเพลียแขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน ๒. จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบไม่มีสิ่งกีดขวางพื้นไม่เปียกจัดให้ผู้ปวยนอนเตียงที่มีไม้กั้นเตียงและยกไม้กั้นเตียงขึ้นขณะผู้ปวยพักผ่อนเพื่อป้องกันการตกเตียง ๓. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ปวยเรื่องการขับถ่ายการทาความสะอาดร่างกายโดยช่วยพาผู้ปวยเข้าห้องน้ำเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มกรณีผู้ปวยเดินได้หากยังเดินไปห้องน้ำไม่ได้ช่วยทาความสะอาดหลังขับถ่ายและทาความสะอาดร่างกายที่เตียง ๔. ประสานนักโภชนาการจัดอาหารที่มีแมกนีเซียมให้ผู้ปวยรับประทานเช่นกล้วยส้ม ๕. ดูแลให้ผู้ปวยได้รับ ๕๐% MgSo๔ ๔ ml + ๕%D/W ๑๐๐ ml V drip in ๔ hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในเรื่องแนวทางการบริหารยาการติดตามอาการผู้ปวยหลังได้รับยาแมกนีเซียมทดแทนและการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๑๕ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๖. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจนระดับแมกนีเซียมเข้าสู่ระดับปกติ</p> <p>๗. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง</p> <p>๘. ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๖. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจนระดับแมกนีเซียมเข้าสู่ระดับปกติ</p> <p>๗. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง</p> <p>๘. ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้มหรือตกเตียงขณะแมกนีเซียมต่ำ</p> <p>ระดับแมกนีเซียมของผู้ป่วยเข้าสู่ระดับปกติ</p> <p>วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗</p> <p>Magnesium ๒.๔</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้มหรือตกเตียงขณะแมกนีเซียมต่ำ</p> <p>ระดับแมกนีเซียมของผู้ป่วยเข้าสู่ระดับปกติ</p> <p>วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๗</p> <p>Magnesium ๒.๕</p>

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๑๕ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันการดื่มสุราเป็นเวลานานร่วมกับขณะเมาสุราทำให้รับประทานอาหารไม่เพียงพอไม่ครบ ๕ หมู่ ส่งผลให้ Magnesium ในร่างกายลดต่ำลงอาจเกิดภาวะชัก หรือส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแอได้ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับการแก้ไขไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก Magnesium ในร่างกายต่ำ ผล Magnesium อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้ง ๒ ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๑๖ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๗ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียม	ไม่พบปัญหานี้
ข้อมูลสนับสนุน Potassium ๓.๐ mmol/L	
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ระดับโพแทสเซียม เข้าสู่ระดับปกติ	
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มตกเตียง ระดับโพแทสเซียม (๓.๕-๕.๑ mmol/L)	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๑๖ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒ (ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินอาการอ่อนเพลีย แขน ขาอ่อนแรงโดยเฉพาะ ต้นขาและต้นแขน</p> <p>๒. ลดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หกล้ม ตกเตียงจากอาการแขนขาอ่อนแรง</p> <p>๓. ดูแลให้ได้รับ Kcl ๓ tab oral q ๓ hr. x ๓ ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>๔. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีโปตัสเซียมให้ผู้ป่วยรับประทาน</p> <p>๕. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p> <p>๖. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกลือแร่ที่ขาดเข้าสู่ระดับปกติ</p> <p>๗. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย</p> <p>๘. ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่อง</p>	
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยหลังได้รับยาตามการรักษาและรับประทานอาหารตามที่จัดให้ทำให้แขนขามีแรงมากขึ้น</p> <p>ปลอดภัยไม่ เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p> <p>- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ</p> <p>โปตัสเซียม ๔.๒ mmol/L</p>	
<p>วิเคราะห์</p> <p>จากตารางที่ ๑๖ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๑ พบว่าปัญหาการดื่มสุราและรับประทานอาหารได้น้อยลง ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มา ๓วัน ส่งผลให้ Potassium ในร่างกายต่ำลงได้</p>	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๑๗ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๘ ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการขาดสุรา	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๙ ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการขาดสุรา
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยขาดสุรา ๓ วัน -ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่ายเหงื่อออกมือสั่น - AWS = ๑๐ คะแนน	ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยขาดสุรา ๓ วัน -ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่ายเหงื่อออกมือสั่น - AWS = ๑๐ คะแนน
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอหายจากภาวะขาดสุราอย่างรวดเร็วที่สุด	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอหายจากภาวะขาดสุราอย่างรวดเร็วที่สุด
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยพักผ่อนได้ หายจากภาวะขาดสุราอย่างรวดเร็วที่สุด	เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยพักผ่อนได้ หายจากภาวะขาดสุราอย่างรวดเร็วที่สุด
กิจกรรมการพยาบาล ๑. ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดสุราทุก ๒ ชั่วโมงจนอาการขาดสุราทุเลาลงเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดสุรา ๒. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ valium ๑๐ mg iv prn ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยาเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาระบบประสาทส่วนกลางมากเช่นง่วงนอนมากหายใจช้า การทรงตัวไม่ดีเดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา ๓. ดูแลความสะอาดความสุขสบายการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ ๖ ชั่วโมงโดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยแสงสว่างเพียงพอลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ๔. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ๕. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสุราเพื่อลดความวิตกกังวล	กิจกรรมการพยาบาล ๑. ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดสุราทุก ๒ ชั่วโมงจนอาการขาดสุราทุเลาลงเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดสุรา ๒. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ valium ๑๐ mg iv prn ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยาเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาระบบประสาทส่วนกลางมากเช่นง่วงนอนมากหายใจช้า การทรงตัวไม่ดีเดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา ๓. ดูแลความสะอาดความสุขสบายการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ ๖ ชั่วโมงโดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยแสงสว่างเพียงพอลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ๔. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ๕. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสุราเพื่อลดความวิตกกังวล
การประเมินผลการพยาบาล -ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการประเมินภาวะขาดสุราอย่างต่อเนื่อง AWS = ๔-๕ คะแนน -ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องไม่พบอาการไม่พึงประสงค์	การประเมินผลการพยาบาล -ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการประเมินภาวะขาดสุราอย่างต่อเนื่อง AWS = ๔-๕ คะแนน -ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องไม่พบอาการไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
วิเคราะห์	
จากตารางที่ ๑๗ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน จากโรคพิษสุราเรื้อรังและหยุดดื่มสุรามากกว่า ๓ วัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยขาดสุรา มีภาวะเพื่อ สับสน รับประทานอาหารได้น้อยลง และนอนพักไม่ได้ รวมทั้งได้รับการผูกมัดเพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มหรือการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จึงจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อให้อาการสงบลงและสามารถนอนพักได้	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตารางที่ ๑๘ แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๙ เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารสารน้ำอิเล็กโทรไลต์และบกพร่องในกิจวัตรประจำเนื่องจากมีภาวะถอนพิษสุราขั้นรุนแรง (Delirium Tremens)	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑๐ เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารสารน้ำอิเล็กโทรไลต์และบกพร่องในกิจวัตรประจำเนื่องจากมีภาวะถอนพิษสุราขั้นรุนแรง (Delirium Tremens)
ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออกมากตามใบหน้าฝ่ามือหน้าอก กระสับกระส่ายผุดลุกผุดนั่งตลอดเวลา -มีอาการมึนงงสับสนวันเวลาสถานที่และบุคคลพูดพึมพำคนเดียวสลับกับตะโกนเป็นพักๆ -ผู้ป่วยได้รับการผูกมัดไว้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ -คะแนนประเมินอาการถอนพิษสุรา ๑๕ คะแนน	ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออกมากตามใบหน้าฝ่ามือหน้าอก กระสับกระส่ายผุดลุกผุดนั่งตลอดเวลา -มีอาการมึนงงสับสนวันเวลาสถานที่และบุคคลพูดพึมพำคนเดียวสลับกับตะโกนเป็นพักๆ -ผู้ป่วยได้รับการผูกมัดไว้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ -คะแนนประเมินอาการถอนพิษสุรา ๑๕ คะแนน
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ electrolyte imbalance ผู้ป่วยไม่มีภาวะสับสน จากภาวะ electrolyte imbalance	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ electrolyte imbalance ผู้ป่วยไม่มีภาวะสับสน จากภาวะ electrolyte imbalance
เกณฑ์การประเมินผล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ไม่มีภาวะ electrolyte imbalance ไม่มี คลื่นไส้อาเจียน ไม่มีสับสน ชักถ่ายปกติ	เกณฑ์การประเมินผล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ไม่มีภาวะ electrolyte imbalance ไม่มี คลื่นไส้อาเจียน ไม่มีสับสน ชักถ่ายปกติ
กิจกรรมการพยาบาล ๑.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ แนะนำญาติและช่วยจัดทำศิระสูงทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก ๒.ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก ๔ ชั่วโมง ๓. ให้อาหารและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา	กิจกรรมการพยาบาล ๑.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ แนะนำญาติและช่วยจัดทำศิระสูงทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก ๒.ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก ๔ ชั่วโมง ๓. ให้อาหารและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๑๘ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๔. เฝ้าระวังอาการที่เกิดจากยากระบบประสาทส่วนกลางมากเกินไป หายใจช้าอาการหลับลึกหากพบรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาด้านฤทธิ์ยากลุ่ม Benzodiazepine</p> <p>๕.ติดตามผลตรวจ electrolyte ทางห้องปฏิบัติการเพื่อรายงานแพทย์</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๔. เฝ้าระวังอาการที่เกิดจากยากระบบประสาทส่วนกลางมากเกินไป หายใจช้าอาการหลับลึกหากพบรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาด้านฤทธิ์ยากลุ่ม Benzodiazepine</p> <p>๕.ติดตามผลตรวจ electrolyte ทางห้องปฏิบัติการเพื่อรายงานแพทย์</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยได้รับสารอาหารสารน้ำตามแผนการรักษา รับประทานอาหารได้แต่มีสลักอาหารบางครั้ง เนื่องจากยังมีอาการสับสนจากภาวะขาดสุรา</p> <p>electrolyte วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗</p> <p>Na ๑๓๔.๙ mmol/L, k ๔.๒ mmol/L , chloride ๙๙.๙ mmol/L ,TCO๒ ๑๔.๓ mmol/L</p> <p>Anion gap ๑๕</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยได้รับสารอาหารสารน้ำตามแผนการรักษา รับประทานอาหารได้แต่มีสลักอาหารบางครั้ง เนื่องจากยังมีอาการสับสนจากภาวะขาดสุรา</p> <p>Electrolyte วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗</p> <p>Na ๑๓๐ mmol/L, k ๔.๐ mmol/L , chloride ๙๕.๗ mmol/L ,TCO๒ ๑๘ mmol/L</p> <p>Anion gap ๒๐.๒</p>

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๑๘ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เหมือนกันจากโรคพิษสุราเรื้อรังและอยู่ในภาวะขาดสุราที่รุนแรงไม่สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้ต้องพึ่งพาญาติในการป้อนอาหารทุกมื้อและสุราจะกระตุ้นให้มีการหลังกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารออกมามากขึ้นทำให้ระคายเคืองและเกิดอาการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เมื่อเกิดการอักเสบเรื้อรังทำให้การดูดซึมอาหารลดลงเป็นผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและวิตามินหลายชนิด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๑๙ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๑๐ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักรหลังหยุดดื่มสุรา	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๑๑ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักรหลังหยุดดื่มสุรา
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเคยมีประวัติชักรหลังหยุดดื่มสุรา และมีประวัติ หยุดดื่มสุราภายใน ๔๘ ชั่วโมง	ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเคยมีประวัติชักรหลังหยุดดื่มสุรา และมีประวัติ หยุดดื่มสุราภายใน ๔๘ ชั่วโมง
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะชักร	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะชักร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๑๙ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชักเกร็งจากภาวะขาดสุรา</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชักเกร็งจากภาวะขาดสุรา</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ชักประวัติแบบแผนการดื่มสุรา ประวัติการเกิดอาการขาดสุราและการชักหลังหยุดดื่มสุรา</p> <p>๒. แจ้งถึงอาการเตือนแก่ผู้ป่วยก่อนชัก ได้แก่ เวียนศีรษะ จุกแน่นท้องคลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หน้าแดง เหงื่อแตกขนลุกมีความผิดปกติทางอารมณ์เช่นรู้สึกกลัว</p> <p>๓. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังอีกทีก็ไฟกระพริบเพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดการชัก</p> <p>๔. จัดผู้ป่วยนอนเตียงต่ำเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการตกเตียงหากเกิดภาวะชัก</p> <p>๕. แจ้งญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเตียงที่ใกล้เคียงที่มีการรับรู้ปกติช่วยดูแลหากพบผู้ป่วยชักให้จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงพร้อมเรียกพยาบาลทันที</p> <p>๖. ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุราตามระดับอาการขาดสุรา</p> <p>๗. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะชัก</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ชักประวัติแบบแผนการดื่มสุรา ประวัติการเกิดอาการขาดสุราและการชักหลังหยุดดื่มสุรา</p> <p>๒. แจ้งถึงอาการเตือนแก่ผู้ป่วยก่อนชัก ได้แก่ เวียนศีรษะ จุกแน่นท้องคลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หน้าแดง เหงื่อแตก ขนลุก มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น รู้สึกกลัว</p> <p>๓. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังอีกทีก็ไฟกระพริบเพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดการชัก</p> <p>๔. จัดผู้ป่วยนอนเตียงต่ำเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการตกเตียงหากเกิดภาวะชัก</p> <p>๕. แจ้งญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเตียงที่ใกล้เคียงที่มีการรับรู้ปกติช่วยดูแลหากพบผู้ป่วยชักให้จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงพร้อมเรียกพยาบาลทันที</p> <p>๖. ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุราตามระดับอาการขาดสุรา</p> <p>๗. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะชัก</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชักซ้ำขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชักขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</p>

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๑๙ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เหมือนกัน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๙๐ เกิดอาการชักในช่วง ๗- ๔๘ ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มสุราประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่มีการชักจะเกิดอาการ alcohol withdrawal delirium และเมื่อเกิด อาการ delirium แล้วพบน้อยมากว่าจะเกิดการชักขึ้นอีก อาการชักหลังหยุดดื่มสุราไม่ได้ เป็นตัวบ่งถึง ความรุนแรงของการเป็นโรคพิษสุรา (Alcohol dependence) สาเหตุ ของการชักเกิดจากกลไกการลดการทำงานของ receptor ต่างๆ เช่น N-methyl-d-aspartate (NMDA), gammaaminobutyric acid (GABA), GABA-A (alpha ๒ subunit) และ GABA-B receptors ในระหว่างการ ดื่มสุราเป็นระยะเวลาสั้น เมื่อหยุดดื่มจึงเกิดภาวะ hyperexcitable จนทำให้เกิดอาการชัก กรณีศึกษาที่ ๑ มีประวัติการชักจึงทำให้เสี่ยงต่อการชักซ้ำได้บ่อยมากกว่า กรณีศึกษาที่ ๒ และอาจจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ตารางที่ ๒๐ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๑๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้อื่นและทำลายอาคารสถานที่เนื่องจากมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๑๒ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้อื่นและทำลายอาคารสถานที่เนื่องจากมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว
ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยผู้ป่วยสับสนวุ่นวายอยู่ไม่นิ่งเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ตลอด -ผู้ป่วยได้รับการผูกมัดไว้	ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยผู้ป่วยสับสนวุ่นวายอยู่ไม่นิ่งเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ตลอด -ผู้ป่วยได้รับการผูกมัดไว้
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย	เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย
กิจกรรมการพยาบาล ๑. ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ๒. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับได้ลดสิ่งกระตุ้นอากาศถ่ายเทสะดวกมีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็นไม่มีสิ่งก่อก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นเช่นอาวุธของแหลมไม้แก้ว เป็นต้น ๓. พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุพองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอและตรวจเยี่ยมอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผลวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการนอนพิชสุราทุก๑๕-๓๐นาที ๔. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง ๕. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค ๖. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก๔ชั่วโมง ๗. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง	กิจกรรมการพยาบาล ๑. ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ๒. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับได้ลดสิ่งกระตุ้นอากาศถ่ายเทสะดวกมีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็นไม่มีสิ่งก่อก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นเช่นอาวุธของแหลมไม้แก้ว เป็นต้น ๓. พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุพองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอและตรวจเยี่ยมอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผลวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการนอนพิชสุราทุก๑๕-๓๐นาที ๔. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง ๕. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค ๖. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก๔ชั่วโมง ๗. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง ๘. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๒๐ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บรรดาต่อเนื่องของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๘. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา</p> <p>๙. เฝ้าระวังอาการที่เกิดจากยากระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ หายใจช้าอาการหลับลึกหากพบรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาด้านฤทธิ์ยากลุ่ม Benzodiazepine</p> <p>๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารสารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันการขาดอาหารและสารน้ำเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในช่วงการรับรู้ที่ไม่ปกติ</p> <p>๑๑. ดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยความสะอาดร่างกายการขับถ่ายการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ ๖ ชั่วโมง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๙. เฝ้าระวังอาการที่เกิดจากยากระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ หายใจช้าอาการหลับลึกหากพบรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาด้านฤทธิ์ยากลุ่ม Benzodiazepine</p> <p>๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารสารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันการขาดอาหารและสารน้ำเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในช่วงการรับรู้ที่ไม่ปกติ</p> <p>๑๑. ดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยความสะอาดร่างกายการขับถ่ายการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ ๖ ชั่วโมง</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>๑. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น</p> <p>๒. ไม่พบอาการแสดงถึงการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัดไว้ ไม่มีรอยขีดข่วนไม่เกิดแผลถลอกบริเวณผิวหนัง</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>๑. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น</p> <p>๒. ไม่พบอาการแสดงถึงการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัดไว้ ไม่มีรอยขีดข่วนไม่เกิดแผลถลอกบริเวณผิวหนัง</p>
<p>วิเคราะห์</p> <p>จากตารางที่ ๒๐ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เหมือนกัน จะเห็นได้ว่าการขาดสารระดับรุนแรงมากขึ้น เพื่อคลั่ง (Alcohol withdrawal delirium) ระดับสติสัมปชัญญะ และความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป เช่น สับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา เสี่ยงต่อการได้รับ อันตรายต่างๆ ได้ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย จึงต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๒๑ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บรรดาจำหน่ายของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒</p>	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๑๒ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>-ผู้ป่วยมีประวัติ ดื่มสุราต่อเนื่อง ๒๐ ปี ไม่สามารถเลิกเองได้</p> <p>-ดื่มสุราหนักมากขึ้น ๑ เดือนที่ผ่านมาเพราะนอนไม่ค่อยหลับ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๑๓ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>-ผู้ป่วยมีประวัติ ดื่มสุราต่อเนื่อง ๒๐ ปี ไม่สามารถเลิกเองได้</p> <p>-ดื่มสุราหนักมากขึ้น ๑ เดือนที่ผ่านมาเพราะนอนไม่ค่อยหลับ</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ทางพยาธิวิทยา ตารางที่ ๒๑ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาธิวิทยาประจำหน่วยของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรารอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรารอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วย/ญาติมีทักษะในการแก้ปัญหาใช้เหตุผลอย่างเหมาะสม บอกวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการปฏิเสธการดื่มสุราร การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นต่างๆ</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วย/ญาติมีทักษะในการแก้ปัญหาใช้เหตุผลอย่างเหมาะสม บอกวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการปฏิเสธการดื่มสุราร การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นต่างๆ</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล ๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราร ๒. แนะนำการเลิกสุรารที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยเลิกสุรารให้สำเร็จ ต้องตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาดเมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรารยาวนานจนเกิดภาวะติดสุรารเมื่อหยุดดื่มได้แล้วและหวนกลับไปดื่มสุรารอีกจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้จะ ทำให้ติดสุรารซ้ำได้ง่าย ๓. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้สุรารเป็นทางออกอาจช่วยเพียงให้เกิดความเมาแล้วลืมให้หลับดีขึ้น แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปหรือไม่ ๔. แนะนำเทคนิควิธีแก้ไขปัญหาก็ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สุรารเป็นทางออก ๕. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุราร เช่น งานสังสรรค์ต่างๆ ๖. แนะนำควรหากิจกรรมทำไม่ให้มีเวลาว่างเพราะการมีเวลาว่างมากจะทำให้นึกถึงสุรารและมีโอกาสกลับไปดื่มอีก ๗. เมื่อถึงมืออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อช่วยป้องกันการเกิดอาการอยากดื่มสุราร ๘. แนะนำผู้ป่วยให้คิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการติดสุราร และเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดในชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล ๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราร ๒. แนะนำการเลิกสุรารที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยเลิกสุรารให้สำเร็จ ต้องตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาดเมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรารยาวนานจนเกิดภาวะติดสุรารเมื่อหยุดดื่มได้แล้วและหวนกลับไปดื่มสุรารอีกจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้จะ ทำให้ติดสุรารซ้ำได้ง่าย ๓. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้สุรารเป็นทางออกอาจช่วยเพียงให้เกิดความเมาแล้วลืมให้หลับดีขึ้น แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปหรือไม่ ๔. แนะนำเทคนิควิธีแก้ไขปัญหาก็ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สุรารเป็นทางออก ๕. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุราร เช่น งานสังสรรค์ต่างๆ ๖. แนะนำควรหากิจกรรมทำไม่ให้มีเวลาว่างเพราะการมีเวลาว่างมากจะทำให้นึกถึงสุรารและมีโอกาสกลับไปดื่มอีก ๗. เมื่อถึงมืออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อช่วยป้องกันการเกิดอาการอยากดื่มสุราร ๘. แนะนำผู้ป่วยให้คิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการติดสุราร และเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดในชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ตารางที่ ๒๑ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลระยะจำหน่ายของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>-ผู้ป่วย/ญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดตี๋มสุรา</p> <p>-ผู้ป่วย/ญาติสามารถบอกวิธีดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตี๋มสุราซ้ำหลังจำหน่ายได้ถูกต้อง</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>-ผู้ป่วย/ญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดตี๋มสุรา</p> <p>-ผู้ป่วย/ญาติสามารถบอกวิธีดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตี๋มสุราซ้ำหลังจำหน่ายได้ถูกต้อง</p>

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๒๑ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่เหมือนกัน กรณีศึกษารายที่ ๑ ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเนื่องจากยังสื่อสารเข้าใจ ยังไม่มีอาการของการขาดสารรุนแรง ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ ได้มีการวางแผนจำหน่ายในช่วงอาการขาดสารเริ่มลดลงแต่ยังสื่อสารไม่ค่อยเข้าใจมากนัก ยังมีอาการหลงลืม มีนงง ญาติผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการดูแลให้คำแนะนำในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับและเป็นระยะๆ ขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลพร้อมมีการประสานสหวิชาชีพให้การดูแลแนะนำเพิ่มเติมในการวางแผนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ตารางที่ ๒๒ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลระยะจำหน่ายของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๑๓ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๑๔ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค
ข้อมูลสนับสนุน ญาติบอกผู้ป่วยไม่เคยเป็นหนักขนาดนี้เลย มีสีหน้าวิตกกังวลเคร่งเครียด	ข้อมูลสนับสนุน ญาติบอกผู้ป่วยไม่เคยเป็นหนักขนาดนี้เลย มีสีหน้าวิตกกังวลเคร่งเครียด
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นคลายความวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการรักษา	เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นคลายความวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการรักษา
กิจกรรมการพยาบาล ๑. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจคือผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอดรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ	กิจกรรมการพยาบาล ๑. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจคือผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอดรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ตารางที่ ๒๒ แสดงข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะจำหน่ายของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒
<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน</p> <p>๓. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบายโดยการสุ่มถามจากผู้ป่วยและญาติ</p> <p>๔. ให้ความสำคัญโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรักของพี่น้องหลานตลอดจนญาติคนอื่นๆที่มีให้กับผู้ป่วย</p> <p>๕. ลดความวิตกกังวลต่างๆดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมและส่งเสริมการดูแลตนเอง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน</p> <p>๓. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบายโดยการสุ่มถามจากผู้ป่วยและญาติ</p> <p>๔. ให้ความสำคัญโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรักของพี่น้องหลานตลอดจนญาติคนอื่นๆที่มีให้กับผู้ป่วย</p> <p>๕. ลดความวิตกกังวลต่างๆดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมและส่งเสริมการดูแลตนเอง</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ญาติผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวลลดลงหลังจากได้รับฟังการชี้แจงจากแพทย์และพยาบาล</p> <p>ให้ความร่วมมือในการรักษา</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ญาติผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวลลดลงหลังจากได้รับฟังการชี้แจงจากแพทย์และพยาบาล</p> <p>ให้ความร่วมมือในการรักษา</p>
<p>วิเคราะห์</p> <p>จากตารางที่ ๒๒ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีปัญหาเหมือนกันและได้รับการดูแลพยาบาลที่เหมือนกันเข้าใจในกระบวนการรักษาพร้อมได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังเป็นการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นร่วมกับผู้ดูแลกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นผู้สูงอายุการรับรู้และการสื่อสารอาจมีความเข้าใจได้ยาก จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น</p> <p>สรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย</p>	
<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑</p> <p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๘ ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป</p> <p>อาการสำคัญที่มา ชักเกร็งตาค้าง น้ำลายฟูมปากเป็นก่อนมาโรงพยาบาล ๓๐ นาที</p> <p>๓ วันก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติหลังหยุดดื่มสุรา ๓ วัน มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วันละ ๒-๓ ครั้ง ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ไหน</p> <p>อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องไม่มีชักเกร็ง สัญญาณชีพแรกเริ่มรับอุณหภูมิร่างกายเท่ากับ ๓๗.๗ องศาเซลเซียส ชีพจรเท่ากับ ๑๐๘ ครั้งต่อนาทีหายใจเท่ากับ ๒๐ ครั้งต่อนาที</p>	<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒</p> <p>ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๗๑ ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธประกอบอาชีพทำนา- ทำไร่</p> <p>อาการสำคัญที่มา ไข้สูงหนาวสั่น พุดจาสับสน บัสสาวะราด รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล ๓ ชั่วโมง</p> <p>๓ วันก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติผู้ป่วยมีไข้เหนือยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว รับประทานอาหารที่บ้าน ญาติให้ประวัติหลังหยุดดื่มสุรา ๓ วัน</p> <p>อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวพุดจาสับสนอยู่ไม่นิ่ง สัญญาณชีพแรกเริ่มรับอุณหภูมิร่างกายเท่ากับ ๔๐.๔ องศาเซลเซียสชีพจรเท่ากับ ๑๒๘ ครั้งต่อนาที</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑

ความดันโลหิตเท่ากับ ๑๓๘/๗๖ มิลลิเมตรปรอทประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ ๙๘ % ประเมิน AWS ๓ คะแนนประวัติการเจ็บป่วย มีประวัติการชักหลังหยุดดื่ม ๒ ครั้งใน ๑ ปี ที่ผ่านมามีประวัติการใช้จ่ายยาและสารเสพติด ๓๐ ปีก่อน เมื่ออายุ ๑๘ ปี เริ่มใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ จากการ อยากรลองและเพื่อนชวน โดยเริ่มใช้ ๔-๕ มวน/วัน และใช้ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ ๒๕ ปีก่อน เริ่มมาดื่มสุรา โดยเริ่มจากการดื่มเบียร์จากการสังสรรค์กับเพื่อนนานๆ ครั้ง ๑๕ ปีก่อนเริ่มดื่มสุรานักขึ้นโดยดื่มสุราทุกชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นสุราขาว ๔๐ ดีกรี และ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ดื่มกับเพื่อนหลังเลิกงาน ดื่มทุกวัน จำนวน ๑ ขวดกลม/วัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ - ๒ กันยายน ๒๕๖๗ เป็นเวลา ๕ วัน ผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ๑๓ ข้อ ได้รับการดูแลตามการวางแผนการพยาบาลที่ไว้วางแผนไว้จากทฤษฎีแบบ แผนการประเมินสุขภาพของกอร์ดอน ผู้ป่วยมีแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากดื่มสุราทุกวันและทราบถึงผลเสียของการดื่มสุราแต่ไม่สามารถหยุดดื่มได้ หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ๑ วันผู้ป่วยมีอาการเอะอะโวยวายพูดจาสับสน อยู่ไม่นิ่งจำสถานที่เวลาและบุคคลไม่ได้ AWS ๑๒ คะแนน ทำให้แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย รวมถึงการพักผ่อนนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากได้รับการผูกมัดและต้องได้รับยาได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine เพื่อสงบอาการควบคุมความรุนแรงของอาการขาดสุรา ยาากลุ่มวิตามินบี เพื่อป้องกันภาวะ Wernicke-Korsakoff syndrome ได้รับยากลุ่มต้านอาการทางจิต เพื่อลดความกังวล อาการหูแว่ว ประสาทหลอนและ พฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับเกลือแร่และสารละลายทางหลอดเลือดดำ หลังจากได้รับการรักษาได้วันที่ ๒ ผู้ป่วยมีการแสดงของภาวะช็อคและการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและ Norepinephrine (๔:๒๕๐) เพื่อเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒

หายใจเท่ากับ ๒๒ ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ ๘๘/๔๖ มิลลิเมตรปรอทประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ ๙๘ % DTX เท่ากับ ๘๘ mg/dl. ประเมิน AWS ๑๐ คะแนน ประวัติการใช้จ่ายยาและสารเสพติด ๕๐ ปีก่อน เมื่ออายุ ๒๕ ปี เริ่มใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ จากการ อยากรลองและเพื่อนชวน โดยเริ่มใช้ ๕-๖ มวน/วัน และใช้ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ ๕๐ ปีก่อน เริ่มมาดื่มสุรา โดยเริ่มจากการดื่มเบียร์จากการสังสรรค์กับเพื่อนนานๆ ครั้ง ๓๐ ปีก่อน เริ่มดื่มสุรานักขึ้นโดยดื่มสุราทุกชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นสุราขาว ๔๐ ดีกรี และ ๒๐ ปี ที่ผ่านมา ดื่มกับเพื่อนบ้านบางครั้งดื่มที่บ้านคนเดียว ดื่มทุกวัน จำนวน ๑ ขวดกลม/วัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ - ๑๕ กันยายน ๒๕๖๗ เป็นเวลา ๕ วัน ผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัย การพยาบาล ๑๔ ข้อได้รับการดูแลตามการวางแผนการพยาบาลที่ไว้วางแผนไว้จากทฤษฎีแบบแผนการประเมินสุขภาพของกอร์ดอน ผู้ป่วยมีแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากดื่มสุราทุกวันมีอาการขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่มแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายรวมถึงการพักผ่อนนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากได้รับการผูกมัดและได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine เพื่อสงบอาการควบคุมความรุนแรงของอาการขาดสุรา ยาากลุ่มวิตามินบี เพื่อป้องกันภาวะ Wernicke-Korsakoff syndrome ได้รับยากลุ่มต้านอาการทางจิต เพื่อลดความกังวล อาการหูแว่ว ประสาทหลอนและ พฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับเกลือแร่และสารละลายทางหลอดเลือดดำและมีอาการแสดงภาวะช็อคและการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ Norepinephrine (๔:๒๕๐) เพื่อเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด หลังจากได้รับการดูแลรักษาได้ ๓ วันผู้ป่วยสามารถหยุดยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดได้ อาการขาดสุราทุเลาลงแต่ผู้ป่วยยังมีอาการสับสนหลงลืมวันเวลาสถานที่ (Delirium)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ ขณะรักษาผู้ป่วยยังได้รับการรับประทานอาหารทางปากมี มารดาเป็นผู้สูงอายุคอยดูแลป้อนอาหารผู้ป่วยมีอาการ สำลักน้ำและอาหารบ่อยครั้ง เริ่มมีอาการหายใจหอบและ ซึมลงทำให้มีแบบแผน โภชนาการและการ เฝ้าผลาญ สารอาหารเปลี่ยนไป ได้รับการพ่นยา berodual ๑ NB ทุก ๖ ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ประเมิน ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ ๘๙ % ขณะให้ออกซิเจน maks with bag ๑๐ LPM แพทย์คอยแผนการรักษา ร่วมกับญาติโดยวางแผนใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแล วางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับและเป็นระยะๆ ขณะนอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลโดยใช้แนวทางวางแผนจำหน่าย ตามแนวทาง D-METHOD ญาติผู้ป่วยมีทักษะในการดูแล สามารถบอกวิธีการดูแล การปฏิบัติตัวและการป้องกันการ เกิดโรคซ้ำได้ถูกต้อง โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนดูแล ผู้ป่วยและญาติ จนถึงวันจำหน่ายได้มีการติดตามอาการ ผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน และได้ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่า ผู้มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยติดเตียง และรักษาแบบประคับประคอง</p>	<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒ ขณะรักษาผู้ป่วยยังได้รับการรับประทานอาหารทางปากมี ภรรยาอยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกับผู้ป่วยคอยป้อนอาหาร ผู้ป่วยมีอาการสำลักน้ำและอาหารบ่อยครั้ง เริ่มมีอาการ หายใจหอบและซึมลงทำให้มีแบบแผน โภชนาการและการ เฝ้าผลาญสารอาหารเปลี่ยนไป ได้รับการพ่นยา berodual ๑ NB ทุก ๖ ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ ๘๕ % ขณะให้ ออกซิเจน maks with bag ๑๐ LPM แพทย์คอยแผนการ รักษา ร่วมกับญาติโดยวางแผนใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแล วางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับและเป็นระยะๆ ขณะนอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลโดยใช้แนวทาง D-METHOD ญาติ ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลสามารถบอกวิธีการดูแล การ ปฏิบัติตัวและการป้องกันการเกิด โรคซ้ำได้ ถูกต้อง โดยมี ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยและญาติ จนถึงวัน จำหน่ายได้มีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังการส่งต่อพบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลศรีสะเกษ รวมระยะเวลา รักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ๑ สัปดาห์</p>
---	---

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ข้อมูล/ปี	เป้าหมาย	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
อุบัติการณ์ผู้ป่วย Alcohol Withdrawal เสียชีวิตโดย ไม่คาดหมาย	๐	๐	๐	๐
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน				
ช้ำ	๐	๐	๒	๑
ปอดอักเสบ	๐	๔๙	๕๖	๔๐
แผลกดทับ	๐	๕	๓	๒
ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการผูกยึด	๐	๑๐	๙	๖
ผู้ป่วยที่เกิดการพลัดตกหกล้ม	๐	๘	๙	๕

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

๕.๑ เชิงปริมาณ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ - ๒ กันยายน ๒๕๖๗เป็นเวลา ๕ วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗ - ๑๕ กันยายน ๒๕๖๗ เป็นเวลา ๕ วัน ในปี ๒๕๖๗ ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา(Alcohol Withdrawal) มีจำนวนอุบัติการณ์แทรกซ้อนลดลง และไม่มีอุบัติการณ์เสียชีวิตโดยไม่คาดหมายซึ่งเกิดจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ด้านการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอาการถอนพิษสุราตามมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการ (ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง ระยะวางแผนจำหน่าย) การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลร่วมกันในทุกๆระยะของอาการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) มีภาวะวิกฤตเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตทั้งจากภาวะหายใจล้มเหลวทีมผู้รักษาได้ดูแลใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนเกิดความปลอดภัยปลอดภัย มีการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าโดยปลอดภัย ครอบครัวผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราพร้อมทั้งทีมสหวิชาชีพได้ให้คำแนะนำและให้กำลังใจครอบครัวของผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๕.๒.๒ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ

๑.บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจนทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว

๒.มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการจัดการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา ทั้งในด้านการบริหารยา การรายงานแพทย์การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤต การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจ

๕.๒.๓ ด้านระบบงาน

๑) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังโดยเฉพาะภาวะขาดสุราระยะรุนแรง ทำให้เกิดแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และให้การดูแลตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะขาดสุราเพื่อออกแบบกระบวนการทำงานนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาย่างมีประสิทธิภาพป้องกันการเสียชีวิตโดยไม่คาดหมายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทีมสหวิชาชีพมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังมีการวางแผนการจำหน่ายส่งต่อถึงชุมชน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากศึกษารายงานกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

สามารถนำข้อมูลผลการการศึกษาเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินปัญหา การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกายพร้อมกับการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมและดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังร่วมกับมีภาวะปอดติดเชื้อและมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว ทั้ง๒รายมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในอาการถอนพิษสุราทำให้การซักประวัติการตรวจร่างกายได้ไม่ครบคร่าวอาศัยข้อมูลจากญาติผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง๒รายเป็นผู้สูงอายุการสื่อสารค่อนข้างมีความลำบากรวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ญาติยังไม่เข้าใจและยังปฏิบัติตามได้ไม่ครบถ้วนตามคำแนะนำ

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติต้องให้การช่วยชีวิตทันทีญาติยังไม่กล้าตัดสินใจในแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ตลอดจนศาสตร์และศิลป์

ในการประเมินอาการอย่างครบถ้วนและครอบคลุมช่วยเหลือและให้การดูแลพยาบาลอย่างรวดเร็วถูกต้อง ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่าง ๆ ตลอดจนการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติของชีวิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการประเมินอาการและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างใกล้ชิดการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาตินอกจากนี้แล้วยังต้องประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อความร่วมมือในการดูแลและวางแผนการจำหน่ายซึ่งต้องอาศัยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างมาก ถึงจะประสบผลสำเร็จ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังร่วมกับมีภาวะปอดติดเชื้อและมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว ความยุ่งยากซับซ้อน ในการดูแลรักษาพยาบาล จึงมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ ดังนี้

๑. การคัดกรอง และการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ พบปัญหา การซักประวัติ ที่ไม่ครอบคลุมและแบบประเมินสมรรถนะแรกรับของ พยาบาลวิชาชีพ (Nursing Admission Database) ไม่มีแนวทางการคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา และหลังจากการประเมินผู้ป่วยแล้ว ไม่สามารถนำไปสู่การวางแผนการดูแลและการพยาบาลได้ เป็นแนวทางเดียวกัน

๒. การประเมินอาการ และการใช้แบบประเมิน พบปัญหา ไม่มีเกณฑ์การเริ่มใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการ โดยใช้แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) พยาบาลวิชาชีพไม่มีความเข้าใจในการใช้แบบประเมิน และไม่มั่นใจว่าประเมินได้ถูกต้องหรือไม่ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่ต้องประเมินซ้ำที่เหมาะสมเป็นแนวทางเดียวกัน

๓. การรักษาของแพทย์ ปัญหาที่พบคือแพทย์ใช้แนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย การสั่งการรักษาไม่สามารถควบคุมอาการของภาวะถอนพิษสุราได้ เนื่องจากระดับยาไม่ได้ในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม การเปลี่ยนเวรของแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้แนวทางที่แตกต่างกันทำให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายไม่มีความต่อเนื่อง

๔. การดูแลและการพยาบาล ประกอบด้วย การดูแลทั่วไปด้านกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราและการดูแลทางด้านคลินิก รวมถึงการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน จากปัญหาด้านภาระงาน การบริหารอัตรากำลังในแต่ละเวรและการขาดความรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ควบคุมไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน และการดูแลในระยะวิกฤติ ไม่มีเกณฑ์การประเมินซ้ำ และเกณฑ์รายงานแพทย์ที่ชัดเจน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ (ต่อ)

การรายงานแพทย์ล่าช้า การรักษาของแพทย์ที่แตกต่างกัน และการได้รับการรักษาที่ล่าช้า การให้ยาที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับอาการถอนพิษสุราเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การก้าวร้าวคลุ้มคลั่งของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นพยาบาลวิชาชีพต้องใช้ระยะเวลานานในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรามากกว่า ๒ รายได้

๙. ข้อเสนอแนะ

ด้านบุคลากร

ขาดความรู้ไม่ได้รับการอบรมหรือฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่องและปัญหาการบริหารอัตรากำลังการมอบหมายและการควบคุม กำกับการปฏิบัติงานในเวรอย่างเหมาะสมด้านสถานที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนด้านความปลอดภัยยังไม่เหมาะสม

ด้านการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราควรได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมการตรวจร่างกาย อาการถอนพิษสุรา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาสุขภาพทางกายทั้งในอดีตและปัจจุบันแล้วใช้กระบวนการพยาบาลตามขั้นตอน จัดการให้การพยาบาลที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและอาการดีขึ้น
๒. ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราก็เป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลควรมีความรู้ความสามารถทั้งด้านการประเมินอาการถอนพิษสุรา การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต พร้อมทั้งสามารถจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุรา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย/ทางจิตที่เกิดร่วมด้วย

ด้านวิชาการ

๑. การนำสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อน
๒. ส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการพยาบาลด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ด้านนโยบาย

๑. ควรเร่ง ส่งเสริม สนับสนุนค่านิยมใหม่เรื่องสุรา หาวิธีปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการดื่มสุรา โดยการรณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจ ในกลุ่มวัยรุ่น นักเรียนเกี่ยวกับความรุนแรงและโทษของการดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่น ซึ่งคนในครอบครัวและชุมชนต้องร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมในการป้องกันปัญหาการดื่มและติดสุรา
๒. ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรานั้นบุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสพบผู้ป่วยเหล่านี้มารับบริการในแผนกต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม และเผยแพร่องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเสพติดสุราอย่างทั่วถึงเพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยสุราได้อย่างปลอดภัยและกลับไปเป็นคนดีของสังคมต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

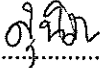
- กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังร่วมกับมีภาวะปอดติดเชื้อและมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว ทั้ง๒ราย ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH ๒๐๒๔-๑๑๑

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาว มุขพันธ์ สัตส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 


(นางสุนิสา มุขพันธ์)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสุนิสา มุขพันธ์	
-	-

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางแก้วใจ สุวรรณคำ)

(ตำแหน่ง)หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

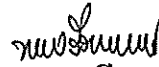
(นายธนา คลองงาม)

(ตำแหน่ง)นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(วันที่) ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป


(นายทอง วีระแสงพงษ์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี)ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
ระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)**

๑.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสวิชาชีพ โรงพยาบาลศิลาลาด

๒.หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชากรในประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตาย ปัจจุบันสาเหตุการป่วยร้อยละ ๗๑ มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อสาเหตุการตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การตายอันดับต้นของประเทศไทยคือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหัวใจในประเทศไทย จำนวนของผู้สูงอายุ มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าภายใน ๒๐ ปี ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเป็นปัญหาในระดับใหญ่ที่เราต้องเผชิญ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น การพัฒนาอย่างรวดเร็วทางการแพทย์ หมายถึงมีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคต่างๆ ซึ่งในอดีตไม่สามารถรักษาได้หรือการรักษาไม่ได้ผลดี ในปัจจุบัน เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยาวนานขึ้น ขณะเดียวกันเทคโนโลยีเหล่านี้ถูกนำมาใช้ในการยืดความตาย ในผู้ป่วยที่เป็นโรค อยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์ต่อไป แต่สร้างความทุกข์ทรมาน การดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือโรคที่จำกัดอายุขัย โดยมุ่งเน้นดูแลคุณภาพชีวิต ให้การดูแลแบบองค์รวม ปลอดภัยความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) เป็นการวางแผนจัดสรรบริการในการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีระหว่างเปลี่ยนระดับของสถานที่รักษาเช่น จากโรงพยาบาลกลับไปบ้าน เป็นต้นข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่าแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยระยะท้ายราวๆ ๔๐ ล้านคน ที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มีถึง ๗๘ % ที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ผู้ป่วยระยะท้ายทั่วโลก มีเพียง ๑๔ % เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (World Health Organization, ๒๐๑๙) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ระบุถึงจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย พบว่า ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ๑๙๖,๒๘๖ ๓๐๗,๑๖๐ และ ๒๕๕,๕๙๑ รายตามลำดับ และได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Action care planning) ร้อยละ ๕๖.๖๒, ๕๒.๕๙ และ ๖๗.๔๗ ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๗) การมีแผนการจำหน่ายส่งผลให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วปลอดภัยและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสถานที่ที่พวกเขาต้องการ ได้รับการดูแลจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างไรก็ตามการประเมินผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เพื่อสอนการดูแลที่บ้าน รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นนับเป็นปัจจัยสำคัญการวางแผนการดูแลเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัว และทีมนสวิชาชีพ ที่ต้องอาศัยการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสียประสานให้เกิดการดูแลตามที่ต้องการ และส่งต่อให้เครือข่ายทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแลที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ความปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจ ลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เป็นต้น

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

จากสถิติโรงพยาบาลศีลาลาดปี ๒๕๖๔ -๒๕๖๖ มีผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศีลาลาดเป็นจำนวน ๓๐,๔๕ และ ๔๘ รายตามลำดับ ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลศีลาลาดในปี ๒๕๖๖ พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้โรคและการพยากรณ์โรคแล้วมักจะขอกลับไปใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ที่บ้าน แต่พบว่ามีกรณีกลับเข้ามาอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ ๖๕.๕๓ มีอัตรา Readmission ร้อยละ ๕๐.๘๖ (สถิติข้อมูลโรงพยาบาลศีลาลาด, ๒๕๖๖) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่ากระบวนการดูแลยังไม่มีแนวทางวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนที่บ้าน เจ้าหน้าที่ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ยาบรรเทาปวดและอุปกรณ์ในการดูแลไม่เพียงพอและขาดความเชื่อมโยงการดูแลระหว่างรพ.และเครือข่ายชุมชนที่ชัดเจน จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบตามความประสงค์ที่ได้วางแผนล่วงหน้าไว้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศีลาลาด
๒. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลศีลาลาด

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนจำหน่ายดูแลเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงบ้านจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนกันยายน ๒๕๖๗ – เดือนธันวาคม ๒๕๖๗

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้ เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้ โดยมาก จะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า ๑ ปี แนวคิดปัจจุบันเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นจะใช้วิธีการแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care ร่วมไปกับกระบวนการรักษาอื่นตั้งแต่เริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคที่หมดหวัง ในการรักษาให้หายขาดและอาจจะทรุดลงถึงแก่ความตายได้โดยไม่รอจนกระทั่งหมดทางรักษาผู้ป่วย ซึ่งอาจช้าเกินไป แต่จุดเน้นของการดูแลจะไม่เหมือนกันในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย ในระยะแรกการดูแลจะเน้นหนักไปที่ การรักษาเฉพาะเพื่อให้หายจากโรค เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด และการฉายแสง เป็นต้น Palliative care จะมีบทบาท เพียงเล็กน้อย โดยแรกสุดเราอาจทำเพียงแค่เริ่มทำความรู้จักกับผู้ป่วยและครอบครัว และบทบาทในการเป็นผู้แจ้ง ข่าวร้าย เมื่อโรคดำเนินไปการรักษาเฉพาะจะมีบทบาทน้อยลงจนกระทั่งสิ้นสุดเมื่อไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้แล้วโดย Palliative Care จะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ และต่อเนื่องไปจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและยังดูแลต่อไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว โดยเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือเพื่อหุเลาจากความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดโดยไม่เร่งหรือชะลอความตายผู้ป่วยได้รับการดูแลทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยยอมรับ ความจริงและเผชิญภาวะของการสูญเสียได้ด้วยดี

แนวความคิด

ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ(The peaceful end of Life theory)ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองนั้นผู้ป่วยและครอบครัวควรได้ใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่ด้วยกัน ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำในสิ่งที่ปรารถนา ได้ สะสางสิ่งที่ค้างคาใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสุข สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังนั้นจึงต้องอาศัยหลักการหรือ ทฤษฎีทางการพยาบาลที่สอดคล้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแล ซึ่งทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (The peaceful end of Life theory)เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางซึ่งสร้างขึ้นโดยรูแลนด์และมอร์ในปี ค.ศ.๑๙๙๘โดย มีแนวคิดว่าคุณค่าระยะท้ายจะมีประสบการณ์ในระยะท้ายของชีวิตที่สงบได้นั้น

ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ๕ องค์ประกอบดังนี้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

แนวความคิด(ต่อ)

๑.การดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด(not being in pain)

มี ๒ องค์ประกอบ คือ

๑.๑ การติดตามและบริหารการบรรเทาความปวด

๑.๒ การประยุกต์กิจกรรมการใช้ยาและการไม่ใช้ยาในการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งอาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อย และมากที่สุดของผู้ป่วยระยะท้าย ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลงเนื่องจากความปวดในผู้ป่วย ระยะท้าย ถือเป็นความปวดที่ครอบคลุมครบถ้วน(total pain)ดังนั้นจึงควรดูแลจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะท้าย โดยการให้ยาควบคู่กับการไม่ใช้ยาตามความเหมาะสม

๒. การมีประสบการณ์ของความสบาย (experience of comfort)ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่

๒.๑ การป้องกัน ติดตามและบรรเทาความไม่สบายทางร่างกาย

๒.๒ การจัดให้มีการพักผ่อน ผ่อนคลายและการมีความสุข

๒.๓ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆซึ่งความไม่สบายในผู้ป่วยระยะท้ายที่พบบ่อยได้แก่ อาการหายใจหอบ หายใจลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสียและเบื่ออาหาร เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย มีภาวะทุโภชนาการ นอนพักผ่อนไม่เพียงพอและเกิดภาวะเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้นการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความสบายนั้น เป็นการดูแลเพื่อลดความไม่สบายหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้เกิด ความสงบสบายเกิดความพึงพอใจ

๓. การมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity or respect) ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบคือ ๓.๑

การให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

๓.๒ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพ

๓.๓ การให้ความสนใจต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตต้องได้รับการให้คุณค่า และให้ความเคารพในความเป็นมนุษย์ และต้องไม่ทำให้เขาเจอกับสิ่งใดๆที่กระทำละเมิดความเป็นตัวตนและคุณค่าของ ผู้ป่วย

๔. การอยู่ในความสงบ (being at peace)ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบ คือ

๔.๑ การให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์

๔.๒ การให้การติดตามและให้ยาต้านความวิตกกังวลตามผู้ป่วยต้องการ

๔.๓ การสร้างความไว้วางใจ๔.๔ การให้คำแนะนำการปฏิบัติต่างๆ แก่ผู้ป่วยหรือคนที่มีความสำคัญทั้งหลาย

๔.๕ การให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากพวกเขาต้องการสภาพจิตใจของผู้ป่วยระยะท้ายที่รับรู้เกี่ยวกับอาการ เจ็บป่วยของตนเองว่าอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หาย พบว่าจะเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิดกระวนกระวายใจ เกิดความรู้สึกเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของตนเอง อารมณ์

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

แนวความคิด(ต่อ)

เปลี่ยนแปลงได้ง่ายอดทนต่อสิ่งกระตุ้นลดลงและครุ่นคิดเกี่ยวกับการตายจึงควรดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับมุมมองต่อชีวิตให้มีความพร้อมในทางจิตใจก่อนเป็นเบื้องต้น และให้การดูแลแบบประคับประคองอย่างสมศักดิ์ศรีในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้ได้รับความสุขสบาย ตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๕. การมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others)ประกอบไปด้วย ๓ องค์ประกอบ คือ

๕.๑ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแล

๕.๒ การใส่ใจดูแลภาวะเศร้าโศก ความกังวลและคำถามของญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน

๕.๓ การเปิดโอกาสสำหรับครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือและเตรียมความพร้อม ให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่องเป็นระบบองค์รวม จากโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจาก โรงพยาบาล โดยมีการประสานงานของสหวิชาชีพในการสนับสนุน และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเตรียมการให้ผู้ป่วยและญาติ/ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจ ปลอดภัย และพึงพอใจ โดยใช้การวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการของการประสานงานกันระหว่างบุคลากรสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน รวมถึงสถานบริการสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย การประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจนกลับไปอยู่ที่บ้าน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อตั้งเป้าหมายและดูแลตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาล มีการปรึกษาระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติเพื่อการเตรียมความพร้อมที่จะช่วยกันหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดโดยมุ่งให้มีการดูแลรักษาต่อเนื่องมีการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดีที่สุดและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ

๑) ลดระยะเวลาในการพักรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

๒) ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้วางแผนและ

๓) เพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงาน ของบุคลากรในทีมสุขภาพระหว่างในโรงพยาบาลกับสถานที่รับจำหน่ายผู้ป่วย

จากความสำคัญดังกล่าวจึงทำให้ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพเพื่อมุ่งหวังเพิ่มประสิทธิภาพของทีมนสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วยด้วย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

๑. ทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ (systematic review)และด้านปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidence)เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

๒. การศึกษาทบทวนประสบการณ์ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของ โรงพยาบาลที่ผ่านมา

ขั้นเตรียมการ (ต่อ)

๓. จัดตั้งทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน
๔. กำหนดแนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ขั้นดำเนินการ

๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
๒. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองร่วมกับแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
๓. ดำเนินการพัฒนาตามแนวทางที่กำหนด
๔. ติดตามผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค โอกาสพัฒนา

ขั้นตอนการประเมินผล

๑. ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพตามแนวทางที่กำหนด
๒. ติดตามผลการดำเนินงาน การเก็บตัวชี้วัดทุกเดือน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค โอกาสพัฒนา
๓. รวบรวมผลการดำเนินงาน นำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารและกรรมการบริหารทุกเดือน
๔. รวบรวมผลการดำเนินงานเป็นรูปเล่มเมื่อสิ้นสุดโครงการ

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการติดตามประเมินผลที่สำคัญในระดับโรงพยาบาลเชื่อมลงสู่ชุมชนให้ชัดเจนกำหนดกิจกรรมดูแลต่อเนื่องและรูปแบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน
๒. การดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรเน้นพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยการส่งเจ้าหน้าที่อบรมระยะยาว ๔ เดือน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น


๑. บริบทโรงพยาบาลศัลยาตไม่มีศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง ยังขาดบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่จบเฉพาะทาง ๔ เดือน ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและประคับประคอง
๒. เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทำให้อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยไม่เพียงพอ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง
๒. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการรบกวนอย่าง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
๓. มีการทำงานเป็นทีมและการทำงานแบบมีส่วนร่วม ช่วยเพิ่มโอกาสพัฒนาให้งานประสบความสำเร็จตาม วัตถุประสงค์
๔. มีแนวทางการดูแลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และปฏิบัติตามแนวทางถูกต้องครบถ้วน
๕. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงจาก โรงพยาบาลถึงบ้าน จนกระทั่ง เสียชีวิตอย่างสงบศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน
๖. เจ้าหน้าที่มีทักษะในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาลมากขึ้น เช่น ศูนย์ COC ,รพ.สต. ,องค์กรท้องถิ่น เป็นต้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ ร้อยละ ๑๐๐
๒. อัตราการRe-admitในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ ≤ 5
๓. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในแนวทางการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ ร้อยละ ≤ 85

(ลงชื่อ)..... 

(นางสุนิสา มุขพันธ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน