



ความชุกและผลการรักษาภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด

ทิพวัลย์ ลิ้มลิขิต, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและผลการรักษาภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงพรรณนาโดยศึกษาระหว่างปีงบประมาณ 2560-2562 ในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 250 รายตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนารายงานเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา : อัตราความชุกในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากเท่ากับ 9.0 มารดามีอายุเฉลี่ย 27.0 ± 6.4 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 38.3 ± 1.3 สัปดาห์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์น้อยกว่า 10 ครั้งร้อยละ 52.4 คลอดปกติร้อยละ 52.4 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 46.8 ทารกเพศชายร้อยละ 60.4 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย $3,078 \pm 450.3$ กรัม การผดผื่นของศีรษะทารกและเชิงกรานมารดาร้อยละ 16.4 มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 8.4 ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวมากที่สุด ร้อยละ 55.6 ปอดอักเสบร้อยละ 13.6 ภาวะสูดลำบากซีเทาแรกเกิดร้อยละ 12.4 ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนเฉลี่ย 1.6 ± 1.8 วัน ได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 4.3 ± 1.8 วัน วันนอนเฉลี่ย 3.6 ± 2.1 วัน ผลการรักษาหายและกลับบ้านร้อยละ 85.6 ส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นร้อยละ 14.4

สรุป : ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวเป็นสาเหตุของภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด การฉายภาพรังสีช่วยในการวินิจฉัย การรักษาด้วยออกซิเจนและยาปฏิชีวนะทำให้การเสียชีวิตลดลง

คำสำคัญ : ภาวะหายใจลำบาก, ความชุก, ทารกแรกเกิด

* กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี



Prevalence and Outcome of treatment on Respiratory distress in the Newborn

Tippawan Limlikhit

Abstract

The aim of this study : to study prevalence and outcome of treatment on newborn with respiratory distress.

Method : Cross-sectional descriptive study was conducted through the period from October 2017 to September 2019. Data were collected from newborn with respiratory distress 250 case according inclusion criteria. Data was analyze mean, percentage.

Resulte : Prevalence was 9.0%, Mother was mean age 27.0 ± 6.4 years, mean gestation age 38.3 ± 1.3 weeks, antenatal care less than 10 time 52.4%, normal delivery 52.4, delivery by caesarean section 46.8%. Newborn with respiratory distress was male 60.4%, mean body weight $3,078 \pm 450.3$ gms, indication of delivery : CPD 16.4%, GDM 8.4, Transient tachypnea 55.6%, pneumonia 13.6%, MAS 12.4%. We used treatment with oxygen therapy mean 1.6 ± 1.8 days, antibiotic 4.3 ± 1.8 days, mean LOS 3.6 ± 2.1 days, refer out 14.4% and improve 85.6.

Conclusion : Transient tachypnea was the main cause of respiratory distress. In most of the cases X-ray findings correlated with the clinical picture. Treatment with oxygen therapy and antibiotics was good results, reduced mortality.

Keywords : Respiratory Distress, prevalence, newborn



บทนำ

การหายใจลำบากในทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิตพบได้ 7-14%⁽¹⁻³⁾ ทั้งในทารกคลอดครบกำหนดและคลอดก่อนกำหนด 30-40% ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล⁽¹⁻⁴⁾ พบอุบัติการณ์ 30% ในทารกคลอดก่อนกำหนด 20% ทารกคลอดเกินกำหนด 4% ทารกคลอดครบกำหนด^(1,4) อุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นในทารกที่คลอดอายุน้อยกว่า 30 สัปดาห์ถึง 60% อายุครรภ์ 30-34 สัปดาห์ 43% และอายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์ 5-6%⁽²⁾ การวินิจฉัยจากอาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญ 2 ใน 3 ได้แก่ tachypnea อัตราหายใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที^(4,5-8) การหายใจและหน้าอกรั้งขณะหายใจเข้า (retractions : intercostal, subcostal, sternal or suprasternal)^(4,5-11) และหายใจมีเสียงดัง (grunt, stridor or wheeze)^(4,6-10) อาการแสดงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ภาวะเขียว Hypoxia⁽¹¹⁾ Apnea และภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำซึ่งประเมินจากค่าออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90% หลังเกิด 15 นาที⁽¹²⁾ โดยมีสาเหตุจากปอดในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดภาวะกรด-ด่างในเลือดที่อาจส่งผลให้เส้นเลือดหดตัว⁽¹³⁾ และอื่น ๆ เช่น ติดเชื้อ ขาดสมดุลกรด-ด่าง hypothermia or hyperthermia, hydropsfetalis⁽¹⁴⁾ 60% ในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม จากขาดสาร Surfactant 36% ปอดอักเสบ 28% TTNB 27% นอกจากนี้ยังพบภาวะสุดสาหัสซี่ทากกลุ่ม air leak syndromes, ปัญหาทางศัลยกรรม เช่น diaphragmatic hernia, diaphragmatic paralysis และภาวะความดันเลือดในปอดสูง⁽¹³⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีทารกแรกเกิดเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ปี 2560-2562 จำนวน 3225, 3103 และ 3072 ราย ในจำนวนนี้เจ็บป่วยด้วยภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress of

the Newborn) จำนวน 313, 239 และ 298 ราย⁽¹⁶⁾ การวินิจฉัยกลุ่มอาการภาวะหายใจลำบากโดยใช้ Downe's score⁽¹⁵⁾ โดยประเมินจาก 1) อัตราการหายใจ (<60 ครั้ง/นาที = 0 คะแนน, 60-80 ครั้ง/นาที = 1 คะแนน, > 80 ครั้ง/นาที = 2 คะแนน) 2) Cyanosis (Absent = 0, In room air = 1, In 40% oxygen = 2) 3) Grunt (Absent = 0, Audible with a stethoscope = 1, Audible with a naked ear = 2) 4) Retractions (Absent = 0, Mild = 1, Moderate-severe = 2) 5) Air entry (Good = 0, Diminished = 1, Barely audible = 2) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาโดยการให้ออกซิเจนและหรือการให้ยาปฏิชีวนะรักษา นาน 3-7 วัน ในรายที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งเกินศักยภาพต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์อุบลราชธานี โดยมีผู้ป่วยส่งต่อไปจำนวน 56, 117 และ 99 ราย⁽¹⁶⁾ จากการศึกษาเรื่อง A Clinical Study of Respiratory Distress In Newborn and Its Outcome พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านมารดาและด้านทารกแต่ด้วยบริบทที่แตกต่างกัน การศึกษายังไม่ครอบคลุมข้อมูลด้านระยะเวลาเริ่มต้นเจ็บป่วย clinical presentation การรักษา ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการฉายภาพรังสีปอด ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา หลังการเจ็บป่วย การกลับเข้ารับรักษา และผลการรักษา ซึ่งส่งผลต่อ Mortality และ Morbidity⁽¹⁷⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องความชุกและผลการรักษาภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาคุณภาพการรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุก และผลการรักษาภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

นิยามศัพท์

ความชุกภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในทั้งหมดหารด้วย จำนวนทารกเกิดมีชีพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2559-2562 คูณ 100

ผลการรักษาภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด หมายถึง ผลของการรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ตั้งแต่ระยะเวลาเริ่มต้นเจ็บป่วย จนกระทั่งมารับการรักษาโดยมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งกุมารแพทย์โรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม ให้การรักษาได้โดยการให้ออกซิเจนและหรือการให้ยาปฏิชีวนะ การเคาะปอดดูดเสมหะ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาว (White blood cell count) ผลการฉายภาพรังสีปอด การเกิดภาวะแทรกซ้อน การส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่อง การเสียชีวิต การกลับเข้ารับรักษา

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม ในปีงบประมาณ 2560-2562 จำนวน 250 ราย โดยศึกษาความชุก และผลการรักษาภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาระหว่างปีงบประมาณ 2560-2562 ในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณเมื่อทราบจำนวนประชากร⁽¹⁹⁻²⁰⁾ 850 ราย กำหนดค่า $e = 10\%$ ของ p ได้เท่ากับกลุ่มละ 215 ราย

(ภาคผนวก ก) แต่ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงปัญหาข้อมูลที่สูญหาย ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลทั้งหมดเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลมากที่สุด จำนวน 250 ราย

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (The inclusion criteria) ดังนี้คือ 1) ทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วันที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) 2) มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (white blood cell count : CBC) หรือได้รับการฉายภาพรังสีปอด 3) มารดามีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วน

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (The exclusion criteria) มีดังนี้คือ 1) ทารกแรกเกิดอายุมากกว่า 28 วัน 2) มีข้อมูลไม่ครบถ้วนทั้งของทารกแรกเกิดและมารดา 3) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม 4) ทารกที่เกิดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์

Statistical analysis

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานเป็นจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

จริยธรรม

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษา

พบว่าอัตราความชุกในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากในปี 2560-2562 เท่ากับ 9.0 ข้อมูลทั่วไปของมารดากลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากมีอายุเฉลี่ย 27.0 ± 6.4 ปี อายุุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 45 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 38.3 ± 1.3 สัปดาห์ อายุครรภ์ต่ำสุด 33 สัปดาห์ อายุครรภ์สูงสุด 41 สัปดาห์ มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุดร้อยละ 38.4 อาชีพรับจ้างร้อยละ 32 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 26 ได้รับการฝากครรภ์มากที่สุดคือ จำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า

10 ครั้งร้อยละ 52.4 จำนวน 10-15 ครั้งร้อยละ 37.2 คลอดปกติร้อยละ 52.4 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 46.8 ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก เพศชายร้อยละ 60.4 เพศหญิง ร้อยละ 39.6 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย $3,078 \pm 450.3$ กรัม ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยที่สุด 1,880 กรัม น้ำหนักมากที่สุด 5,070 กรัม มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 2,500-3,500 กรัม มากที่สุดถึงร้อยละ 74.8 และมีประวัติการเจ็บป่วยทางสูตินรีเวชกรรม การเจ็บป่วย

ขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด ได้แก่ การฉีดสัลดส่วน ของศีรษะทารกและเชิงกรานมารดาร้อยละ 16.4 มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 8.4 มารดาวัยรุ่นร้อยละ 5.6 มารดาเป็นความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5.2 ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ ร้อยละ 4.8 ป่วยด้วยโรคไทรอยด์ร้อยละ 3.6 และมีน้ำเดินก่อนคลอดน้อยกว่า 18 ชั่วโมงร้อยละ 3.2 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Characteristics and baseline of the Participants.

Characteristics and baseline of the Participants	Participants (n = 250)
Maternal age (years)	
<18	9 (3.6)
18-35	202 (80.8)
>35	39 (15.6)
Mean age, Minimum - Maximum	27.0 \pm 6.4,15-45
Gestational age (weeks)	
<37	45 (18.0)
37-40	202 (80.8)
>40	3 (1.2)
Mean gestational age	38.3 \pm 1.3,33-41
Occupation	
Agricultural	65 (26.0)
Trade	4 (1.6)
house keeper	96 (38.4)
worker	80 (32.0)
student	1 (0.4)
government/enterprise State	4 (1.6)
Antenatal care	
<10 time	131 (52.4)
10-15 time	93 (37.2)
>15 time	26 (10.4)
Type of delivery	
normal delivery	131 (52.4)
cesarean section	117 (46.8)
Vacuum extraction	2 (0.8)

Characteristics and baseline of the Participants	Participants (n=250)
Neonatal birth weight (gms)	
<2,500	28 (11.2)
2,500 - 3,500	187 (74.8)
>3,500	35 (14.0)
Mean neonatal birth weight	3,078 ± 450.3, 1,880-5,070
Sex	
male	151 (60.4)
female	99 (39.6)
Gynecological problem and illness during pregnancy/ delivery (yes, %)	
anemia	5 (2.0)
asthma	1 (0.4)
gestational hyperthyroidism	9 (3.6)
placenta previa	1 (0.4)
breech presentation	12 (4.8)
fetal distress	4 (1.6)
twin	2 (0.8)
gestational diabetes mellitus (GDM)	21 (8.4)
pregnancy-induced hypertension (IPH)	13 (5.2)
intrauterine growth retardation (IUGR)	2 (0.8)
cephalopelvic disproportion (CPD)	41 (16.4)
premature rupture of fetal membrane (PROM)	8 (3.2)
syphilis	1 (0.4)
prolong second stage	3 (1.2)
urinary tract infection	2 (0.8)
teenage pregnancy	14 (5.6)

ระยะเวลาที่มีอาการหายใจลำบากหลังเกิดทันทีร้อยละ 54 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 42.8 ± 117.8 นาที ระยะเวลาต่ำสุด 5 นาที ระยะเวลามากที่สุด 660 นาที ได้รับการช่วยกู้ชีพด้วยการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก ร้อยละ 4 การวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดจากการประเมินอาการด้านคลินิกแรกเริ่ม การถ่ายภาพรังสีปอด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวมากที่สุด ร้อยละ 55.6 ปอดอักเสบร้อยละ 13.6 ภาวะสุดสัณฐานซีเทาแรกเกิด ร้อยละ 12.4 มีภาวะหายใจลำบากร้อยละ 8.8 และ

ติดเชื้ในกระแสโลหิต 6.8 โดยมีการหายใจลำบากหลังคลอดในช่วง 1-12 ชั่วโมง ร้อยละ 80.8 และ แรกเกิดหลังการคลอดทันที ร้อยละ 18 ส่งตรวจฉายรังสีปอดทุกรายพบว่ามี Hyperinflated ร้อยละ 55.6 และ Infiltration ร้อยละ 26.0 ส่งตรวจ complete blood count (CBC) ทุกราย และตรวจวัดจำนวนเม็ดเลือดขาว พบว่า มีค่าปกติ ($<5000, >30,000 \text{ cell/mm}^3$) ร้อยละ 98.8 ผลการตรวจเลือดเพาะเชื้อจำนวน 250 ราย พบว่า no growth ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Distribution of Etiology and investigation finding among respiratory distress

Distribution of Etiology and Chest X-ray finding among respiratory distress	Participants (n=250)
Etiology of respiratory distress	
transient tachypnea of the newborn	139 (55.6)
respiratory distress	22 (8.8)
birth asphyxia	7 (2.8)
pneumonia	34 (13.6)
neonatal sepsis	17 (6.8)
meconium aspiration syndrome	31 (12.4)
Resuscitation at birth (Initial step & PPV) (yes, %)	10 (4.0)
Initial time for respiratory distress after birth (%)	250 (100)
at birth	135 (54.0)
1-6 hours	110 (44.0)
>6 hours	5 (2.0)
Mean,min-max initial time for respiratory distress after birth (minute)	42.8 ± 117.8,5-660
Investigation (%)	
Chest X-ray finding among respiratory distress	
Hyperinflated	139 (55.6)
Infiltration	65 (26.0)
Normal	46 (18.4)
complete blood count (CBC)	
<5000 cell/mm ³	1 (0.4)
50000-30,000 cell/mm ³	247 (98.8)
>30,000 cell/mm ³	2 (0.8)

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนร้อยละ 100 โดยได้รับออกซิเจนเฉลี่ย 1.6 ± 1.8 วัน ต่ำสุด 1 วัน มากสุด 19 วัน ได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 100 ได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 4.3 ± 1.8 วัน ต่ำสุด 3 วัน มากสุด 10 วัน ได้รับการพ่นยา และเคาะปอด ดูดเสมหะ

ร้อยละ 12 ระยะเวลาอนรับการรักษา 3.6 ± 2.1 วัน ต่ำสุด 1 วัน มากสุด 10 วัน ผลการรักษาหายและกลับบ้านร้อยละ 85.6 ส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น (refer out) ร้อยละ 14.4 และรับผู้ป่วยกลับมารักษาต่อ (refer back) ร้อยละ 5.6 ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 Treatment and Outcome of Treatment

Treatment and Outcome of Treatment	Participants (n=250)
Treatment	
antibiotic cover gram negative & positive	250 (100)
oxygen therapy (oxygen cannula, oxygen box)	250 (100)
berodual nebulizers/normal saline nebulizers	30 (12.0)
chest physiotherapy and suction clear airway	30 (12.0)
oxygen high flow nasal cannula	38 (15.2)
Outcome of treatment	
Improve	214 (85.6)
refer (due to respiratory failure)	36 (14.4)
readmitted	0
dead	0
refer back for treatment continuous and improve (36 case)	14 (5.6)
Length of stay (LOS) (day, %)	
1-3	179 (71.6)
4-7	62 (24.8)
>7	9 (3.6)
Mean LOS, Minimum - Maximum	3.6 ± 2.1,0-10
Length of oxygen therapy (day, %)	
1	185 (74.0)
2	46 (21.5)
3	10 (4.7)
4	5 (2.3)
7	1 (0.5)
10	1 (0.5)
14	1 (0.5)
19	1 (0.5)
Mean, Minimum - Maximum	1.6 ± 1.8,1-19
Length of antibiotic treatment (day, %)	
Stat dose and referral	36 (14.4)
3	105 (42.0)
5	60 (24.0)
7	46 (1.2)
8-10	3 (1.2)
Mean, Minimum - Maximum (day, %)	4.3 ± 1.8,3-10



อภิปรายผล

จากการศึกษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก พบว่ามีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ร้อยละ 40.7-72⁽²²⁻²⁵⁾ ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ร้อยละ 11.4-25 ปอดอักเสบร้อยละ 7.8 ภาวะสูดสำลักซี่เทา ร้อยละ 7.8-38^(1,22-25) ติดเชื้อในกระแสโลหิต ร้อยละ 9.3 ทารกแรกเกิดที่คลอดด้วยการผ่าตัดคลอดจะเกิดภาวะหายใจลำบากถึงร้อยละ 44 ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ชั่วโมง พัฒนาเป็นปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสโลหิต ร้อยละ 40⁽²⁴⁻²⁸⁾ สัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวของปอดทารก และพบในทารกครรภ์ครบกำหนด ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดามีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 56^(1,29) โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.2 ครรภ์แฝดร้อยละ 16.7⁽³⁰⁾ และการผ่าตัดคลอด⁽²⁸⁾ ทารกกลุ่ม SGA ร้อยละ 83.6⁽¹⁾ น้ำหนักทารกแรกเกิด 2,500-3,000 กรัม ร้อยละ 28.5^(1,29) ให้การรักษาด้วยออกซิเจนร้อยละ 62⁽¹⁾ ในช่วง 24 ชั่วโมง ซึ่งระยะเวลาการให้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก โดยภาวะหายใจเร็วชั่วคราวต้องการร้อยละ 60 ส่วนภาวะสูดสำลักซี่เทา ร้อยละ 99 มีทารกรอดชีวิตร้อยละ 92.2⁽²²⁾

สรุป

ความชุกของภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดเท่ากับร้อยละ 9.0 พบภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ปอดอักเสบ ภาวะสูดสำลักซี่เทา การติดเชื้อ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องได้แก่การผ่าตัดคลอด, ทารกคลอดครบกำหนด การฉายภาพรังสีปอดประกอบการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการให้ออกซิเจนส่งผลให้มีอัตราการรอดชีพสูง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Rajavarapu Chandrasekhar, Manchu Madan Mohan, B. Vijaya Lakshmi. (2016). **Clinical study of respiratory distress in newborn.** International Journal of Contemporary Pediatrics, 3(3):910-15.
2. Kumar P, Kumar R, Narang A. (2000). **Spectrum of neonatal respiratory distress at PGI.** Bulletin NNF, 14:8-12.
3. Mathur N, Garg K, Kumar S. (2002). **Respiratory distress in neonates with special reference to pneumonia.** Indian pediatrics, 39(6):529-38.
4. NNF recommended basic perinatal-neonatal nomenclature. In: DK Guha, [editors]. (1998). **Neonatology Principles and Practice.** 1st ed. New Delhi: Jaypee Brothers, 131-132.
5. **National Neonatal Perinatal Data 2002-2003.** (Online). http://www.nnfi.org/images/NNPD_2002-03.pdf. [Available 16 October 2009].
6. Parkash A, Haider N, Khoso ZA, Shaikh AS. (2015). **Frequency, causes and outcome of neonates with respiratory distress admitted to Neonatal Intensive Care Unit.** J Pak Med Assoc, 65(7):771-5.



7. Edwards MO, Kotecha SJ, Kotecha S. (2003). **Respiratory distress of the term newborn infant.** PaediatrRespir Rev, 14(1):29-36.
8. Ersch J, Roth-Kleiner M, Baeckert P, Bucher HU. (2007). **Increasing incidence of respiratory distress in neonates.** ActaPaediatr, 96(11):1577-81.
9. Pramanik AK, Rangaswamy N, Gates T. (2015). **Neonatal respiratory distress : a practical approach to its diagnosis and management.** Pediatr Clin North Am, 62(2):453-69.
10. Warren JB, Anderson JM.(2010). **Newborn respiratory disorders.** Paediatr Rev, 31(12):487-95.
11. Qian LL, Liu CQ, Guo YX, Jiang YJ, Ni LM, Xia SW, et al. (2010). **Current status of neonatal acute respiratory disorder : a one-year prospective survey from a Chinese neonatal network.** Chin Med J, 123(20):2769-75.
12. Pramanik AK, Rangaswamy N, Gates T. (2015). **Neonatal respiratory distress : a practical approach to its diagnosis and management.** Pediatr Clin North Am, 62(2):453-69.
13. Sai Sunil Kishore M, Siva SankaraMurthy YV, TarakeswaraRao P, Madhusudhan K, Pundareekaksha V, Pathrudu GB. (2015). **Approach to Resiratory Distress in the Newborn.** International J of Health Rese Arch in Modern integrated Medical Sciences, 2(1):24-35.
14. Suzanne R, Chuanpit M, Michelle B. (2014). **Respiratory distress in the Newborn.** Pediatrics in Review, 35(10):417-29.
15. Wood DW, Downes' JJ, Locks HI. (1972). **A clinical score for the diagnosis of respiratory failure.** Amer J Dis Child, 123:227-229.
16. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. (2562). **สถิติผู้รับบริการ ปี 2550-2562.** อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม.
17. Santosh S, Kushalkumar K, Adarsha E. (2013). **A Clinical Study of Respiratory Distress In Newborn and Its Outcome.** Indian Journal of Neonatal Medicine and Research, 1(1):2-4.
18. Fleiss JL, Tytun A, Ury HK. (1980). **A simple approximation for calculating sample sizes for comparing independent proportions.** Biometrics, 36(2):343-6.
19. Chap T LE. (2003). **Introductory Biostatistics.** New Jersey: John Wiley & Sons.
20. Danial WW. (1995). **Biostatistics : A Foundation for Analysis in the Health Science.** New York: John Wiley & Sons.
21. Khatau SP, Ganfwal A, Basu P, Palodhi PKR. (1979). **The incidence and etiology of respiratory distress in New born.** Indian pediater, 26:1121-26.
22. Alok Kumar, Vishnu Bhat. (1996). **Epidemiology of respiratory distress of newborns.** The Indian Journal of Pediatrics, 63(1):93-8.



23. Philip AG, Hewitt JR.(1980). **Early diagnosis of neonatal sepsis.** Pediatrics, 65(5):1036-41.
24. Mohammad HZ, Mahmoud MK, Raghdaa MA, Nagi AE, and Manal E. (2011). **Descriptive study of cases of respiratory distress in NICU in Ahmed Maher Teaching hospital.** The Medical Journal of Cairo University, 79(1):441-8.
25. Kasap B, Duman N, Ozer E, Tatli M, Kumral A, Ozkan H. (2008). **Transient tachypnea of the newborn: predictive factor for prolonged tachypnea.** Pediatrics International, 50(1):81-4.
26. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. (2008). **Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study.** Bmj, 336(7635):85-7.
27. Hales KA, Morgan MA, Thurnau GR. (1993). **Influence of labor and route of delivery on the frequency of respiratory morbidity in term neonates.** Int J GynaecolObstet, 43(1):35-40.
28. Gouyon JB, Ribakovsky C, Ferdynus C, Quantin C, Sagot P, Gouyon B, et al. (2008). **Severe respiratory disorders in term neonates.** Paediatr Perinat Epidemiol, 22(1):22-30.
29. Luerti M, Parazzini F, Agarossi A, Bianchi C, Rocchetti M, Bevilacqua G. (1993). **Risk factors for respiratory distress syndrome in the newborn: A multicenter Italian survey.** Acta Obstet Gynecol Scand, 72(5):359-64.
30. Dani C, Reali MF, Bertini G, Wiechmann L, Spagnolo A, Tangucci M, et al. (1999). **Risk factors for the development of respiratory distress syndrome and transient tachypnoea in newborn infants.** European Respiratory Journal, 14(1):155-9.



การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหนังเน่า (Necrotizing Fasciitis with septic shock) : กรณีศึกษา

สมควร พิรุณทอง พย.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหนังเน่า ศึกษาที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม - 30 กันยายน 2562 ผู้ป่วยชาย อายุ 60 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือ ไข้สูง ชาซ้ายบวมแดงมีก้อนเลือด ส่งต่อจากโรงพยาบาลแก้งคร้อ การวินิจฉัยโรค มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหนังเน่า รับไว้ในอนรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 เพื่อแก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเตรียมผ่าตัดเนื้อตายและตกแต่งแผล (Debridement) ขณะรอผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังผ่าตัดย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการแก้ไขปัญหาชีวิต, เกร็ดเลือดต่ำ, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะปวด สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังกลับจากห้องผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลแดงดี หายใจโดยการใส่ออกซิเจนแคนูลา สามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ได้

ปัญหาทางการพยาบาลระยะวิกฤตดังนี้ 1) มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เสี่ยงต่อน้ำเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง 3) ปวดเนื่องจากมีแผลที่ขาซ้าย 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดสติจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 5) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 6) มีภาวะชืดเนื่องจากสูญเสียเลือดและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 7) เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ 8) วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ปัญหาทางการพยาบาลในระยะต่อเนื่อง ดังนี้ 1) ปวดเนื่องจากมีแผลขาซ้าย 2) มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มจากมีแผลเปิดที่ขาซ้าย 3) วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว

หลังให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง บางส่วนของแผลที่ขาซ้ายแดงดี ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแก้งคร้อเพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 14 วัน นัดติดตาม 1 เดือน และ 2 เดือน ที่ห้องตรวจศัลยกรรมโรงพยาบาลชัยภูมิ ติดตามเยี่ยมพบว่าแผลแดงดี ขนาดแผลที่ขาซ้ายลดลง ไม่มีไข้ ให้ทำแผลต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน ไม่มีนัด

คำสำคัญ : โรคหนังเน่า, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, กรณีศึกษา การพยาบาล

* หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ



Nursing care for Patient Necrotizing Fasciitis with septic shock : Case study

Somkhuan Phirunthong, (Nursing and Midwifery)*

Abstract

This study aimed to nursing care of Necrotizing Fasciitis with Septic shock of selective case study in surgical intensive care unit (SICU) at Chaiyaphum hospital since the thirty-first of May to the thirtieth of September 2019. A male case study were sixty year old; chief complain refered from Kaengkro hospital because of high fever, severe pain, swollen, red, hot and hematoma of left leg. Chaiyaphum hospital admitted patient at male surgical ward. Surgical physician were diagnosis of Necrotizing Fasciitis and septic shock; treatments of septic shock; on ventilator because of respiratory rate exacerbate and prepared for debridement of wound at operation room. After operation, surgical physician were admitted patient at SICU; on ventilator; treatment of septic shock, severe pain, pale and decreased of platelet count. Patient had could weaning of ventilator in three day, remove from SICU to male surgical ward in fourteen day, Before return to male surgical ward had alert, on oxygen cannula, good of healing wound.

Nursing of problem were 1) septic shock from sepsis 2) risk for hypoxia from decrease of area in exchange oxygen 3) pain from wound left leg 4) risk for shock from hypoglycemia 5) risk for bleeding from abnormal of anticoagulant 6) pale from bleeding and septic shock 7) risk for malnutrition from alteration of nutrition 8) anxiety from illness and lacked of knowledge for self care.

After Nursing care; patient were good of clinical, respiration, healing wound and alert. Surgical physician refer patient come back to Kaengkro hospital for continuous treatment of antibiotic fourteen day, follow up one and two month at surgical department Chaiyaphum hospital. Follow up of nursing care were good of healing, red and decrease of size wound, no fever and suggested of patient dressing wound at primary care unit until close wound.

Keywords : Necrotizing Fasciitis, Septic shock, Case study, Nursing care

* Surgical Intensive Care Unit, Nursing Care Department, Chaiyaphum Hospital



บทนำ

โรคหนังเน่า (Necrotizing Fasciitis) หมายถึง การติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนังชั้นลึกถึงระดับเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ (necrotizing fasciitis) อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 17-49% ขึ้นกับโรคประจำตัวของผู้ป่วยและบริเวณของการติดเชื้อ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาในระยะต้นของโรคจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียทำให้เกิดการอักเสบแบบมีเนื้อตายที่ผิวหนังตั้งแต่นั้นทั้งกำพริวจึงชั้นเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อพบบ่อยในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันต่ำ มีโรคเบาหวานหรือโรคตับแข็ง เชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดร่วมกัน เช่น เชื้อแอรโรโมนาส (Aeromonas spp) กลุ่มที่สองเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดเดียว ได้แก่ เชื้อสเตรปโตคอคคัสกรุปเอ (group A streptococcus) การติดเชื้อมักพบหลังการผ่าตัดหรือหลังประสบอุบัติเหตุทำให้เกิดแผลและสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่มีเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งแตกต่างกันตามชนิดของเชื้อ เช่น เชื้อแอรโรโมนาสจะพบในน้ำจืด น้ำกร่อย อาการและอาการแสดงระยะแรกคือมีอาการเจ็บปวดบวมแดง ร้อน ที่ผิวหนังอย่างมากอาการบวมแดงจะลามอย่างรวดเร็ว อาจมีตุ่มน้ำร่วมด้วย ต่อมาสีของผิวหนังจะเริ่มเปลี่ยนเป็นสีม่วงและมีเนื้อตายเกิดขึ้น เมื่อมีเนื้อตายเกิดขึ้นผู้ป่วยอาจมีอาการชามาแทนที่อาการเจ็บปวด มักจะมีไข้สูงและการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วมด้วยผู้ป่วยอาจมีภาวะช็อกและมีการทำงานที่ลดลงของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไต ตับ เป็นต้น การรักษาจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาเฉพาะคือการใช้ยาต้านจุลชีพในรูปยาฉีดรวมกับการผ่าตัด

ตัวอย่างกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้าง ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดชัยภูมิ อาศัยอยู่กับภรรยา ลิขสิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลแก้งคร้อ รั่วไว้ในโรงพยาบาลชัยภูมิ เมื่อวันที่ 31 มิถุนายน 2562 เวลา 14.00 น. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1

อาการสำคัญมาโรงพยาบาล มีไข้ ชาซ้ายบวมแดง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ลุยน้ำแล้วมีแผลที่ขาซ้าย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ชาซ้ายบวมแดง ไอมีเสมหะ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ชาซ้ายบวมมากขึ้นมีก้อนเลือดปวด ไข้สูงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแก้งคร้อได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gms IV OD at 18.00 น. และ Clindamicin 900 mg IV q 8 hrs. at 10.00 น. 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ความดันโลหิตต่ำ 80/40 mmHg load NSS 2000 cc ความดันโลหิต 100/60 mmHg อัตราการเต้นของชีพจร 98 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ อุณหภูมิกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาทีได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 cc IV drip 120 cc/hr. ใส่สายสวนปัสสาวะ วินิจฉัยเป็น Necrotizing fasciitis with septic shock ประสานงานส่งต่อโรงพยาบาลชัยภูมิรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัวดื่มสุรา 2-3 วันต่อครั้ง ครั้งละ 100 ซีซี สูบบุหรี่วันละ 10 มวน มีอาการปวดขาชื่อยาชุดมารับประทานเดือนละ 1 ครั้ง ปฏิเสธการแพ้ยาอาหารและสารเคมีต่าง ๆ ไม่เคยได้รับการผ่าตัด

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ****Hematology :**

วันที่ 31 มิถุนายน 2562 WBC 11.1 K/ul, RBC 4.71×10^6 ul, HGB 12.1 g/dl, Plt. Count 100 k/ul, Neutrophill 83.2%, Lymphocyte 13.0%

วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 เวลา 05.30 น. WBC 9.5 K/ul, RBC 3.12×10^6 ul, HGB 8.0 g/dl, Plt. Count 80 k/ul, Neutrophill 77.2%, Lymphocyte 14.3%

วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 เวลา 14.00 น. WBC 12 K/ul, RBC 3.37×10^6 ul, HGB 8.6 g/dl, Plt. Count 79 k/ul, Neutrophill 81.0%, Lymphocyte 10.9%

วันที่ 2 กรกฎาคม 2562 WBC 9.6 K/ul, RBC 3.54×10^6 ul, HGB 9.2 g/dl, Plt. Count 76 k/ul, Neutrophill 71.3%, Lymphocyte 20.2%

วันที่ 3 กรกฎาคม 2562 WBC 10.3 K/ul, RBC 3.99×10^6 ul, HGB 10.2 g/dl, Plt. Count 97 k/ul, Neutrophill 82.6%, Lymphocyte 3.4%

Chemistry :

วันที่ 31 มิถุนายน 2562 Sodium 139 mmol/l, Potassium 4.4 mmol/l, Chloride 109 mmol/l, Bicarbonate 18.3 mmol/l, BUN 20.8 mg/dl, Creatinine 0.64 mg/Dl, eGFR 106 mL/min/1.73 m², Total protein 5.2 g/dL, Albumin 2.3 g/dL, SGOT 46 IU/L, SGPT 44 IU/L

Coagulogram :

วันที่ 31 มิถุนายน 2562 PT 16.5 sec, INR 1.39, aPTT 33.2 sec, aPTT ratio 1.33

วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 (05.30 น.) PT 15.3 sec, INR 1.28, aPTT 29.9 sec, aPTT ratio 1.03

วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 (15.30 น.) PT 15.1 sec, INR 1.27, aPTT 31.3 sec, aPTT ratio 1.08

Microbiology :

วันที่ 31 มิถุนายน 2562 Sputum Gram stain Few Leukocyte, Few gram negative bacilli, Sputum Aerobic culture Moderate Nonfermentative gram negative bacilli, Hemo culture no growth

Blood group : A Rh positive

Chest X-ray : วันที่ 31 มิถุนายน 2562 Normal no infiltration

การรักษาที่ได้รับ

แรกรับ (31 พฤษภาคม 2562)

Pre-operation

CBC, BUN, Cr, Electrolyte, H/Cx2, CXR, EKG, Sputum G/S, C/S

0.9%NSS 1000 cc vein drip 100 cc/hr. DTX 74 mg% 5%D/N/21000 cc vein drip 40 cc/hr., Retaine F/C, Tramol 50 mg vein prn q 8 hr.

Set OR for Debridement

Load NSS 500 cc, เปลี่ยน IV เป็น Acetar 1000 cc vein drip 120 cc/hr.

Ceftriazone 2 gm vein drip OD, Clindamycin 900 mg vein q 8 hr.

(15.25 น.) หายใจหอบเหนื่อย On ET tube No 7.5 dept 22 cms on PCV PC Mode RR 16/min PIP 20 cm.H₂O, Insp. Time 0.8 sec. PEEP5 cm.H₂O, FiO₂ 0.4

G/M FFP 2 unit, Plt 5 unit, .sh FFP 1 unit free flow, Coag หลังให้ จอง ICU

Post-operation

On Ventilator PCV PC Mode RR 16/min PIP 20 cm.H₂O, Insp. Time 0.8 sec. PEEP 5 cm.H₂O, FiO₂ 0.6

FFP 4 unit vein drip 1 hr./unit, CBC, Coag หลัง FFP หหมด, Hct พุ่งนี้เข้า, DTX q 4 hr. keep 80-120 mg%



5%DN/21000 vein drip 60 cc/hr.,
Tramol 50 mg vein prn q 6 hr., Plasil 1 amp
vein prn q 8 hr., Transamine 1 gm vein q
8 hr., Vit K 10 mg vein stat

Ertapenam 1 gm vein OD

Berodual 1 NB พ่น statxII dose then
1 NB พ่น ทุก 4 hr.

1 มิถุนายน 2562

G/M PRC 2 unit ให้ PRC 1 unit
vein drip in 3 hrs., FFP 1 unit vein free flow,
CBC, Coag หลังแก้ครบ

On ventilator PSV Mode PS 14 cm.
H₂O, PEEP 5 cm.H₂O, FiO₂0.4 if dyspnea on
setting เดิม

Berodual 1 NB พ่นทุก 4 hr., Tramol
50 mg vein prn q 6 hr., Plasil 1 amp vein prn q
6 hr., Transamine 1 gm vein q 8 hr.,

5%DN/2 1000 cc vein drip 60
cc/hr., RLS 1000 cc vein drip 60 cc/hr., RLS
1000 cc vein drip 60 cc/hr. DTX 74 mg% off
5%DN/2 ให้ 10%DN/21000 vein drip 60 cc/hr.

DTX q 4 hr. keep 80-120 mg%, Hct
q 6 hrs. ifdrop \geq 3% please notify keep \geq 24,
CBC พุ่งนี้

2 มิถุนายน 2562

Feed น้ำหวาน 50 cc DTX หลัง
Feed 75 mg%

Off 10%DN/2 ให้ 10%DNSS 1000 cc
vein drip 60 cc/hr., RLS 1000 cc vein drip
40 cc/hr.

On ventilator PSV PS10 PEEP 5 FiO₂
0.4, Berodual 1 NB พ่นทุก 4 hr.,

Dexamethazone 8 mg vein stat
then 4 mg vein q 12 hr. Tramol 50 mg
vein prn q 6 hr., Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.,
Transamine 1 gm vein q 8 hr.,

Hct q 6 hrs.if drop \geq 3% please
notify keep \geq 24, CBC พุ่งนี้

Paracetamol (500) 2 tab oral prn q
4-6 hrs., BD(1:1) 150 cc x 4 feed, DTX premeal
& hs keep 80-200 mg%

3 มิถุนายน 2562

NPO of ET tube 08.30 น., on O₂ mask
c bag 10 LPM keep O₂ sat \geq 95%, Berodual 1
NB พ่นทุก 4 hr.

Dexamethazone 4 mg vein q 12 hr.
Tramol 50 mg vein prn q 6 hr., Plasil 1 amp vein
prn q 6 hr., Transamine 1 gm vein q 8 hr.,

10%DNSS 1000 cc vein drip 60
cc/hr., Aceta 1000 cc vein drip 40 cc/hr.,

Losec 40 mg vein OD

4 มิถุนายน 2562

จิบน้ำ เช้า เพียง liquid diet เย็น
on O₂ cannula 3 LPM keep O₂
sat \geq 95%, Berodual 1 NB พ่นทุก 4 hr.,

Tramol 50 mg vein prn q 6 hr.,
Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.

10%DNSS 1000 cc vein drip 60
cc/hr., Aceta 1000 cc vein drip 40 cc/hr.,

CXR, Prednisolone 2 tab oral tid pc
ย้าย ศัลยกรรมชาย 1

5 มิถุนายน 2562

Soft diet

Try wean off O₂ cannula keep O₂
sat \geq 92%, Berodual 1 NB พ่นทุก 4 hr.,

Tramol 50 mg vein prn q 6 hr.,
Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.

10%DNSS 1000 cc vein drip 60
cc/hr., Aceta 1000 cc vein drip 40 cc/hr

กินได้ดี off IV

6 มิถุนายน 2562

Tramol 50 mg vein prn q 6 hr.,
Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.

DTX ทุก 8 ชั่วโมง keep 80-200 mg%

7 มิถุนายน 2562

Tramol 50 mg vein prn q 6 hr.,
Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.

DTX premeal, hs keep 80-180 mg%

Off Losec vein

8 มิถุนายน 2562

Refer กลับโรงพยาบาลแก้งคร้อ

1. continuous ATB ertapenam 1 gm
vein OD จนครบ 14 วัน

2. Dressing wound ต่อ

3. นัด 5 กรกฎาคม 2562

วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการ มีไข้ ชาซ้ายบวมแดง ขนาด 5 x 15 เซนติเมตร มี Hemorrhagic bleb ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 x 5 เซนติเมตร เกิดจาก 3 วันก่อนมา มีการลุยน้ำและมีแผลที่ขาซ้าย ทำให้เกิดการอักเสบจากการติดเชื้อและมีความดันโลหิตต่ำจากการชกประวัติตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ได้รับการผ่าตัด (Debridement) และให้ยาปฏิชีวนะ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีภาวะหายใจล้มเหลวต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์วินิจฉัย Necrotizing Fasciitis left Leg with Septic Shock

การพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ

1. ระยะวิกฤต ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องได้รับการแก้ไขภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัด (Debridement) และมีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ ได้รับการแก้ไขปัญหาช็อค, เกร็ดเลือดต่ำ พยาบาลต้องเตรียมความพร้อม

สำหรับการประเมินแก้ไขภาวะช็อก ดูแลการให้เลือดและสารประกอบของเลือด การพยาบาลก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

2. ระยะต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะปวด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวด การใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การทำแผล การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การส่งเสริมการหายใจของแผล

บทบาพยาบาลในระยะวิกฤต

ผู้ป่วยรายนี้เมื่อมาถึงโรงพยาบาล มีภาวะ Septic shock มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นภาวะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระยะวิกฤตดังนี้

1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น การทำงานของไต การบันทึกสารน้ำเข้าออก

2. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง โดยการ จัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi-fowler, s position or Fowler, s position) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ตรวจสอบสัญญาณชีพและ O_2 saturation ดูแลพ่นยาขยายหลอดลม ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจนาน หลังถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที

3. ปวดเนื่องจากมีแผลที่ขาซ้าย โดยการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากการใช้ pain scale ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว และระมัดระวัง การจัดทำที่สุขสบาย การพักผ่อน เบี่ยงเบนความสนใจ ดูแลให้ยาแก้ปวด Tramol 50 mg vein prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์



4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดสติจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ประเมินระดับความรู้สึกตัวและระดับน้ำตาลในเลือดทุก 4 ชั่วโมงให้อยู่ระหว่าง 80-120 mg% ดูแลให้สารน้ำ 10%DNSS 1000 cc vein drip 60 cc/hr ดูแลให้อาหารทางสายยาง BD (1:1) 150 cc x 4 feed

5. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการบาดเจ็บของหลอดเลือด เช่น การทำแผลที่รุนแรง การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ สังเกตภาวะเลือดออก ดูแลให้สารประกอบของเลือด Fresh Frozen Plasma, Platelet concentration ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6. มีภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการเจาะเลือด Blood group ประสานธนาคารเลือด ตรวจสอบความถูกต้อง ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผลการตรวจ Hct หลังให้เลือดหมด 2 ชั่วโมง

7. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ โดยการประเมินภาวะการขาดสารอาหาร ดูแลให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษา

8. วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว โดยการประเมินภาวะวิตกกังวล ให้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล

การพยาบาลระยะต่อเนือง

1. ปวดเนื่องจากมีแผลชาซ้ายโดยการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากการใช้ pain scale ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลรวดเร็ว และระมัดระวัง ดูแลให้ยาแก้ปวด Tramol 50 mg vein prn for pain ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

2. มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มจากมีแผลเปิดที่ขาซ้าย โดยการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพล้างมือก่อนและหลังการให้การพยาบาล ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ สังเกตลักษณะของแผล อาการบวมแดง กลิ่น ดูแลให้ยาปฏิชีวนะจนครบ 14 วัน

3. วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพ การขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน การมาตรวจตามแพทย์นัด

สรุปและอภิปราย

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหนังเน่า รายนี้มีปัจจัยมาจากการมีแผลที่ขาซ้ายแล้วลุยน้ำโดยไม่ได้สวมใส่รองเท้าบูท มีการติดเชื้อที่แผลทำให้เกิดการติดเชื้อที่ผิวหนังชั้นลึกถึงระดับเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ (necrotizing fasciitis) มีอาการและอาการแสดงรุนแรง มีภาวะช็อคและภาวะหายใจล้มเหลว เป็นโรคที่มีความรุนแรงได้จากการเกิดพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายและทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (Debridement) การแก้ไขภาวะช็อค การใช้เครื่องช่วยหายใจ การทำความสะอาดแผล พยาบาลมีบทบาททั้งการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) การประสานงาน (collaboration) กับทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาเป็นไปด้วยความราบรื่นและต่อเนื่อง โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base practice) มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ตลอดจนการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยและญาติเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต ความวิตกกังวล และปฏิบัติตนได้เหมาะสมทั้งระหว่างรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลตนเองต่อที่บ้าน ตลอดจนให้ข้อมูลและความสำคัญในการรักษาต่อเนื่อง



ข้อคิดเห็น

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหึ่งเน่า มาด้วยอาการมีแผลที่ขาซ้าย เดินลุยน้ำ โดยไม่ได้สวมใส่รองเท้าบูท ทำให้เชื้อเข้าสู่ผิวหนังทางบาดแผล ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงคือ สูงอายุ ตีมีสุรา 2-3 วันต่อครั้ง ครั้งละ 100 ซีซี สูบบุหรี่ใช้ยา Steroid เมื่อมีอาการปวดขา มีอาชีพเกษตรกรรม พฤติกรรมของชุมชนมีการใช้สารเคมีและยาฆ่าแมลงในการทำการเกษตร ดังนั้น เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายทำให้มีการกระจายของเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้อย่างรวดเร็ว เข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดภาวะช็อกเกิดพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว มีระบบการส่งต่อที่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด และให้ยาฆ่าเชื้ออย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาล ต้องมีความรู้ในการประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยการใช้ SOS score และส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลทั่วไปอย่างเป็นระบบและแนวทางเดียวกัน
2. พยาบาล ในฐานะผู้ให้ความรู้และข้อมูล ต้องศึกษาหาความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอและพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
3. การดูแลสุขภาพของบุคคล ควรมีการส่งเสริมการป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกาย ดื่มน้ำสะอาด เช่น เหล้า บุหรี่ เป็นต้น ไม่ใช้ยาสมุนไพรหรือยา Steroid การดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วย ควรปรึกษาแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง
4. ควรมีนโยบายชุมชนส่งเสริมให้เกษตรกรงดใช้สารเคมี ยาฆ่าแมลง ในการประกอบอาชีพ และส่งเสริมให้เกษตรกรสวมอุปกรณ์ป้องกันในการประกอบอาชีพ เช่น ผ้าปิดปากปิดจมูก สวมรองเท้าบูท เมื่อต้องลุยน้ำ ลุยหญ้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค

เอกสารอ้างอิง

1. กิรติ คำทอง, ลัดดา คำแดง และฐิติกานต์ ศิรินาม. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลโรคหึ่งเน่าในโรงพยาบาลโสธร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1):254-62.
2. จรัสศรี พียาพรรณ. โรคแบคทีเรียกินเนื้อ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dst.or.th/Publicly/Articles/1220.23.12> [10 สิงหาคม 2562].
3. ทยาภัทร บุญเกษม. (2557). โรคติดเชื้อชั้นใต้ผิวหนังลึกถึงระดับพังผืด (Necrotizing Fasciitis). วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 8(1):113-9.
4. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.healthcarethai.com/ผลกระทบทต่อสุขภาพ/> [10 สิงหาคม 2562]
5. พรศิริ พันธลี. (2557). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
6. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงค์, [บรรณาธิการ]. (2551). การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และชวณพิศ ทำนอง, [บรรณาธิการ]. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต=Critical Care Nursing. ขอนแก่น: สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สบายวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง : กรณีศึกษา

ประกาย จันมี พย.บ.*

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ฉีดยาหยุดเลือด คลิปปหนีบแผล และรัดเส้นเลือดขอตในหลอดอาหาร ศึกษาในผู้ป่วย 1 ราย เป็นเพศหญิงอายุ 51 ปี มาโรงพยาบาลด้วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งมีภาวะตับแข็ง เบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 19 ถึง 22 กันยายน 2562 พบว่าผู้ป่วยมีปัญหา 1) เสี่ยงต่อภาวะ Shock เนื่องจากมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร 2) ซีด เนื่องจากเสียเลือดในทางเดินอาหารและเลือดออกง่ายจากปัจจัยการแข็งตัวของเลือด 3) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่องกล้อง 4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้องตรวจรักษาจากภาวะความดันโลหิตสูง 5) เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการส่องกล้องจากมีภาวะเบาหวาน 6) เสี่ยงต่อการมีเลือดออกซ้ำในกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร และ 7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรค และพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่า หลังการตรวจรักษาผู้ป่วยไม่มีภาวะถ่ายดำ ไม่จุกแน่นท้อง ไม่มีไข้ แต่ยังมีวิตกกังวลเรื่องแผลในกระเพาะอาหารและเส้นเลือดขอต จึงได้ให้ความรู้การดูแลตนเอง เพิ่มเติม และหลังการมาตรวจตามนัดเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ยังมีปัญหาเส้นเลือดขอตในกระเพาะอาหาร แพทย์โรงพยาบาลชัยภูมิไม่สามารถให้การรักษาได้ จึงส่งรักษาต่อโรงพยาบาลมหาราชเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลห้องส่องกล้องต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคเบาหวานมารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจเพื่อวางแผนให้การพยาบาลประเมินผล ส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลให้แก่ทีมอย่างต่อเนื่องรวมทั้งเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการส่องกล้องให้เหมาะสมและพร้อมใช้กับผู้ป่วยรายนั้น ๆ เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นขณะส่องกล้องหรือหลังส่องกล้องพยาบาลห้องส่องกล้องต้องมีทักษะความชำนาญในการช่วยแพทย์ส่องกล้องตรวจรักษา รวมถึงอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินให้พร้อมใช้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการและสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์

คำสำคัญ : การพยาบาล เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นการรักษาด้วยการส่องกล้อง

* งานส่องกล้อง โรงพยาบาลชัยภูมิ



Nursing Care of Upper Gastrointestinal Bleeding with Esophagogastroduodenoscopy Treatments : A case study

Prakai Junmee, R.N.*

Abstract

The purpose of this study was to provide a nursing care of upper gastrointestinal bleeding patient with esophagogastroduodenoscopy (EGD) treatments include injection, haemoclips, and mechanical methods such as endoscopic variceal ligation (EVL). The sample was a 51 year-old female patient presenting to the hospital with upper gastrointestinal bleeding with underlying disease include; cirrhosis, diabetes mellitus and hypertension. Data were collected during 19 to 22 September 2019. The nursing diagnosis in this case were as follows ; 1) risk for hypovolemic shock related to gastrointestinal bleeding, 2) anemia related to gastrointestinal bleeding and clotting mechanisms 3) anxiety related to lack of knowledge regarding EGD treatments 4) risk for complications related to high blood pressure 5) risk for infection related to diabetes mellitus 6) risk for re-bleeding in spite of these therapies and 7) anxiety related to illness and deficient knowledge. The results revealed that after EGD treatments, the patient did not meet the criteria for major bleeding, melena, dyspepsia and fever but the patient was still anxiety about gastrointestinal bleeding and varicose veins. Nursing interventions focus on patients' self-care and possible effects after EGD treatment. After 4 weeks follow up found some varicose veins in patient's stomach. The physician was unable to provide treatment, therefore patient had referred to Maharaj Hospital for further appropriate treatment.

The results of this study indicated that laparoscopic nurses might have the knowledge and ability to assess patients with upper gastrointestinal bleeding who had underlying disease include high blood pressure, cirrhosis, and diabetes who sundered EGD treatments. Nurses also might assess cover the physical, mental, emotional, social well-being and economic aspects to make a plan for the nursing intervention and evaluation and then transferred medical information to the medical team continuously. In addition, the preparation of tools and equipments for EGD treatments could prevent the many risks that occurred while performing and after EGD treatments. Nurses in gastroscopy unit might possess the skills and competencies to help doctors operation and emergency life-saving equipments might be serviced. In order to achieve nursing outcomes and ensure patient safety with out any complications and consistent with medical treatment.

Keywords : Nursing care, Upper Gastrointestinal Bleeding, Esophagogastroduodenoscopy Treatments

* endoscope unit, Chaiyaphum Hospital



บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญทางอายุรกรรม และ ศัลยกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการเสียเลือด ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที สาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากโรคแผล Gastric Ulcer (GU) การแตกของ หลอดเลือดขดในหลอดอาหาร (Esophageal varices : EV) หรือกระเพาะอาหาร (Gastric varices : GV) ถ้ารักษาโดยการหยุดเลือดไม่ได้ผู้ป่วยมีโอกาส เสียชีวิตสูง ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและ เศรษฐกิจ⁽¹⁾ ประเทศไทยพบผู้ป่วย 300,000 คนต่อปี อัตราตายอยู่ที่ร้อยละ 10 อัตราตายจะสัมพันธ์กับอายุ และความรุนแรงของเลือดที่ออกในผู้ป่วยมีภาวะโรคอื่น ร่วมด้วย⁽²⁾ การรักษานอกจากการ resuscitation รักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้ว จากงานวิจัยพบว่า การรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง นับจากที่มีอาการ จะสามารถทำให้แพทย์วินิจฉัยโรค ได้เร็วขึ้น⁽³⁾ ลดอัตราตาย ลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาลได้การวินิจฉัยโรคและการรักษามีหลายวิธี แต่วิธีที่นิยมคือการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น Esophagogastroduodenoscopy (EGD) และรักษา ด้วยวิธีทำ ฉีดยาหยุดเลือด (Endoscopic Injection) คลิปหนีบแผล (Haemoclips) และรัดเส้นเลือดขด ในหลอดอาหาร (Endoscopic variceal band ligation : EVL) ปัจจุบันการทำ EVL ถือเป็น ตัวเลือกแรกในการรักษาหลอดเลือดขดใน หลอดอาหารเพราะได้ผลดี มีผลข้างเคียงน้อย ลดอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำและการผ่าตัดได้

โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2561 ให้บริการผู้ป่วย 493,498 รายต่อปี มีอุบัติการณ์ภาวะเลือดออก ในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นติดอันดับ 1 ใน 10 โรค อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 26.4 หน่วยส่องกล้อง โรงพยาบาลชัยภูมิ ให้บริการ EGD 2,406 รายต่อปี พบ GU ร้อยละ 14.7 GV ร้อยละ 0.6 และ GU ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาหยุดเลือด ร้อยละ 4.7 ผู้ป่วย EV ร้อยละ 9.8 รักษาด้วยการรัดยาง หลอดเลือดขด (EVL) ร้อยละ 23^(4,5)

ผู้ศึกษาในฐานะปฏิบัติงานในห้องส่องกล้อง พบปัญหาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนต้นที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคเบาหวาน เป็น โรคร่วม มาทำ EGD ผลการ ส่องกล้องพบแผล Gastric Ulcer, Esophageal varices, Gastric varices ได้รับการทำหัตถการรักษา ที่ซับซ้อน เพื่อหยุดเลือด ถ้าประเมินไม่ครอบคลุม เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ไม่พร้อม ก็ไม่สามารถ วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย ที่รับการตรวจรักษา ส่องกล้องโดยการฉีดยาหยุดเลือด คลิปหนีบแผล และรัดเส้นเลือดขดในหลอดอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ จึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย เรื่อง การพยาบาล ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีโรค ความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคเบาหวานเป็นโรคร่วม ที่รักษาด้วยการส่องกล้อง เพื่อนำประสบการณ์มา พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลส่องกล้อง ภายใต้อาตราชานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลรักษาโรค เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีโรคร่วม และได้รับการรักษาผ่านกล้องด้วยเทคนิคเฉพาะ และซับซ้อน
2. เพื่อนำประสบการณ์จากกรณีศึกษามา พัฒนางานบริการส่องกล้องทางเดินอาหาร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร ในการบูรณาการใช้ กระบวนการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รับการ ส่องกล้องที่มีโรคร่วมและปัญหาหลายระบบ ให้ได้รับ การพยาบาล อย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และวิธีบำรุงรักษา ทำลายเชื้อเพื่อให้ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้คงประสิทธิภาพที่ดีปลอดภัย พร้อมใช้งาน⁽⁶⁾

วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์สถานการณ์ และเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี แผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. นำข้อมูลที่ได้รวบรวมมา วิเคราะห์ นำมาวางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นกิจกรรมการพยาบาลทั้งกายใจ จิต สังคม เศรษฐกิจ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 51 ปี มาด้วยอาการถ่ายอุจจาระดำ ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ขาและเท้าทั้ง 2 ข้าง บวมก่อนมาโรงพยาบาลชั้ญมิ 1 สัปดาห์ รับประทานยาลดกรด 1 แกร็บรูโลน 150 มก. วันละ 1 ครั้ง รับประทานยาแก้ปวด 154 เซนติเมตร วินิจฉัยเป็นโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีโรคตับแข็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม แพทย์วางแผนตรวจรักษาโดยส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น พยาบาลห้องส่องกล้องเยี่ยมประเมิน ด้านร่างกาย (พบผู้ป่วยมีภาวะตับแข็ง เบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม) และประเมินด้านจิตใจที่ตึก เพื่อวางแผนการพยาบาลเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และยาในการทำหัตถการส่องกล้อง

ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมที่ตึก

ระยะก่อนส่องกล้อง

1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคเลือดออกในทางเดินอาหารและการส่องกล้องกระเพาะอาหาร

เป้าหมาย : ผู้ป่วย คลายความวิตกกังวล มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมส่องกล้องทางเดินอาหาร

การพยาบาล : 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ รับฟังผู้ป่วยอย่างสนใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความวิตกกังวล ปัญหาต่าง ๆ พร้อมทั้งตอบคำถามยอมรับพฤติกรรม ที่ผู้ป่วยแสดงออกด้วยท่าทีที่สงบและสุขุม 2. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรมที่แสดงออก 3. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันค้นหาแนวทางที่จะช่วยผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดสิ่งเร้าอารมณ์หรือสิ่งกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเต็มที่⁽⁶⁾ 5. สร้างความเข้าใจการส่องกล้อง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าการส่องกล้องตรวจที่ใช้ส่องเข้าไปในปาก เพื่อตรวจอวัยวะตั้งแต่หลอดคอ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น มีเลนส์ติดอยู่ที่ส่วนปลายเชื่อมต่อทีวีแสดงภาพการส่องตรวจระบบทางเดินอาหาร ทำให้มองเห็นพยาธิสภาพของโรคทางเดินอาหารได้ชัดเจน มีปุ่มควบคุมการทำงานของกล้องในการเลี้ยวซ้ายขวาหรือปรับกล้องขึ้นลง⁽⁷⁾ เชื่อมต่อเครื่องบันทึกภาพและสามารถถ่ายภาพออกมาได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพ สามารถรักษาให้เลือดหยุดโดยใส่อุปกรณ์ผ่านกล้องได้ โดยไม่ต้องผ่าตัด 6. ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อน ขณะและหลังส่องกล้อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง เช่น 6.1) การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องส่องกล้อง ว่าจะมีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิด 6.2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดขณะส่องกล้อง 6.3) ข้อมูลการงดน้ำงดอาหารก่อนส่องกล้อง 7. แจกคำอธิบายใช้สิทธิ์ฟรี ตามสิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ

ประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สิ้นหน้าสตชั่น มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเลือดออกในทางเดินอาหารและการตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

ที่ห้องส่องกล้องประเมินซ้ำก่อนส่อง

ณ จุดซักประวัติคัดกรองก่อนส่องกล้อง
พยาบาลประเมินผู้ป่วยเป็นประเภท High risk⁽⁸⁾
แรกรับรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อะไร PR 90 ครั้ง/นาที RR
20 ครั้ง/นาที BP 118/87 mmHg SpO2 100%
จัดเตรียมเวชระเบียน ตรวจสอบผลตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ เช่น WBC, Hct, Platelets count, PT,
INR, DTX inform consent การแพ้ยาชนิดต่าง ๆ
การงดน้ำงดอาหาร การได้รับยาลดความดันโลหิตสูง
ยาเบาหวาน ยาละลายลิ่มเลือด การมีฟันปลอมหรือ
ฟันโยก การระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการส่องกล้อง
ผิดคน ผิดหัตถการ ดูแลให้บ้วนทำความสะอาดปาก
ฟัน ถ้าพบสิ่งผิดปกติส่งต่อข้อมูลให้ทีมช่วยส่องกล้อง
รับทราบส่วนพยาบาลช่วยส่องกล้องดูแลจัดเตรียม
สถานที่ เครื่องผ้า เตียงตรวจกล้องส่องตรวจระบบ
ทางเดินอาหารระบบวิดิทัศน์, เครื่องกำเนิดแสง
ทีวี (Monitor) เป็นระบบ RGB, เครื่องพิมพ์ภาพสี,
เครื่องบันทึกภาพระบบวิดิทัศน์, เครื่อง Suction
ใช้ดูดเลือดหรือเสมหะ ดูดลม และดูด Esophageal
varice เพื่อรัดยาง, กระจกบอกน้ำ ใช้ล้างหน้าเลนส์ของ
กล้องที่เปื้อนเลือด เสมหะ หรือเศษอาหาร, Band
Ligator, Hemostatic clip ใช้ห้ามเลือดได้ฉับพลัน,
เตรียมสายฉีดและยาฉีดผ่านกล้องและเครื่องห้ามเลือด
เครื่องมือและอุปกรณ์ทุกอย่างต้องเตรียมและทดสอบ
ความพร้อมใช้งานก่อนใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง และ
มีจำนวนเพียงพอกับการใช้งาน

2. ผู้ป่วยและญาติยังวิตกกังวลเกี่ยวกับ
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและการส่องกล้อง
กระเพาะอาหาร

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วย คลายวิตกกังวล
ให้ความร่วมมือส่องกล้อง

การพยาบาล : 1. ให้การพยาบาลด้วยความ
นุ่มนวล 2. แนะนำแพทย์และทีมผู้ทำการส่องกล้อง
3. ขณะส่องกล้อง ยืนยันจะมีแพทย์และพยาบาล
ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจและไว้ใจ

4. ถ้าแน่นอึดอัดท้อง ให้หายใจเข้าออกทางจมูกลึก ๆ
ยาว ๆ ทำสมาธิ ขณะส่องกล้อง 5. เปิดโอกาสให้ซักถาม
ในสิ่งที่ไม่เข้าใจ และอธิบายซ้ำจนเข้าใจ 6. แนะนำ
เทคนิคสื่อสารเพื่อแสดงอาการปวด เช่น จับมือ บีบมือ

การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติคลาย
ความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น ผู้ป่วยพร้อมรับการ
ส่องกล้อง

3. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากโรคร่วม
เบาหวานและผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร

เป้าหมาย : ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำตาลเลือดต่ำ

การพยาบาล : 1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ
เฝ้าระวังอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น
เหงื่อออกตัวเย็น ซึมลง ถ้ามีอาการ ตรวจ DTX
ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และรายงานแพทย์

การประเมินผล : สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์
ปกติ ไม่มีอาการแสดงน้ำตาลในเลือดต่ำหลังประเมิน
ผู้ป่วยพร้อมรับการตรวจรักษาด้วยการส่องกล้อง
ทางเดินอาหารส่วนต้น ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องส่องกล้อง

ระยะขณะส่องกล้อง

4. เสี่ยงต่อภาวะ Shock จากมีเลือดออก
ในกระเพาะอาหาร และออกเพิ่มจากการทำหัตถการ
ส่องกล้องตรวจรักษา

เป้าหมาย : ไม่เกิดภาวะ Shock

การพยาบาล : 1. วัดสัญญาณชีพและ SpO2
ทุก 5 นาที 2. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อค
เช่น การหายใจลำบาก ซึม สับสน กระสับกระส่าย
อาการเขียวคล้ำปลายมือ ปลายเท้า ถ้ามีอาการ
รายงานแพทย์ 3. ประเมินการเสียเลือดจากการทำ
หัตถการตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องและจากอาเจียน
หรือถ่ายอุจจาระดำ 4. ดูแลให้สารน้ำ NaCl 1,000 ml.
IV drip 80 ml/hr. ตามแผนการรักษา

การประเมินผล : ไม่มีอาการและอาการแสดง
ของภาวะช็อค PR 90 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที
BP 118/87 mmHg SpO2 100% เสียเลือดจากการ
ทำหัตถการประมาณ 10 ml.

**ภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้องตรวจรักษา**

- มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นจากการส่องกล้องเนื่องจากมีความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

- แผลทะลุของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก (therapeutic procedures such as sclerotherapy) จากการทำหัตถการ

- ต่อหัวใจและปอด, สมอง (หัวใจเต้นผิดปกติ, หัวใจหยุดเต้น, ล้มลุกคลุกคลานทางเดินหายใจ, shock, hypotension, hypertension, MI, Cerebral hemorrhage จากโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูง

- ติดเชื้อจาก transient bacteremia, endocarditis (ผู้ป่วยกลุ่ม high risk), contaminated equipment, aspiration pneumonia เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วม

- Oxygen desaturation จาก duration of procedure, endoscope diameter และเสี่ยงต่อแพ้ยาสชา⁽¹⁰⁾

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้องตรวจรักษา

การพยาบาลขณะส่องกล้อง : 1. ผู้ศึกษาตรวจสอบข้อมูลซ้ำเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ชื่อ สกุล และชนิดการทำหัตถการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (WBC, Hct, Platelets count, PT, INR, DTX) การแพ้ยาชนิดต่าง ๆ การงดน้ำงดอาหารการได้รับยาลดความดันโลหิตสูง ยาเบาหวาน ยาละลายลิ่มเลือด การมีฟันปลอมหรือฟันโยก 2. ผู้ศึกษาพ่นยาชาที่คอ เพื่อให้เกิดอาการชาบริเวณช่องปาก คอ เมื่อพ่นยาชาเสร็จ ให้ผู้ป่วยกลืนซ้ำ ๆ ไม่รีบร้อนและหายใจปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสำลักยาลงปอด สังเกตอาการข้างเคียงหลังพ่นยา 3. จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ก้มศีรษะในลักษณะคางจรดหน้าอก ติดตั้งอุปกรณ์ตรวจวัดสัญญาณชีพกับผู้ป่วย 4. ผู้ช่วยคนที่ 1 ยืนอยู่เหนือศีรษะผู้ป่วย ช่วยจับ Mouth guard ให้อยู่กับที่ แพทย์ทำการสอดใส่กล้องเข้าไปในปาก ผู้ศึกษาแนะนำหายใจ

ทางจมูก เพื่อต่อสู้กับความอึดอัด ไม่สบาย และความเจ็บปวด ไม่ให้หายใจทางปากเพราะจะกระตุ้นให้อาเจียน ทำให้เลือดออกมากขึ้น ปล่อยให้ น้ำลายไหลออกมูกปาก ไม่กลืนเพราะจะทำให้สำลัก เมื่อกล้องเข้าสู่กระเพาะอาหารจะรู้สึกแน่นท้องเพราะแพทย์เป่าลม 5. ผู้ศึกษาส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ Hemostatic clip ชนิด Disposable clip เป็น single use ทำมาสำเร็จรูปเป็น clip พร้อม load ลูกคลิปไว้แล้ว 1 ตัวพร้อมใช้ได้เลย, อุปกรณ์ฉีดยาประกอบด้วย สายฉีดยาผ่านกล้องให้เหมาะสมกับแผล ยา Adrenaline 1:10,000 และ Band Ligator พร้อมช่วยประกอบเข้ากับกล้องและส่งให้แพทย์ ทำการรัด EVL พยาบาลคอยสังเกตใน monitor ว่าแพทย์ได้ทำ banding ไปแล้วก็ตำแหน่งช่วยบอกแพทย์ว่ายังเหลือที่ปลาย scope อีกกี่อัน เพราะอาจเกิดการ bleeding ได้ ถ้าทำการ suction ส่วนที่เป็น varices เข้ามาใน housing แล้วไม่สามารถทำการ banding ได้ 6. ขณะที่แพทย์ทำการส่องตรวจ พยาบาลจะต้องสังเกตอาการของผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ถ้าพบว่าอาการผิดปกติต้องรายงานแพทย์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และดูแล Airway ตลอดการทำหัตถการ เมื่อผิดปกติรายงานแพทย์และทีมทราบ 7. กำกับให้ ผู้ช่วยคนที่ 2 บีบมือให้กำลังใจขณะทำหัตถการ และบันทึกภาพผลการส่องกล้อง 8. เมื่อการส่องตรวจเสร็จ แพทย์ดึงกล้องออกจากผู้ป่วยแล้วส่งให้พยาบาล เพื่อทำความสะอาดต่อไป ผู้ศึกษา ดูแล mouth care สอบถามอาการตรวจวัดสัญญาณชีพจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ⁽⁹⁾ 9. ผู้ศึกษาร่วมให้ข้อมูลผลการส่องตรวจรักษา และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ก่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องสังเกตอาการ พร้อมส่งต่อข้อมูลอาการและหัตถการผู้ป่วยที่ได้รับให้กับพยาบาลห้องสังเกตอาการ 10. เมื่อส่องกล้องเสร็จผู้ศึกษานิเทศกำกับเก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ 11. ผู้ศึกษานิเทศ กำกับการล้างกล้อง 9 ขั้นตอนตามมาตรฐานการล้างกล้องและมาตรฐานการควบคุม ป้องกัน การติดเชื้อ⁽⁷⁾



การประเมินผล : ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้องตรวจรักษา

ระยะหลังส่องกล้อง

5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องตรวจรักษา

มีเลือดออกซ้ำในกระเพาะอาหารและหลอดอาหารเนื่องจากมีความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด, ผลทะลุของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก (therapeutic procedures such as sclerotherapy), ต้อหัวใจและปอด (หัวใจเต้นผิดปกติ, ลำไส้กุดกั้นทางเดินหายใจ), shock, hypotension, hypertension), ติดเชื้อจาก transient bacteremia, endocarditis (ผู้ป่วยกลุ่ม high risk), contaminated equipment, aspiration pneumonia, Oxygen desaturation จาก duration of procedure, endoscope diameter

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องตรวจรักษา

การพยาบาล : วัดสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ทุก 5, 15 นาที ตามลำดับจนปกติ หรือเท่ากับส่องกล้อง พร้อมลงบันทึกและรายงานแพทย์ทราบเมื่อผิดปกติ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้อง พร้อมอธิบายให้เห็นความสำคัญ เช่น แนะนำงดอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันสำลักจากกลืนลำบากจากฤทธิ์ยาชา และป้องกันเลือดออกซ้ำหลังรักษาผ่านกล้องส่งต่อข้อมูลและส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

การประเมินผล : ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องตรวจรักษา

เยี่ยมอาการหลังส่องกล้องที่ติดพบปัญหา

6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคพร้อมความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะของโรค มีความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การพยาบาล : 1. ประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการรับความรู้และคำแนะนำ 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ร่างกายที่เกิดขึ้นหลังเกิดมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน 3. ใช้สื่อการสอน เช่น แผ่นพับ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ 4. แนะนำสถานบริการใกล้บ้านตามสิทธิ์การรักษา และช่องทางใช้บริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติถามข้อสงสัยในปัญหาต่าง ๆ 6. แนะนำการปฏิบัติตัวตามหลักของ D-Method

การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะของโรค มีความรู้ในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และพร้อมกลับบ้าน

การวินิจฉัยเบื้องต้น : UGIB U/D DM with HT with Cirrhosis

ผลการส่องกล้อง : GU with EV with GV การรักษาผ่านกล้อง Esophagogastroduodenoscopy Endoscopic Injection with Hemo clip with Endoscopic variceal band ligation

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา 19 กันยายน 2562 (10.35 น.)

WBC 7.3 k/ul RBC count 2.08 Million/ul Hemoglobin 7.0 g/dl Hematocrit 20.8% Platelets count 140 k/ul Neutrophil 76.0% Lymphocyte 20.0% Monocyte 4.0% MCV 100.1 fl Hypochromia 1+ Malaria film Not found Target cell Few PT 9 sec INR 1.9

ผลการตรวจทางเคมีคลินิก

19 กันยายน 2562 (10.35 น.)

Creatinine 1.03 mg/dle GFR 63 mL/min/1.73 ± 2 stage2

Electrolyte - Na 131 mmol/LK 5.4 mmol/L CL101 mmol/LCO 219.3 mmol/L

ผลการตรวจทางเคมีคลินิก

19 กันยายน 2562 (21.13 น.)

Electrolyte - Na 132 mmol/L K 4.7 mmol/LCL 101 mmol/LCO 219.8 mmol/L

Liver Function test 19 กันยายน 2562 (21.13 น.)

Total Protein 6.4 g/dl Albumin 2.7 g/dl Gloulin 3.7g/dl T-Bilirubin 2.8 mg/dl D-Bilirubin 1.9mg/dl ID-Bilirubin 0.9 mg/dl SGOT (AST) 45 IU/L SGPT (ALT) 35 IU/L

การรักษาที่ได้รับระหว่างรับไว้รักษา**ติ๊กอายุรกรรมหญิง 1**

แรกรับ 19 กันยายน 2562 (14.50 น.)

Admit Med LFT, DTX

Gropmaching for PRC 4 Unit ให้ 2 Unit (1 Unit IV drip 4 hr + Lasix 40 mg IV หลัง PRC) แต่ Unit 0.9% NaCl 1,000 ml. IV drip 80 ml./hr. Kalimate 30 gm⊙X 1 dose Hct q 8hr. Electrolyte หลังแก้ K+

งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน นัดทำ EGD DTX premeal keep 80-250 mg% Losec 40 mg IV q 12 hr.

20 กันยายน 2562 ส่งทำ EGD

Proceder : Endoscopic Injection Adrenaline 1:10,000 Injection 10 ml, Hemo clip แผล GU and Endoscopic variceal band ligation (EVL) 4 band

หลัง EGD NPO 0.9% NaCl 1,000 ml. IV drip 80 ml./hr.

21 กันยายน 2562 Liquid diet 0.9% NaCl 1,000 ml. KVO

22 กันยายน 2562 เข้า Liquid diet เทียง Soft diet D/C นัด Re-EGD 18 ตุลาคม 2562+ ฟังผล Patho+lab FBS, CBC, Cr, Electrolyte

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 51 ปี เข้ารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลชัยภูมิ วันที่ 19-22 กันยายน 2562 ด้วยอาการถ่ายอุจจาระดำ ซีด เหนื่อยและขา 2 ข้างบวม วินิจฉัยเป็นโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีโรคตับแข็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม พยาบาลห้องส่งกล้องเย็บประเมนที่ตึก เพื่อวางแผนการพยาบาล เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และยาในการทำหัตถการ พบปัญหาาระยะก่อนส่งกล้อง 1) เสี่ยงต่อภาวะ Shock เนื่องจากมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร 2) ซีด เนื่องจากเสียเลือดในทางเดินอาหาร 3) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการส่งกล้อง ระยะขณะส่งกล้อง 4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะส่งกล้องตรวจรักษาด้วยการฉีดยา adrenalin และใช้คลิปหนีบแผลในกระเพาะอาหารเพื่อ stop active bleeding และทำ EVL เพื่อป้องกันเส้นเลือดขาดแตก 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการส่งกล้อง ขณะทำการรักษาผ่านกล้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะหลังส่งกล้อง 6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกซ้ำในกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร เย็บมอาหารหลังส่งกล้องที่ตึกพบปัญหา 7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรค พร่องความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลปัญหาในระยะต่าง ๆ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน



สามารถกลับบ้านได้ แนะนำสถานบริการใกล้บ้าน ตามสิทธิ์การรักษา และช่องทางใช้บริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน โทรติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ผู้ป่วยบอกสบายดี ไม่ถ่ายดำ ไม่จุกแน่นท้อง ไม่มีไข้ ไม่มีอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่ผู้ป่วยยังวิตกกังวลเรื่องแผลในกระเพาะอาหารและเส้นเลือดขอด ได้ให้ความรู้ การดูแลตนเอง สร้างเสริมสุขภาพเตือนให้มาส่งกล้องซ้ำตามนัดผลการส่องกล้องซ้ำ แผลในกระเพาะอาหาร ตื้นขึ้น ไม่มี Bleeding เส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร ยุบราบ ไม่มี Bleeding ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการซ้ำผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรค ยังมีปัญหาเส้นเลือดขอดในกระเพาะอาหาร แพทย์โรงพยาบาลชัยภูมิ ไม่สามารถรักษาได้ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ให้กำลังใจการดูแลตนเองและสร้างเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรงคงเดิมหรือดีขึ้น ไปรักษาต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นัด Admitted มกราคม 2563

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลหน่วยส่องกล้องต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล การประเมิน ค้นหาปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ให้ครอบคลุมเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคเบาหวานเป็นโรคร่วมซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการและผลการส่องกล้องพบหลายโรค ต้องทำหัตถการรักษา 3 หัตถการพร้อมกันเพื่อให้เลือดหยุด พยาบาลต้องมีความรู้ในการเลือกใช้เครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมตรวจสอบให้พร้อมใช้งาน เช่น กล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหารระบบวิดีโอทัศนมิติ Therapeutic, เครื่องกำเนิดแสง, ทีวี (Monitor) เป็นระบบ RGB, เครื่องพิมพ์ภาพสี, เครื่องบันทึกภาพระบบวิดีโอทัศนมิติ, สายฉีดและยาฉีดเลือกขนาดที่

เหมาะสมกับสภาพแผลอุปกรณ์หนีบเส้นเลือด ประกอบให้พร้อมใช้ เครื่องฉีดยา ฉุดรัดเส้นเลือด เตรียมให้เหมาะสมและเพียงพอกับรอยโรค เครื่อง Suction และมีทักษะมีความชำนาญ คล่องแคล่ว รวดเร็วในการใช้เครื่องมือ ให้สัมพันธ์กับแพทย์ ในการรักษาให้เหมาะสม จึงทำให้เลือดหยุดได้ โดยผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ทำหัตถการ ต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มด้านวิชาการ สารสนเทศเครื่องมือ อุปกรณ์เทคโนโลยีให้ทันสมัย ต้องมีความรู้ดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อมใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการส่องกล้องรวมถึงการใช้อุปกรณ์ ช่วยชีวิตฉุกเฉิน

2. ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างความรู้ทางวิชาการ และแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ได้มาตรฐานและเกิดประโยชน์ สูงสุดกับผู้ป่วย

บรรณานุกรม

1. นนทลี เผ่าสวัสดิ์. Upper Gastrointestinal Bleeding. ใน. สถาพร มานัสสถิตย์, และคณะ. [บรรณาธิการ]. Clinical Practice in Gastroenterology. (2553). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
2. งามอาจ ไพโรสถรางกูร. (2547). การตกเลือดในทางเดินอาหารส่วนต้น. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
3. อนงค์ คำบุตดา. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(3):187-97.
4. โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2561). สถิติผู้ป่วยประจำปี 2561. ชัยภูมิ: เวชสถิติ โรงพยาบาลชัยภูมิ.



5. โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2561). **สถิติหน่วยส่องกล้อง.**
ชัยภูมิ: งานส่องกล้อง โรงพยาบาลชัยภูมิ.
6. นิษา เรื่องกิจอุตม, วาทีนี เธิยรสุคนธ์. (2557). **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดเลือดที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง.**
กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลผ่าตัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
7. โรงพยาบาลราชวิถี. (2549). **ตำราการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการส่องกล้องทางเดินอาหาร.** กรุงเทพฯ: ตำราในโครงการตำราของศูนย์การผ่าตัดทางกล้องโรงพยาบาลราชวิถี.
8. ศิริมา ลีละวงศ์, นภัสสรณ์ รุจน์รวิทธิธัญ และ ยุทธภรณ์ ข่ายสุวรรณ. [บรรณาธิการ]. (2559). **มาตรฐานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ.**
นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
9. สมบัติ ตริประเสริฐสุข, รั้งสรรค์ ฤกษ์นิมิตร และ ยุทธนา ศตวรรษอำรง. [บรรณาธิการ]. (2550). **Practical GI endoscopy 3.** กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย.
10. โรงพยาบาลราชวิถี. (2549). **คู่มือการเตรียมและประเมินผู้ป่วยก่อนทำ Endoscopic Procedures และการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: งานโรคทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี.



การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรวงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีภาวะลม/น้ำในเยื่อหุ้มปอด และแผลติดเชื้อดื้อยา : กรณีศึกษา

อรสา ชัยจันดี, พ.ว.

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรวงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง : กรณีศึกษาโดยศึกษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) โรงพยาบาลชัยภูมิ เริ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 18 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือ ชับ MC ล้มเอง มีแผลฉีกขาดที่ใบหน้า ซากา 2 ซ้ำง เป็นมา 30 นาที สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มูลนิธินำส่งแพทย์วินิจฉัย Fracture dislocate of T4-T5 + Complete cord injury + Mild HI moderate risk รั้งไว้รักษาวันที่ 12 กรกฎาคม 2562 ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1 1 วัน และย้ายไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย วันที่ 13 กรกฎาคม 2562 เข้ารับการผ่าตัด Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion วันที่ 15 กรกฎาคม 2562 หลังผ่าตัด ย้ายเข้ารับการรักษาต่อที่ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU On ET-Tube with Ventilator) สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2562 ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ขณะนอนรักษาตัวผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอด พบว่ามีภาวะ Hemopneumothorax ทำ ICD และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับระดับ 3 แพทย์ทำผ่าตัด Debridement วันที่ 29 สิงหาคม 2562 และส่งปรึกษากายภาพบำบัดสำหรับเตรียม Home programe จนกระทั่งจำหน่ายทุเลาในวันที่ 6 กันยายน 2562 จำนวนวันนอนรวมทั้งสิ้น 56 วัน ผลที่ได้จากการศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาล ตามระยะดังนี้ ระยะวิกฤต ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะอยู่ใน SICU ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

จากปัญหาทางการพยาบาลในแต่ละระยะ นำสู่การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบ D-METHOD โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยและญาติพบปัญหา

คำสำคัญ : การบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรวงอก, การผ่าตัดกระดูกสันหลัง, การบาดเจ็บที่ศีรษะ, ลมและน้ำในเยื่อหุ้มปอด, แผลติดเชื้อดื้อยา, การพยาบาล



Nursing care for patient with thoracic spine injury S/P spine surgery with head injury hemopneumothorax & MDR : Case study

Orasa Chaijundee, R.N.

Abstract

The purpose of this case study was to study nursing of thoracic spine injury patients who received spine surgery. Case study: By studying at Male Surgical ward 1. Male Orthopedic ward And Surgical Intensive Care Unit (SICU) at Chaiyaphum Hospital The study started from 12 July - 6 September 2019. A Thai male aged 18 years, with significant symptoms, is driving the MC, falling by himself, with a torn wound on his face, numbness in both legs for 30 minutes. Fracture dislocate of T4-T5 + Complete cord injury + Mild HI moderate risk, accepted for treatment on 12 July 2019 at the Male Surgery ward 1 1 day and moved to the Male Orthopedic ward, 13 July 2019, undergoing surgery Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion, 15 July 2019. After surgery, move to receive further treatment at SICU On ET-Tube with Ventilator was able to wean out the ventilator on 16 July 2019. Moved back to the Male Orthopedic ward. While treating patients with pulmonary infection, Hemopneumothorax had ICD and complications caused by pressure ulcers, level 4, doctors performed surgery on Debridement on 29 August 2019. And sent a physical therapy consultant to prepare the Home programe until discharged on 6 September 2019, a total of 56 days of sleep.

The results of the study showed that nursing problems were as follows. Crisis period, pre-operative period, post-operative period, intensive care period, discharge plan period. From nursing problems at each stage lead to nursing plan nursing practice and nursing assessments that are in line with the problems and patients are planned for distribution in the form of D-METHOD. The multidisciplinary team is continually following home visits. Including a consultation system when patients and relatives encounter problems.

Keywords : Thoracic spine injury, Spine Surgery, Head Injury, Hemopneumothorax, MDR, Nursing care

บทนำ

ภัยอันตรายที่เกิดขึ้นกับกระดูกสันหลังพบได้มากขึ้นตามอัตราการเพิ่มของอุบัติเหตุ ทั้งนี้อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะมีภัยอันตรายต่อระบบการเคลื่อนไหวซึ่งอาจเกิดขึ้นกับ แขน ขา และกระดูกสันหลัง ภัยอันตรายที่เกิดกับกระดูก cervical spine จะทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตได้ถึงร้อยละ 40 และที่กระดูกสันหลังส่วน Thoraco-Lumbar spine ร้อยละ 15-20 ส่วนมากเกิดกับเพศชายในวัยทำงาน ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจร การตกจากที่สูง การเล่นกีฬา เป็นต้น

สาเหตุของภัยอันตรายที่ทำให้กระดูกสันหลังหัก

- 1) อุบัติเหตุการจราจร
- 2) ตกจากที่สูง
- 3) บาดเจ็บจากวัตถุภายนอก เช่น กระสุนปืน สะเก็ดระเบิด มีด
- 4) กระโดดน้ำในตื้น
- 5) อุบัติเหตุการเล่นสกีน้ำ
- 6) บาดเจ็บจากการเล่นกีฬา

อาการและอาการแสดง

1. ปวดบริเวณหลัง กดเจ็บบริเวณที่หัก
2. อัมพาตแบบอ่อนเปี้ยก (flaccid paralysis) หน้าที่ทางระบบประสาทจะหายไป ตั้งแต่ระดับต่ำกว่าที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นลักษณะของ lower motor neurone lesion

3. อัมพาตแบบแข็งเกร็ง (spasticity) จะพบอาการทางระบบประสาทของส่วนที่ต่ำกว่าระดับที่มีพยาธิสภาพ

4. อันตรายที่มีต่อ lower part ของ spinal cord ต่ำกว่า L1 หรือ L2 คือบริเวณ conus medullaris และ cauda equina อาการที่แสดงจะมีอาการของ upper และ lower motor neurone ร่วมกัน

การรักษากระดูกสันหลังแตกหรือหักและ/หรือเคลื่อน แบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่

1. การรักษาแบบประคับประคอง โดยทั่วไปกระดูกสันหลังที่บาดเจ็บจะหายเองได้ถ้าได้พักอยู่นิ่งอย่างเพียงพอ

- 1.1 การรักษาโดยการเข้าเครื่องยึดดึงบริเวณกะโหลกศีรษะ (skull traction)

- 1.2 การรักษาด้วยการดึงและจัดกระดูกให้เข้าที่ด้วยมือ จะใช้ในรายที่มีกระดูกเคลื่อนเท่านั้น

- 1.3 การนอนพักอยู่บนเตียง แม้ว่าจะไม่มีเครื่องช่วยดึงให้บริเวณที่บาดเจ็บให้อยู่นิ่ง แต่ก็สามารถทำให้เกิดความมั่นคง จากการเชื่อมติดของกระดูกสันหลังที่หักได้

- 1.4 การนอนพักบนเตียงหรือร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเสริมภายนอก

2. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นวิธีการที่สร้างความมั่นคงแข็งแรงให้แก่กระดูกสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ

3. การใช้ยาเพื่อการรักษาไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอัมพาตซึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ความพิการทำให้สูญเสียสภาพร่างกายและแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานโดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับคำบอกกล่าวจากแพทย์ว่าจะให้กลับบ้าน ปฏิบัติการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้คือ ขาดความมั่นใจว่าตนเองจะกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างไร จะดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้อย่างไร จะยังคงรักษาบทบาททางสังคมได้เหมือนเดิมหรือไม่ และยังมีควมวิตกกังวลว่าตนเองอาจเป็นภาระของครอบครัว ส่วนปฏิบัติการของญาติจะเกิดภาวะสับสน รู้สึกไม่มั่นใจและลำบากใจที่จะต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน



ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต้องตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการติดต่อสื่อสารประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยกันวางแผนการดูแลตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยและญาติจนเกิดความชำนาญ เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับภาวะอาการของโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการศึกษา/วิธีการดำเนินงาน/ขอบเขตงาน

1. คัดเลือกผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง และมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นกรณีศึกษา
2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการรักษาพยาบาล การแพ้ยาและสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว แบบแผนสุขภาพและการดำเนินชีวิต ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ศึกษาจากตำรา วรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

5. ปฏิบัติการพยาบาล ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

6. สรุปผลการศึกษา และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

7. จัดทำเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องและเผยแพร่ความรู้

ประโยชน์ของการศึกษา

1. เพื่อนำผลการศึกษามากำหนดแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง แบบองค์รวม
2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย สถานภาพโสด อายุ 18 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพในปกครอง (นักเรียน) ที่อยู่ 53 หมู่ 6 ต.ห้วยบง อ.เมือง จ.ชัยภูมิ HN : 000407974 AN : 620024995 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 เวลา 10.10 น. หมด condition ทาง Neuresurg D/C นัด F/U 3Wks. ย้ายเข้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย วันที่ 13 กรกฎาคม 2562 ทำผ่าตัด Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion วันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ขณะผ่าตัดเสียเลือด 1,500 cc. Hct. 25% ดูแลให้ PRC 220 cc. หลังผ่าตัดย้ายเข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) เวลา 22.50 น. On ET-Tube with Ventilator สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2562 ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ขณะนอนรักษาตัวผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอด ได้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ มาเจาะปอด พบว่ามีภาวะ



Hemopneumothorax ทำ ICD ชนิด 3 ขวดต่อ Suction และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับระดับ 3 แพทย์ทำผ่าตัด Debridement วันที่ 29 สิงหาคม 2562 และส่งปรึกษากายภาพบำบัดสำหรับเตรียม Home programe จนกระทั่งจำหน่ายทุเลาในวันที่ 6 กันยายน 2562 จำนวนวันนอนรวมทั้งสิ้น 56 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา : อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ชับ MC ล้มเอง มีแผลฉีกขาดที่ใบหน้า ซาซา 2 ข้าง เป็นมา 30 นาที ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 30 นาทีก่อนมา ชับ MC ล้มเอง มีแผลฉีกขาดที่คิ้วขวา ยาว 2 cms มีแผลที่หน้าผาก ยาว 2 cms มีแผลฉีกขาดที่ริมฝีปากบนยาว 1 cm ซาซา 2 ข้าง สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มูลนิรินำส่ง Refer จาก รพช.คอนสวรรค์ 00 สัญญาณชีพแรกจับ : T = 36.6 C, PR = 80/mim, RR = 22/mm, BP = 112/70 mmHg

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 ผลการตรวจเลือด Complete Blood Count

การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Hematocrit	37.2%	35-54%	ปกติ
White blood cell	8,400 cu.mm	5,000-10,000 cu.mm	ปกติ
Neutrophil	63.5%	40-70%	ปกติ
Lymphocyte	23.2%	20-50%	ปกติ
Eosinophil	6.0%	0-6%	ปกติ
Platelet	176,000 cu.mm	100,000-300,000 cu.mm	ปกติ

การแปลผล ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจ Complete Blood Count

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 ผลการตรวจเลือด Blood Chemistry

การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Blood Urine Nitrogen	8 mg/dl	8-21 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.7 mg/dl	0.5-1.5 mg/dl	ปกติ

การแปลผล ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจ Blood Chemistry

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อ ไม่มีประวัติแพ้ยา หรืออาหารชนิดใด ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวมีพี่น้อง 2 คน น้องสาวอายุ 15 ปี บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง ไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ใด ๆ

PE : รู้สึกตัวดี E4V5M6, Pupil 2 mm RTL BE, DTX = 130 mg%, O2 Sat room air = 98%,

Equal breath sound tender at Lt. chest wall, no subcutaneous emphysema, tender along T Spine, Decrease sensation below T5 Lt., Motor power Rt. Upper and lower grade 4 all, Motor power Lt. Upper grade 1, Motor power Lt., Rt. lower grade 0, Abdominal soft, Generalize mild tender, No rebound tenderness, PR : Loose spincter tone, FAST: neg



วันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ผลการตรวจ Hematocrit = 25% การแปลผลมีภาวะซีด

วันที่ 18 กรกฎาคม 2562 ผล Pus C/S จาก ผลกดทับบริเวณก้นกบ พบเชื้อ 1. Proteus mirabilis 2. Klebisellapneumoniae 3. Acinetobacterbaumannii (MDR) การแปลผลมีการติดเชื้อของ ผลที่ก้นกบและเป็นเชื้อดื้อยา

วันที่ 20 กรกฎาคม 2562 ผล Pus C/S จาก ผล ICD พบเชื้อ 1. Staphylococcus epidermidis 2. Corynebacterium spp. การแปลผลมีการติดเชื้อของผล ICD แต่อาจเกิดจากความสะอาด/หรือมีการปนเปื้อนเพราะเป็นเชื้อที่พบได้จากบริเวณผิวหนัง

ผลการตรวจทางรังสี

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 Film L spine AP, lateral พบว่า มี Fracture dislocate T4-5 และ Film CXR ปกติ

ผลการตรวจพิเศษ : CT Brain : No intracranial hemorrhage, CT C+T-Spine : Comminuted Fx. Body and vertebral arch of T4-5, causing compromise vertebral foramen, Fx.Lt. transverse process of T4 vertebra, Fx.lateral Rt.

การวินิจฉัย : Fracture dislocate T4-T5 Fracture dislocate of T4-T5 + Complete cord injury + Mild HI moderate. risk

การรักษาที่ได้รับระหว่างรับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจนจำหน่าย

1. การรักษาโดยตรง

Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion วันที่ทำการผ่าตัดวันที่ 15 กรกฎาคม 2562

Thoracocentesis onICD3 bottle with suction วันที่ 26 กรกฎาคม 2562

Debridement bed sore วันที่ทำการผ่าตัด วันที่ 29 สิงหาคม 2562

2. การรักษาโดยทั่วไป

2.1 การรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด (ก่อนและหลังผ่าตัด)

Tramol 1 amp IV ทุก 6 ชั่วโมงเวลาปวด วันที่ 12-14 กรกฎาคม 2562 MO 5 mg dilute IV ทุก 2 ชั่วโมงเวลาปวด วันที่ 15 กรกฎาคม 2562 MO 5 mg dilute IV ทุก 4 ชั่วโมงเวลาปวด วันที่ 16 กรกฎาคม 2562 Pacetamol 2 tab ☉ pm. วันที่ 12 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562 Mydocalm 1 tab ☉ tid pc วันที่ 16 กรกฎาคม 2562

2.2 การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับ Ativan 1/2 tab ☉ hs วันที่ 12 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562

2.3 การรักษาเพื่อลดกรดในกระเพาะอาหาร และลดอาการท้องอืด Antacid 30 cc ☉ tid pc วันที่ 16 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562 Air-x 1 tab ☉ tid pc วันที่ 16 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562

2.4 การรักษาเพื่อรักษาอาการซีด PRC 2 Unit เข้าทางหลอดเลือดดำ วันที่ 15 - 16 กรกฎาคม 2562

2.5 การรักษาเพื่อเสริมสร้างกระดูก CaCo₃ 1 tab ☉ bid pc วันที่ 16 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562

2.6 การรักษาเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน Plasil 1 amp IV ทุก 6 ชั่วโมง เวลาคลื่นไส้ อาเจียน วันที่ 16-30 กรกฎาคม 2562

2.7 การรักษาเพื่อป้องกัน/รักษาภาวะติดเชื้อ

Cefazolin 1 gm. IV q 6 hrs. วันที่ 12 - 15 กรกฎาคม 2562 Ceftriazone 2 gms. IV OD วันที่ 15-23 กรกฎาคม 2562 Ceftazidime 2 gms. IV q 8 hrs. วันที่ 23-26 กรกฎาคม 2562 Tazocin 4.5 gms. IV q 8 hrs วันที่ 26 - 31 กรกฎาคม 2562



Meropenem 1 gm. IV q 8hrs วันที่ 31
กรกฎาคม - 8 สิงหาคม 2562 Cephalexin 500
mg. 1 tab ☉ qid ac วันที่ 8 สิงหาคม - 6 กันยายน
2562

การพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 ระยะ

ระยะวิกฤต พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ดังนี้ 1) เสี่ยงต่อการซึมซ่านของสมองลดลง เนื่องจาก
มีการขัดขวางการไหลเวียนเลือด หรือการไหลเวียน
ของเลือดในสมองไม่เพียงพอจากการเสียเลือดและ
สมองบวม 2) ได้รับความไม่สุขสบายเนื่องจากสมอง
ได้รับบาดเจ็บ 3) เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของไขสันหลัง
เพิ่มจากการเคลื่อนย้าย

บทบาทของพยาบาล

1. แก้ไขปัญหาที่จะทำให้ถึงแก่ชีวิต เช่น
ภาวะเลือดออกในสมอง หายใจลำบาก ประเมิน V/S,
N/S เป็นระยะ

2. ป้องกันไม่ให้ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ
หรือมีพยาธิสภาพเพิ่มมากขึ้นโดยใช้หลักการขนย้าย
ผู้ป่วย ดังนี้

- เตือนผู้ป่วยมิให้ขยับเขยื้อนหรือ
เคลื่อนย้ายตัวเอง
- พลิกตัวผู้ป่วยเป็นท่อนซุง (Log roll)
ให้ศีรษะและลำตัวเคลื่อนไปพร้อม ๆ กัน
อย่างน้อยใช้คน 3 คน ยกผู้ป่วย
- จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย เจ็บปวด
น้อยที่สุด
- รักษาแนวกระดูกสันหลังให้เหมือน
ปกติ
- ถ้าผู้ป่วยหายใจไม่สะดวกในท่านอนหงาย
อาจพลิกผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคง
- ฝ้าสังเกตอาการด้วยการจับชีพจร
การหายใจ และวัดความดันโลหิต
เป็นระยะ
- ประเมิน ภาวะ Spinal shock

ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบภาวะ Spinal shock
แต่มีการกระทบกระเทือนทางสมองมี Mind HI
Moderate risk จึงได้ไป Admit ที่หอผู้ป่วย
ศัลยกรรมชาย 1 ก่อน 1 เพื่อสังเกตอาการทางสมอง
หมด condition ทาง Neurosurg จึงย้ายมารักษาต่อ
ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย

3. ดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือด โดย

- ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อค
- ฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ
- ประเมินอาการแสดงของเลือดออกรอบ ๆ
บริเวณที่บาดเจ็บไขสันหลัง
- ประคับประคองความดันโลหิตให้พอเพียง
ถ้าให้น้ำเกลือ ต้องระวังภาวะ
pulmonary edema
- ถ้ามีการเสียเลือด แก้ไขที่สาเหตุ และ
ให้เลือดทดแทน
- ประเมินอาการแสดงและป้องกันภาวะ
deep vein thrombosis ของขาทั้ง 2 ข้าง
- ฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อ
เปลี่ยนท่า

ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะ Shock/deep vein
thrombosis

4. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

- ประเมินอาการทางระบบประสาท
- ประเมิน motor ability
- ประเมินการรับรู้ความรู้สึก
- ฝ้าระวังอาการของ autonomic
dysreflexia และ Spinal shock
- ประเมินอาการเจ็บปวด
- ปรึกษานักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรม
บำบัดเพื่อเลือกใช้เทคนิคการ
ออกกำลังกายที่เหมาะสม

ในผู้ป่วยรายนี้ แขน motor power grade
3 Rt., 1 Lt. ขาสองข้างไม่มีแรงไม่รู้สึก motor power
grade 0 ระยะแรก Consult PT for bed side
ambulate



5. ระบบทางเดินอาหาร

- ดูแลการงดอาหารและน้ำทางปาก ให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ
- ถ้าระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ต้องแก้ไข
- ถ้าผู้ป่วยมีประวัติหรือมีอาการของโรคกระเพาะ หรือได้ยาที่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ควรให้ยาลดกรด
- ประเมิน bowel sound
- ช่วยการขับถ่าย ด้วยการสวนหรือล้างออกทุกวัน หรือวันเว้นวัน
- ประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

ในผู้ป่วยรายนี้ช่วงแรกให้ NPO ไว้และให้ 0.9% NSS 1000 cc. IV 100 cc./hrs. Retained F/C urine ออกดีสีเหลืองใส > 30 cc/hrs. ขับถ่ายเองไม่ได้ต้องสวนอุจจาระและให้ยาระบาย

ระยะก่อนผ่าตัด พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ปวดหลังบริเวณลำตัวข้างขวาเนื่องจากมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง
2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ภาวะช็อคจากการสูญเสียโลหิต และการบาดเจ็บของเส้นประสาท
2. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบกล้ามเนื้ออ่อนแรงและกล้ามเนื้อหัวใจ
3. ปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีท่อระบายจากแผลผ่าตัด

5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อและเกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการคาสายสวนปัสสาวะค้างไว้ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยตามปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดด้วยความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงนอกจากมีการเสียเลือดระหว่าง 1,500 cc เนื่องจากใช้เวลาในการผ่าตัดนานประมาณ 3 ชั่วโมง

ระยะอยู่ใน SICU พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการทำงานของปอดมีประสิทธิผลลดลง

2. เสี่ยง/มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดย

- ประเมินทางเดินหายใจ
 - On ET-Tube with ventilator ดูแลตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม และดูแลการทำงานของเครื่องให้สัมพันธ์กับคนไข้
 - ติดตามผลการตรวจ arterial blood gas
 - กระตุ้นในผู้ป่วยหายใจแบบมีประสิทธิผล (deep breathing)
 - เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ
 - ส่งทำกายภาพบำบัด เช่น การฝึกหายใจด้วยกระบังลมต้านแรงต้าน การช่วยขับเสมหะออกด้วยการเคาะปอด และการจัดทำเพื่อถ่ายเสมหะออก
 - ให้อาหารย่อยหลอดลมและยาละลายเสมหะ ถ้าผู้ป่วยหายใจลำบาก และมีเสมหะมาก
- ผู้ป่วยรายนี้ได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 วัน หลังผ่าตัด

**ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย**

พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. มีอาการอ่อนเพลียและมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารและน้ำได้น้อย

2. มีภาวะ Autonomic dysreflexia

3. เสี่ยงต่อภาวะเซลล์ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการระบายอากาศในถุงลมลดลง

4. เสี่ยงต่อภาวะปอดแฟบ เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจและการขับเสมหะลดลงจากการเจ็บตึงแผลบริเวณใส่ท่อระบายทรวงอก

5. ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูก

6. เกิดแผลกดทับ เนื่องจากประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง

7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากสภาวะทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงและสูญเสียภาพลักษณ์ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์/บุคลากรทางเวชกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยและญาติและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระบบต่าง ๆ ได้แก่

ระบบไต และทางเดินปัสสาวะ

ในระยะแรก เป้าหมายหลักของการรักษาฟื้นฟูระบบนี้ ได้แก่ 1) ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2) ป้องกันภาวะปัสสาวะคราก (Bladder overdistension) โดยประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะเอง ดูแลการคาสวนปัสสาวะ (Indwelling catheterization) หรือการคาสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ (Intermittent catheterization)

ระบบการขับถ่ายการพยาบาล

- 1) ล้างอุจจาระออกจากลำไส้ใหญ่ภายใน 2-3 วันหลังการบาดเจ็บ
- 2) ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ
- 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใย
- 4) เลือกเวลาที่เหมาะสมในการขับถ่ายอุจจาระ
- 5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเท่าที่เป็นไปได้
- 6) จัดให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวขณะขับถ่ายอุจจาระ
- 7) จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายเวลาสวนอุจจาระ

ระบบผิวหนังการพยาบาล

- 1) ประเมินความตึงตัวของผิวหนัง
- 2) พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
- 3) ทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งเมื่อมีการถ่ายเลอะ
- 4) เปลี่ยนผ้าพันที่ทุกครั้งที่เปียกชื้นแฉะ
- 5) บำรุงร่างกายผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีร่างกายซูบผอมและซีด

ด้านจิตใจ

- 1) ประเมินสภาพทางจิตใจ กระตุ้นผู้ป่วยให้ระบายความรู้สึก
 - 2) จัดหาผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่มรวมทั้งมีการสอนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม
 - 3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด
 - 4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แหล่งบริการด้านสาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องขณะนอนรักษาตัว
- พบภาวะแทรกซ้อน คือ มีภาวะ autonomic dysreflexia ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2562 ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที วันที่ 26 กรกฎาคม 2562 มีภาวะติดเชื้อในปอด ได้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ได้ทำ Thoracocentesis ได้ Fluid 20 cc. และ On ICD Rt. Chest 3 bottle with suction มีแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 4 ทำผ่าตัด Debridement วันที่ 29 สิงหาคม 2562 ได้รับการปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจนอาการติดเชื้อดีขึ้นตามลำดับจนสามารถจำหน่ายทุเลาได้ในวันที่ 6 กันยายน 2562



การวางแผนจำหน่าย

ก่อนที่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน จะช่วยผู้ป่วยสามารถฝึกกายภาพบำบัดด้วยตัวเองที่บ้าน และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ประเมินความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านซ้ำอีกครั้ง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน / การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ การยอมรับสภาพลักษณะของตนที่เปลี่ยนแปลงไป ได้ประสานกับทีมเวชกรรมสังคมให้ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกในการให้ญาติติดต่อและขอคำแนะนำเมื่อพบปัญหาที่บ้าน

1. การเตรียมการดูแลที่บ้าน (home care preparation) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังภาวะระยะเฉียบพลันแล้วจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลตนเอง หรือทักษะในการดูแลของผู้ดูแล เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การฝึกขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การเคลื่อนย้ายตัว การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย ตลอดจนมีการประเมินสภาพบ้าน และปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย

2. การสอนด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วยแผนการสอนในเรื่อง การเคลื่อนย้ายร่างกาย การใช้ Wheelchair ทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โปรแกรมการฝึกขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การดูแลผิวหนังการบริหารยา และความรู้เรื่องเพศศึกษา เป็นต้น

3. การเตรียมด้านจิตสังคม โดยการใช้ family support

4. การเตรียมแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ องค์การที่ให้ความช่วยเหลือ หรือศูนย์การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ร่วมกับการสร้างเครือข่ายที่เป็นประโยชน์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ

คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D

M : Medication = 1) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติขณะรับประทานยา เช่น มีผื่นคัน จุกแน่นหน้าอก 3) หากมีอาการผิดปกติขณะรับประทานยา ให้หยุดรับประทานยาทันทีและรีบมาพบแพทย์ ห้ามซื้อยามารับประทานเอง 4) ยาประเภทแก้แสบ ให้รับประทานก่อนอาหาร 30 นาที 5) ยาประเภทลดปวดให้รับประทานหลังอาหารแล้วดื่มน้ำตามมาก ๆ

E : Environment & Economic = การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย 1) จัดของให้เป็นระเบียบ ไม้วางของใช้เกะกะ 2) จัดให้นอนที่ชั้นล่างเพื่อที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวกในพื้นที่เดียว 3) จัดของใช้ที่จำเป็นไว้ให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วย 4) พื้นบ้านพื้นห้องน้ำ ต้องเรียบ แห้งและไม่ลื่น 5) บันไดบ้านมีราวบันไดสำหรับจับ 6) ห้องน้ำมีราวสำหรับยึดเกาะ 7) ในเวลากลางคืนเปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดินที่จะไปห้องน้ำ 8) หรือเตรียมไฟฉายไว้ให้ผู้ป่วย

T : Treatment = การดูแลแผลผ่าตัด แนะนำไปทำแผลที่โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่แกะเกาแผล และให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดอาการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน มีไข้ ควรรีบมาพบแพทย์ ไม่ต้องคอยให้ถึงกำหนดนัด แผลตัดใหม่ได้เมื่อครบ 10-14 วันหลังผ่าตัด

H : Health = แนะนำการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ผ่าตัด หากรักษาสุขภาพไม่ดีพอจะทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคได้ง่าย ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้อาการนี้เกิดขึ้นได้ สุขอนามัยที่ควรจะต้องปฏิบัติ



คือ 1) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ควร รับประทานอาหารหมักดอง 2) ไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ 3) อยู่ในที่ ๆ อากาศถ่ายเทได้สะดวก 4) พักผ่อน ให้เพียงพอ 5) ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 แก้ว 6) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

O : Outpatient Referral = 1) แนะนำ การมาตรวจตามแพทย์นัด โดยนำเอกสารใบนัด พร้อมกับบัตรทองมาด้วยทุกครั้ง 2) กรณีมาตรวจ ตามนัดซ้ำ ใบส่งตัวจะใช้ได้ 3 ครั้งในการมาตรวจ ตามนัดด้วยโรคเดิม แต่ถ้าป่วยด้วยโรคใหม่ ต้องไปเริ่ม ที่โรงพยาบาลที่ระบุในบัตร 3) การมาตรวจตามนัด ให้ยื่นบัตรนัดที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก ชั้น 2 อาคารผู้ป่วยนอก 4) เมื่อบาดเจ็บด้วยอาการผิดปกติ อื่น ๆ ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน

D : Diet = การรับประทานอาหาร แนะนำให้ ผู้ป่วยให้รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เน้นอาหาร ที่มีโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม และถั่ว ฯลฯ แคลเซียม ได้แก่ ปลาตัวเล็กตัวน้อย ผักใบเขียว ฯลฯ และวิตามินสูง ได้แก่ ส้ม ฝรั่ง มะเขือเทศ ฯลฯ เพื่อช่วยส่งเสริมการหายของบาดแผล และควบคุม น้ำหนักอย่าให้อ้วน ยกเว้นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ เป็นชายไทย อายุ 18 ปี มาด้วย ช้ำ MC ล้ม สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลฉีกขาดที่ใบหน้า ซาซา 2 ซ้ำ No U/D

แพทย์วินิจฉัย : Fracture dislocate of T4-T5 + Complete cord injury + Mild HI moderaterisk with Hemopneumothorax ได้รับการรักษาด้วยการใส่ ICD และการผ่าตัด ด้วยวิธี Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion ผ่าตัดสำเร็จลุล่วงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงนอกจากเสียเลือดมากกว่าระหว่างผ่าตัดและ หลังผ่าตัด ทำให้ต้องย้ายไปใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ

ที่หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม ต่ออีก 1 วัน และมานอน รักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ขณะนอนรักษาตัวผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอด ได้ส่ง ประเมินอายุรแพทย์ มาเจาะปอด พบว่า มีภาวะ Hemopneumothorax ทำ ICD ชนิด 3 ขวด ต่อ Suction และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับระดับ 4 แพทย์ทำผ่าตัด Debridement วันที่ 29 สิงหาคม 2562 และส่งปรึกษากายภาพบำบัดสำหรับเตรียม Home programme จนกระทั่งจำหน่ายทุเลาในวันที่ 6 กันยายน 2562 จำนวนวันนอนรวมทั้งสิ้น 56 วัน โดยที่ยังมี การอ่อนแรงของขา 2 ซ้ำ motor power grade 0 แขนซ้าย motor power grade 1 แขนขวา motor power grade 3 มีแผลกดทับระดับ 4 ที่ก้นกบ แผล แดงดี Retained Foley cath ไว้ กายภาพได้ฝึกนั่ง และฝึกการใช้ Wheelchair + Home programme ก่อนจำหน่าย

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในวัยเรียน การที่ผู้ป่วยได้รับ อุบัติเหตุกระดูกสันหลังส่วนอกเคลื่อนและได้รับการ ผ่าตัดกระดูกสันหลังและใช้สกรูยึดกระดูกจึงเป็น อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บของตนเองเป็นอย่างมาก กลัวจะ เดินไม่ได้ ไปเรียนไม่ได้ อีกทั้งยังเกิดความกลัว จากการใส่อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์จากการ ขาดความรู้ ความเข้าใจ ดังนั้นการให้การพยาบาล ผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนอกเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัด พยาบาลจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงหลักสำคัญ ในการพยาบาลทางออร์โธปิดิกส์เพื่อเป็นพื้นฐาน และแนวทางในการพยาบาลโรคทางระบบนี้ ซึ่งหลักการพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์คือ พยาบาลต้องยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงขั้นตอนของการนำกระบวนการพยาบาล มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยเฉพาะราย นอกจากนี้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพยาธิ



สภาพของโรค แนวทางการรักษาและการดำเนินของโรคมักมีการวางแผนการพยาบาล แผนการจำหน่าย และการป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งโรคแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะต้องป้องกัน เพราะถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นแล้วผลที่ตามมาส่วนมากคือ ความพิการและเสียชีวิต บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย ควรมอบหมายให้พยาบาล ทำการศึกษาผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนอกเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดทุกคนและนำมาประชุมปรึกษาสรุปผล เพื่อจะได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ลดความวิตกกังวลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงการประสานงานที่ดี สะดวกรวดเร็วภายในทีมสุขภาพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ มีการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมีญาติที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. ไสว นรสาร, พิรญา ไส้ไหม. [บรรณาธิการ]. (2559). **การพยาบาลผู้บาดเจ็บ**. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. ไชยพร ยุกเซ็น, ธาธิณี ไตรณรงค์สกุล และ ยุวเรศมคฺฐ์ ลิทธิชาญบัญชา. [บรรณาธิการ]. (2559). **การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งตัวเหมือนท่อนไม้กึ่งและการใส่แผ่นกระดานรองหลังชนิด**. ใน. Emergency care : the pocket guide book. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล : 485-9.
3. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ, ภัทรวิทย์ วรรณารัตน์, ชูศักดิ์ กิจคณาเสถียร, สุกิจ เลาทเจริญสมบัติ และสรศักดิ์ ศุภผล. [บรรณาธิการ]. (2554). **กระดูกหักข้อเคลื่อนที่กระดูกสันหลัง**. ใน. ออร์โธปิดิกส์. ฉบับเรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง : 213-40.
4. อัจฉรา พุ่มดวง. [บรรณาธิการ]. (2555). **การพยาบาลพื้นฐาน : ปฏิบัติการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือเตรียมความพร้อมสำหรับผู้พยาบาลตัดระบบประสาทไขสันหลังและกระดูกสันหลัง**. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.
6. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2556). **ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อีรพร สติธอังกูร และ ทิพย์สุดา ลาภภักดี. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน**. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
8. กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาล**. นนทบุรี: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.



คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ เพื่อตีพิมพ์ในเวชสาร

หนังสือชัยภูมิเวชสาร (Chaiyaphum Medical Journal) เป็นสิ่งพิมพ์ของโรงพยาบาลชัยภูมิ กำหนดออกทุก 4 เดือน เรื่องที่ส่งมาพิมพ์จะต้องมีคำรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เขียนคนแรกว่า ไม่เคยพิมพ์ในหนังสืออื่นใดมาก่อน และเมื่อพิมพ์แล้วเรื่องจะเป็นสมบัติของโรงพยาบาลชัยภูมินำไปตีพิมพ์ที่อื่นอีกไม่ได้ นอกจากนี้จะได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรและไม่สามารถรับพิจารณาการลงตีพิมพ์บทความในกรณีด่วนมาก โดยชัยภูมิเวชสารตีพิมพ์บทความประเภทต่าง ๆ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทความปริทัศน์/ฟื้นฟูวิชาการ (review article/refresh article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความพิเศษ (special article)

การติดต่อส่งเรื่องที่

กองบรรณาธิการ ฝ่ายพัฒนาบุคลากรและการวิจัย โรงพยาบาลชัยภูมิ

อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 36000

โทรศัพท์ 044-837100 ต่อ 2410 E-mail : hrd1341@gmail.com

นโยบายกองบรรณาธิการ

1. ต้องบอกชื่อ-สกุล และที่อยู่ของผู้ส่งเรื่องให้ชัดเจน ต้นฉบับขอให้ทำตามข้อแนะนำอย่างเคร่งครัด ถ้าผิดแปลกไปมากจะไม่ได้รับพิจารณาให้ลงพิมพ์
2. รูป ตาราง แผนภูมิ ฯลฯ ควรเขียนเองไม่ควรลอกหรือถ่ายเอกสารจากบทความอื่นหากจำเป็นต้องนำมาอ้างอิงบอกรายละเอียดของแหล่งที่มาอย่างชัดเจนและในบางรายที่มีลิขสิทธิ์ต้องได้รับอนุญาตอย่างถูกต้องด้วย
3. เมื่อได้รับเรื่อง ทางกองบรรณาธิการจะติดต่อให้ทราบภายใน 2 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้รับคำตอบให้ติดต่ออีกครั้ง
4. กรณีบทความที่ส่งมาจากบุคคลเดียวกันเกิน 2 เรื่อง จะสามารถลงตีพิมพ์จำนวน 1 เรื่องต่อรอบการพิมพ์บทความ ส่วนเรื่องที่เหลือพิจารณาไว้รอบถัดไปตามความเหมาะสม
5. ถ้ามีความไม่ถูกต้องของเนื้อหาของบทความ ผู้รายงานหรือคณะผู้รายงานของบทความนั้น ต้องเป็นผู้รับผิดชอบ
6. บทความประเภท นิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วย ผู้รายงานต้องแนบหนังสือรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (Ethic committee)

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของชัยภูมิเวชสาร จะถูกส่งคืนเจ้าของบทความ เพื่อแก้ไขก่อนส่งตรวจสอบบทความ (review) ต่อไป ดังนั้น ผู้รายงานหรือคณะผู้รายงานควรเตรียมบทความ และตรวจสอบว่าบทความถูกต้องตามข้อกำหนดของเวชสาร ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการรายงานผลงานทางวิชาการของท่าน



หน่วยของการวัด

ใช้ให้ตรงกับ SI (International System of Units) **Standard unit**

- สำหรับความยาว มวล และปริมาตร คือ เมตร กิโลกรัม และลิตร ตามลำดับ
- สำหรับความเข้มข้น หรือจำนวนของสาร ควรเป็น molar unit (เช่น moles/liter) มากกว่า mass unit (milligram percent) ถ้าเป็นไปได้สำหรับทาง clinical ใช้ mass unit ได้
- สำหรับความดันใช้ มม.ปรอท หรือ ซม.น้ำ (หรือ อาจใช้ kPa แล้วตามด้วย มม.ปรอท หรือ ซม.น้ำ ในวงเล็บก็ได้)

สิ่งที่กล่าวมานี้ ดูจาก Normal Reference Laboratory Values. New England Journal Medicine 1978 ; 298 : 34-45.

คำย่อ

ให้อธิบายคำย่อทุกคำ ยกเว้นที่รับรองแล้ว ตาม International System of Units for Length, Mass, Time, Electric Current, Temperature, Luminous Intersity และ Amount of Substance ควรให้หมายเหตุ (footnote หรือ box) ในความตอนต้นของเรื่อง เพื่ออธิบายคำย่ออย่าพยายามตั้งคำย่อเอง

ชื่อยา

ใช้ generic name ถ้าจำเป็นใช้ชื่อทางการค้าให้กำกับด้วย generic name ในวงเล็บ

ภาษาอังกฤษ

ใช้ตาม The Concise Oxford Dictionary of Current English และ Macnalty's British Medical Dictionary

คำภาษาอังกฤษ

ที่ไม่สามารถแปลเป็นไทยได้เหมาะสม ให้เขียนทับศัพท์ด้วยอักษรเล็กยกเว้นคำเฉพาะให้เริ่มต้นด้วยอักษรตัวใหญ่ (capital letter) ได้ และควรเขียนเป็นเอกพจน์

การส่งต้นฉบับ

1. ให้ใช้โปรแกรม Microsoft Word พิมพ์บทความ ด้วยรูปแบบตัวอักษร Angsana new ขนาด 16 ตัวอักษร

2. จัดทำรูปแบบเนื้อหาทั้งหมดเป็น 2 คอลัมน์ (ยกเว้น Abstract และบทคัดย่อ ทำ 1 คอลัมน์) พร้อมกับตรวจตัวอักษรและระยะห่างของตัวอักษรให้ถูกต้องสวยงาม

3. ให้บันทึกเป็นไฟล์ Word และ PDF

4. การส่งต้นฉบับที่ชัดเจน 1 ฉบับ และสำเนา 2 ฉบับ

5. ให้ส่งต้นฉบับที่จะลงตีพิมพ์ ภาพประกอบ รูปภาพ กราฟ และตาราง มาทาง E-mail : hrd1341@gmail.com

6. ใช้กระดาษขาว ขนาด A4 พิมพ์อย่างชัดเจนไม่เว้นบรรทัด เว้นขอบบน ล่าง และด้านข้างประมาณ 1 นิ้ว บอกเลขลำดับของแต่ละหน้า เริ่มตั้งแต่ title page ที่มุมบนขวาด้านบน ควรเตรียมเรื่องลำดับต่อไปนี้ (ตาม Uniform requirement for manuscripts submitted to biochemical journals. British Medical journal 1997 ; 1 : 523-5.)



1. **Title** ควรให้สั้นและง่ายสำหรับการทำดัชนี (index) ถ้าเป็นภาษาอังกฤษใช้อักษรต้นคำเป็น capital letter ทุกคำ ยกเว้นคำบุพบท และ article ใส่ชื่อของผู้เขียนเรื่องทุกคนพร้อมทั้งปริญญาบัตรสูงสุด และที่ทำงานทั้งภาษาไทยและอังกฤษ สถานที่ทำ paper ทุนอุดหนุน หรือสถานที่เสนอเรื่อง หรือการประชุม ให้ใส่ไว้ที่เชิงอรรถ

2. **Abbreviated title** (ถ้ามี) ไม่ควรเกิน 50 คำ (running title)

3. **Keywords** ควรบอก หรือคำรวมเรียงตามตัวอักษร ซึ่งคิดว่าจะให้ทำ index อาจมีการেলা ให้เข้ากับ standard list เพื่อทำ index ถ้าเป็น randomized controlled trial ให้แจ้งด้วย

4. **Abstract** ย่อเรื่องที่ทำการศึกษาเหตุผล วิธีการและผลลัพธ์พร้อมกับ data ที่สำคัญและบทสรุป อย่าใช้คำย่อไม่ควรยาวเกิน 1 หน้า clinical report, review article, ไม่ต้องมี abstract ต้องมีทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทยด้วย

5. **Text** ควรประกอบด้วย introduction, method and material, discussion และ conclusion

6. **Acknowledgement** ขอขอบคุณผู้ที่อนุญาตให้ใช้ data หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ (ถ้ามี)

7. **Reference** เอกสารอ้างอิงให้ใช้หน้าใหม่เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ได้อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่องให้ใช้เอกสารอ้างอิงเฉพาะที่จะอธิบาย test ใส่ชื่อและชื่อต้น (initial) ของผู้เขียนทุกคน title, abbreviated title ของเอกสารทางการแพทย์ ซึ่งปรากฏตาม Index Medicus ปีที่พิมพ์ (Volume) และหน้าที่มีเรื่องอยู่ เลขบอกเอกสารอ้างอิงควรพิมพ์ไว้เหนือประโยคของเนื้อเรื่อง อย่าใช้เอกสารอ้างอิงที่ไม่ได้ผ่านการตรวจทาน เช่น เรื่องที่อยู่ในโปรแกรมของ meeting หรือการประชุม ใช้แต่เอกสารที่ผู้อ่านทั่ว ๆ ไป อ่านได้ indexed abstract ซึ่งพิมพ์เป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเรื่องอ้างอิงกำลังพิมพ์ให้ใส่ไว้ในวงเล็บด้วยว่า “in press” หรือ “กำลังพิมพ์” และต้องส่งต้นฉบับตัวอย่างไปให้ด้วย 1 ฉบับ

ตัวอย่าง Reference

Journal : Mazze RI, Cousins MJ, kosed JC. Stain defferences in metabolism and susceptibility to the nephrotoxic effect of methoxyflurance in rate. J Pharmacol 1973 ; 184 : 481-8. วารสารไทยใช้ชื่อและนามสกุลเต็ม

Book : Batson HC. introduction to statistics in the medical services. Minneapolis : Burgess, 1956 : 110-4.

Chapter : Coken : PJ. Marshall BF. Effects of halothane on respiratory control in rat liver mitochondria, In : Finak BR, ed. Toxicity of anesthetics. Baltimore : Williams and wilkins, 1968 : 24-36. ความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงอยู่ในความรับผิดชอบของผู้เขียน

8. **Illsutratiion** รูป 3 ชุด ไม่ติดกระดาษแข็ง (unmounted) เป็นเงามันไม่ตัดขอบ (untrimmed glossy print) ขนาดไม่ใหญ่กว่ากระดาษขนาด A4 สิ่งที่แสดงและขนาดตัวอักษรให้ได้พอเหมาะ ถ้าส่งไปรษณีย์ ควรป้องกันภาพเสีย อย่าใช้ staple หรือ clip หรือเขียนกดข้างหลังภาพที่ขอบนอกของภาพ ติดเลขลำดับภาพ และบอกมุมของภาพ

ภาพเขียน graph chart และตัวอักษรควรเขียนด้วยหมึกสีดำอย่างมีศิลปะ ต้องมีคำอธิบายคู่กับภาพ หรือจะรวมไว้ในหน้าสุดท้ายของ manuscript ก็ได้ คำอธิบายเป็นภาษาอังกฤษ



9. **Table** ควรให้เลขลำดับ มีคำอธิบายภาพเหนือตาราง ตารางเป็นภาษาอังกฤษ

10. **ข้อพิจารณาทางกฎหมายและจรรยาบรรณ** หลีกเลี่ยงการใส่ชื่อผู้ป่วย และ HN รูปถ่ายผู้ป่วย ไม่ควรให้จำหน้าได้ นอกจากผู้ป่วยจะอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร table และ illustration ซึ่งเคยพิมพ์มาแล้ว ต้องบอกว่าได้รับอนุญาตให้พิมพ์ได้จากผู้เขียน หรือสำนักพิมพ์ได้จากผู้เขียน หรือสำนักพิมพ์นั้น ๆ การทดลอง ในคนควรทำอย่างมีจรรยาบรรณ และระบุด้วยว่าได้รับอนุญาตแล้ว หรือรับรองโดยสถาบันที่ให้ทำการทดลองได้ การทำการทดลองสัตว์ควรยึดหลักให้ตรงกับที่กำหนดไว้กับสัตว์

Article

1. **Original article** ใช้คำประมาณ 2,000-4,000 คำ (หรือมีความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์) บรรจุ เนื้อหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับแพทย์และสาธารณสุข clinical material, applied research หรือ laboratory research

2. **Clinical report** เป็นการรายงานเทคนิคใหม่ เครื่องมือใหม่ clinical research หรือ Case report ใช้คำประมาณ 500-1,500 คำ หลักการโดยทั่วไปคือ

ควรเป็นการเปรียบเทียบระหว่างเครื่องมือหรือการรักษาใหม่กับเก่า ว่ามีประโยชน์ต่างกันหรือไม่ โดยเครื่องมือหรือการรักษาใหม่นั้นเหมาะที่จะนำมาใช้ได้จริงในเวชปฏิบัติ

ควรมี data แสดงถึง reliable function และบอกถึงข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้น บอกสถานที่ที่จะซื้อหา หรืออธิบายวิธีทำให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้อ่านทำขึ้นใช้เองได้

Case report ควรเป็นการสอนบอกถึง clinical situation (สภาวะทางคลินิก) หรือ unusual clinical phenomena ไม่ควร report ซึ่งเหมือนกับที่เคย report มาแล้ว clinical report ไม่ต้องมี abstract แต่ควรมีบทสรุป ถ้าเนื้อความภาษาไทยควรมีบทสรุปภาษาอังกฤษด้วย

3. **Laboratory report** เป็นคำอธิบายอย่างย่อของผลงาน Laboratory research หรืออธิบาย Research equipment หรือ technique ใหม่ Laboratory report ต้องมี abstract and key word ใช้คำ ประมาณ 500-1,500 คำ

4. **Review article** รวบรวม ค้นคว้า ความคิดเห็นเดิมทั้งหลาย เพื่อแสดงความคิดครอบคลุม ในวงกว้างมากขึ้น อาจเป็น clinical หรือ basic science ก็ได้ ใช้คำประมาณ 3,000-10,000 คำ เอกสารอ้างอิง ควรเรียงลำดับที่อ้างอิงไม่ต้องมี abstract แต่ควรมีบทสรุป

5. **บทความนำรู้** เป็นเรื่องนำรู้ทั่วไปที่น่าสนใจ ใช้คำประมาณ 500-1,000 คำ

6. **Letter to the editor** จดหมายควรมีวัตถุประสงค์ชัดเจน เสริมสร้าง หรือให้ความรู้ จะเป็นการ ถกเถียงในเรื่องซึ่งเป็นที่สนใจทั่วไปก็ได้ถ้าเป็นไปได้ควรมีเอกสารอ้างอิง table และ illustration ที่จำเป็น

