

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน
ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ (กรณีศึกษา)
**Nursing Care In Diabetic with Complication
In Buriram Hospital (Case Study)**

จิภาวรรณ ภูักัน พย.บ.*

ABSTRACT

- Introduction** : Increasing in number of diabetic patient hospitalized with its complication in female medicine ward, Buriram hospital interested nurse profession to study nursing care for these patients.
- Objective** : To create nursing care guidelines and discharge plan for diabetic patient with complication to promote self care for patients and their families
- Study design** : Descriptive Study (Two cases of diabetic patients with complication admitted at medicine ward of Buriram Hospital during July to September 2007)
- Result** : The first case was 66 year's old Thai woman diagnosed with hypoglycemia (underlying diabetes and hypertension). Nursing care plan includes blood sugar and vital signs monitoring, assessed patient consciousness, control fluid rate, observed symptoms of hypoglycemia, electrolyte imbalance and adverse drug event including prevent risk of fall. Discharge plan comprise of medication adherence, diet control and continuum of care. Patient was recovered and discharged after two days of admission. Home care visit found that patient has an appropriated life-style modification.
- The second case was 39 year's old Thai woman diagnosed with acute pyelonephritis (underlying diabetes and hypertension). Nursing care plan includes blood sugar and vital signs monitoring (every 4 hour), Antibiotic and Insulin administration, observed symptoms of Aminoglycosides adverse event and septic shock. After 13 days, patient was recovered and discharged. Patient was referred to home health care program according to problems of drug non-compliance,

personal hygiene, voiding suppression, herbal medicine misuse and occupational problem. After home visit, patient had better self care management.

Conclusion : Comprehensive knowledge in pathophysiology, treatment plan, medication and its complication, patient's data collection and analysis for holistic nursing care plan. These will benefit for patients to prevent disease crisis and recurrence of complication by life-style modification.

Key words : Diabetes and Complication, Nursing Care Plan, Discharge Plan

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4 โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความสนใจและทำการศึกษาลักษณะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ราย

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและเป็นแนวทางในการสนับสนุนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีการศึกษา : เลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2550 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 แพทย์วินิจฉัยเป็น Hypoglycemia with DM with HT ให้การพยาบาลโดยติดตามระดับน้ำตาลในเลือด วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ เฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการป้องกันอุบัติเหตุ วางแผนจำหน่ายเรื่องการงดยา การควบคุมอาหารและส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง หลังนอนโรงพยาบาล 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์ให้กลับบ้านได้ ได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผลการเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีการดำเนินชีวิต ดูแลตนเองได้เหมาะสม

กรณีศึกษารายที่ 2 แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Pyelonephritis with DM with HT ให้การพยาบาลโดยวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะไข้ ให้ยาปฏิชีวนะ เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาล และฉีดยาอินซูลิน หลังนอนโรงพยาบาล 13 วัน มีอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องปัญหาด้านการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การทำความสะอาดร่างกาย ไม่ควรกลั่นปัสสาวะ การงดใช้ยาสมุนไพรแทนยาควบคุมเบาหวาน และปัญหาด้านอาชีพ หลังการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสามารถปรับตัวดูแลตนเองได้ถูกต้อง

สรุป : ได้รับความเข้าใจเป็นอย่างดีของพยาบาลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา การเฝ้าระวัง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยถูกต้องครอบคลุมองค์รวมช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ สามารถปรับพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนซ้ำได้

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและรักษาไม่หายขาด หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเกิดอันตรายถึงชีวิต และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สภาพเศรษฐกิจสังคมของประเทศชาติโดยรวม ปัจจุบันถึงแม้จะมีความก้าวหน้าด้านวิทยาการและเทคโนโลยีในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น แต่อุบัติการณ์การพบผู้ป่วยเบาหวานกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์พบผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการ ในปี พ.ศ. 2548-2550 พบผู้ป่วยจำนวน 465, 521, 561 ราย ตามลำดับ พยาบาลผู้ซึ่งดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเกิดภาวะวิกฤติ สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต อาชีพ สภาพเศรษฐกิจและสังคมของตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซ้ำ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่จะนำไปสู่ปัญหาสาธารณสุขในอนาคต จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษาเกิดความสนใจที่จะทำกรณีศึกษาเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน” เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน และเป็นแนวทางสนับสนุนส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4 โรงพยาบาลบุรีรัมย์

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง⁽¹⁾

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวาน มีอาการผิดปกติ รุนแรง รวดเร็ว ต้องการการรักษารีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายได้ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน⁽¹⁾ คือ

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) หมายถึง ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg/dl ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดจากสาเหตุหลายประการร่วมกัน ได้แก่ รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ หรือไม่รับประทานอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง ออกกำลังกายหรือทำงานหนักมากกว่าปกติ การได้รับยาบางชนิด หรือดื่มสุราขณะท้องว่าง ผู้ป่วยจะมีอาการ ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว อ่อนเพลีย เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม วิงเวียน มึนงง ตาพร่ามัว ถ้าไม่ได้รับน้ำตาลทดแทนระดับการรู้สึกตัวจะลดลงและหมดสติในที่สุด⁽²⁾

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) พบได้ 2 ลักษณะ

1.2.1 ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงมากโดยไม่มีการคีโตเนค (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma = HHNC) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ไม่พึ่งอินซูลิน) ร่างกายยังมีอินซูลินเพียงพอยังไม่เกิดการสลายไขมัน แต่ไม่พอที่จะเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 600 mg% และ

มี osmolality ในพลาสมาสูงกว่า 315 มิลลิออสโมล ผู้ป่วยจะมีอาการซึมสับสน ไม่รู้สึกตัว และมีอาการขาดน้ำอย่างมาก เช่น ผิวหนังแห้งตึง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน⁽²⁾

1.2.2 ภาวะหมดสติจากน้ำตาล ในเลือดสูงมากชนิดมีคีโตนคั่ง (Diabetic Keto-acidosis = DKA) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (พึ่งอินซูลิน) ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก อาจมีกลิ่นคeton ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับน้ำตาลในเลือด 300-800 mg%⁽²⁾

1.3 การติดเชื้อ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากเม็ดเลือดขาวจับและทำลายเชื้อโรคลดลง พบว่าการติดเชื้อเป็นสาเหตุที่พบบ่อยและสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิด keto-acidosis ทั้งสองภาวะนี้ถ้าเกิดร่วมกันจะทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี ทั้งด้านการควบคุมเบาหวานและการรักษาโรคติดเชื้อ การติดเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) การติดเชื้อที่เท้า (Diabetic foot infection) การติดเชื้อในกล้ามเนื้อ (pyomyositis) เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract infection) จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน (upper urinary tract infection หรือ Pyelonephritis) การติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septicemia) และภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock) มากกว่าคนปกติถึง 3-4 เท่า⁽³⁾

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
2. เพื่อเป็นแนวทางการสนับสนุนส่งเสริม

ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและเฉียบพลัน

ขอบเขตการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2550 จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน แบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติเฉียบพลัน
4. วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ติดตามประเมินผลการพยาบาล
5. สรุปผลการพยาบาล
6. เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี มีประวัติเป็นเบาหวาน 16 ปี ความดันโลหิตสูง 6 ปี ไตวายเรื้อรัง 3 ปี เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้ง ด้วยการผ่าตัดนิ่วเมื่อ พ.ศ. 2548 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2549 และครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2550 ให้ประวัติรับประทานยาเบาหวานเป็นประจำ ไม่เคยขาดยา ไม่ทราบชื่อยา ทบพวนเวชระเบียนผู้ป่วย

นอกพบคำสั่งงดจ่ายยา ให้ควบคุมอาหารแทนมา 1 เดือน แต่ผู้ป่วยยังมียาเดิมเหลืออยู่จึงรับประทานยาต่อร่วมกับการควบคุมอาหาร ไม่เคยรับประทานยาชุดหรือยาหม้อรักษาเบาหวาน ไม่มีประวัติแพ้ยา

1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย แต่ยังรับประทานยาเบาหวานตามปกติ ตอนเช้าก่อนมาโรงพยาบาล ปั่นปวดศีรษะ ใจสั่น ขอนอนพัก ต่อมาญาติพบนอนหมดสติ เกร็งทั้งตัว เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1½ ชั่วโมง แรกแรกที่ ER ผู้ป่วยหมดสติเจาะ DTX = 39 mg% ฉีด 50% Glucose 50 cc ทางหลอดเลือดดำ หลังฉีดตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง แพทย์วินิจฉัยเป็น Hypoglycemia with DM with HT with CRF

แรกแรกที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยนอนซึม เวียนศีรษะ พูดคุยรู้เรื่องได้ตอบซ้ำ ทางเดินหายใจโล่ง หายใจ 24 ครั้ง/นาที ชีพจรชัดเจน จังหวะสม่ำเสมอ 76 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 154/64 มิลลิเมตรปรอท

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและลูก เป็นคนอารมณ์ดี ใจเย็น เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพค้าขาย รายได้ประมาณ 5,000 บาท/เดือน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา บางวันรับประทานไม่ครบ 3 มื้อ เนื่องจากไม่อยากอาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยออกกำลังกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสภาพการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นโรคเรื้อรังไม่หายขาด ต้องใช้ยาสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา เคยเข้ากลุ่มดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน 2 ครั้ง เมื่อ พ.ศ. 2547-2548

อาการและอาการแสดงขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

แรกที่ได้รับรู้สีกตัว นอนซึม ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 10% D/N/2 1,000 cc 80 cc/hr.

จาก ER ตอบคำถามได้ถูกต้อง รับรู้เวลาและบุคคลถูกต้องแต่ค่อนข้างช้า เหนื่อยเพลีย เวียนศีรษะ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส หายใจสม่ำเสมอ 24 ครั้ง/นาที ชีพจรชัดเจนสม่ำเสมอ 74 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 154/64 มิลลิเมตรปรอท DTX 247 mg% เจาะเลือดตรวจ BUN, Creatinine, electrolyte และ DTX เวลา 10.00 น. = 112 mg% เปลี่ยนสารน้ำเป็น 5% D/N/2 1,000 cc 80 cc/hr, เจาะ DTX ทุก 4 ชั่วโมง ค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 210-350 mg% ฉีด RI ให้ตามแผนการรักษา ผลตรวจ CBC พบ Hct. 24%, Hb 8.16gm/dl ผลตรวจ BUN = 41 mg/dl, Creatinine = 2.8 mg/dl ผลตรวจ electrolyte พบ Na = 131 mmol/L ส่งตรวจ stool occult blood ไม่พบสิ่งผิดปกติ plan ให้ PRC 1 ยูนิต ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับเลือด แพทย์ให้การรักษาโดยให้ FBC 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร, Folic acid 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Sodamint และ CaCO₃ อย่างละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ปกติ ทำความสะอาดร่างกายและกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด กลางวันปัสสาวะ 2 ครั้ง กลางคืน 7 ครั้ง อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 37-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 120-170 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 70-90 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ Enaril 1 เม็ด หลังอาหารเช้า วันละครึ่ง

วันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยเพลียหรือเวียนศีรษะ รับประทานอาหารได้ปกติ ค่า DTX อยู่ระหว่าง 100-280 mg% ฉีด RI ให้ตามแผนการรักษา plan discharge วันรุ่งขึ้น

วันจำหน่าย รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะ รับประทานอาหารได้ปกติ สัญญาณชีพปกติ DTX

= 125 mg% ความดันโลหิต 120/60 mmHg แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้หยุดยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดที่มีอยู่เดิมและควบคุมอาหารแทนยาที่ให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานที่บ้าน คือ FBC 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร, Folic acid 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, NaHCO_3 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร, CaCO_3 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร, Amlodipine 10 mg $1/2$ เม็ด หลังอาหารเช้า, Paracetamol 500 mg 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อปวดศีรษะหรือมีไข้

ปัญหาทางการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากรับประทานอาหารได้น้อย⁽⁴⁾

ข้อมูลสนับสนุน 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย แต่รับประทานยาเบาหวานต่อเนื่องไม่ขาดยา $1/2$ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพบนอนหมดสติ DTX = 39 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

ให้ 50% Glucose ทางหลอดเลือดดำ เจาะ DTX ทุก 1 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพทุก $1/2$ ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัว การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล เมื่ออาการดีขึ้นวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เจาะ DTX และให้ยาอินซูลินตามระดับน้ำตาล ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ กระตุ้นให้รับประทานอาหาร ดูแลความสะอาด ความสุขสบายของผู้ป่วย และพูดคุยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 210-350 mg% รับประทานอาหารได้มากขึ้น วันจำหน่ายสัญญาณชีพปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด 125 mg% จากการพูดคุย

หาสาเหตุการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำครั้งนี้พบว่าเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยและไม่ตรงเวลาจากต้องค้าขาย และแพทย์สั่งงดใช้ยาเบาหวานแล้ว แต่ผู้ป่วยยังรับประทานยาตามปกติ โดยใช้ยาเดิมที่ยังมีเหลืออยู่

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 อาจเกิดภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากไตเสื่อมหน้าที่ ร่วมกับรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน มีประวัติเป็นไตวายมา 3 ปี ผลการตรวจเลือดพบสิ่งผิดปกติคือ BUN = 41 mg% Cr = 2.8 mg% Na = 131 mmol/L, K = 3.84 mmol/L, Cl = 98.1 mmol/L, TCO_2 = 16.0 mmol/L, AGAP = 20.7 CBC พบ WBC = 6.72K/ul, Neutrophils 85%, Lymphocytes 10.9%, Monocytes 3.49%, Eosinophils 0.558%, Basophil 0.112% Hct. 24.7% Hb. 8.16 gm% ผู้ป่วยให้ประวัติเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย

กิจกรรมการพยาบาล

ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารให้เพียงพอ ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำตามแผนการรักษา ประเมินอาการที่แสดงถึงการสูญเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ผิวหนังขาดความตึงตัว ซึม สับสน ชีพจรเต้นเร็ว เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดร่างกาย และความสบายของผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา รับประทานอาหารได้มากขึ้น ผิวหนังมีความตึงตัวปกติ สัญญาณชีพปกติ ค่าโซเดียม 136.5 mmol/L

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 อาจเกิดอันตราย จากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับยาฉีด RI เพื่อ
ควบคุมระดับน้ำตาล

กิจกรรมการพยาบาล

เจาะ DTX ทุก 1 และทุก 4 ชั่วโมง เพื่อ
ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด รายงานแพทย์ถ้า
DTX สูงกว่า 400 mg% หรือต่ำกว่า 60 mg%
แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติที่
อาจเกิดขึ้น และแจ้งให้พยาบาลทราบ เช่น แพ้
อินซูลิน บวม แดง บริเวณที่ฉีด ตามืด หรือมีอาการ
เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น เหนื่อยเพลีย จะเป็นลม

การประเมินผล

หลังการฉีด RI ไม่พบอาการผิดปกติ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 อาจเกิดภาวะ Hypoglycemia ซ้ำ จากพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน มีประวัติการ Re-admit
ด้วยภาวะ Hypoglycemia มา 4 ครั้ง ครั้งสุดท้าย
เมื่อ 2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล และจากประวัติ
พบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และ
บางวันไม่ครบ 3 มื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ
สาเหตุ อาการแสดงแรกเริ่มก่อนเกิดภาวะน้ำตาล
ในเลือดต่ำ การแก้ไขเมื่อเกิดอาการ การป้องกัน
การเกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย
และญาติได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
เกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำเพิ่ม
เติมเรื่องการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ
รวมถึงการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการเบื่ออาหาร
รับประทานอาหารได้น้อยเพื่อประเมินระดับน้ำตาล
ในเลือดและพิจารณาปรับลดยาโดยแพทย์

การประเมินผล

พบว่า อาชีพค้าขายทำให้ผู้ป่วยรับประทาน
อาหารไม่ตรงเวลา และบางครั้งรับประทานอาหาร
ไม่ครบ 3 มื้อ ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับ
อาการแสดงแรกเริ่มก่อนมีภาวะน้ำตาลในเลือด
ต่ำได้ถูกต้อง สามารถวางแผนป้องกันการเกิดภาวะ
น้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ โดยสามีและลูกมีการปรับ
กิจวัตรประจำวันของตนเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยให้
รับประทานอาหารได้ตรงเวลา ครบ 3 มื้อ หลัง
การจำหน่าย ได้ประสานงานทางโทรศัพท์และส่ง
รายละเอียดการติดตามการดูแลตนเองตาม
แบบฟอร์มใบส่งต่อ บส. 1 ไปยังหน่วยบริการ
PCU ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จากข้อมูลการตอบ
กลับในแบบ บส. 1 พบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถ
ดูแลตนเองได้ตามแผน

กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 39 ปี สถานภาพสมรสคู่
อาชีพแม่บ้าน แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Pyelo-
nephritis with DM with HT มีประวัติเป็น
เบาหวานมา 12 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดสลับ
กับยารับประทาน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 5 ปี ก่อนมา
โรงพยาบาลผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดิน
ปัสสาวะส่วนต้นเป็น ๆ หาย ๆ 3 ปี ก่อนเป็นกรวย
ไตอักเสบ ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง
อีก 1 ครั้ง ไม่ยินยอมนอนโรงพยาบาล แต่ขอมา
ฉีดยาทุกวัน ที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังฉีดยา
ครบ 7 วัน ไม่มาตรวจตามนัด 3 วัน ก่อนมา
โรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด
รับประทานยา Paracetamol อาการไม่ดีขึ้น 1 วัน
ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบ
ขัดและปวดบริเวณบั้นเอวมากขึ้น

จากประวัติการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พบว่าเป็นความดันโลหิตสูงมา 6 ปี เจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานเป็น ๆ หาย ๆ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มีการอักเสบติดเชื้อราในช่องคลอด เป็นผู้นำหนักแก้วหูทะลุข้างซ้าย มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทั้งสองข้าง การรับยาและการมาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ สอบถามข้อมูลจากทีมสุขภาพในชุมชน พบว่าผู้ป่วยชอบเล่นการพนันและเปิดบ่อนที่บ้านเป็นประจำ

การประเมินด้านสภาพจิตใจและสังคม

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและลูก เป็นคนอารมณ์ร้อน หงุดหงิดไม่ให้ง่าย เรียนจบชั้นประถมปีที่ 4 อาชีพแม่บ้าน มีรายได้จากสามีซึ่งทำงานตำแหน่งลูกจ้างประจำ ประมาณ 10,000 บาท/เดือน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารรสจัดและปรุงไม่สุกในบางครั้ง ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยออกกำลังกาย ไม่เคยเข้ากลุ่มดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน รับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนเองที่ผ่านมามีสาเหตุจากเบาหวาน

อาการและอาการแสดงขณะอยู่ในความดูแล

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง เหนื่อยเพลีย มีไข้สูง 39.2 องศาเซลเซียส ปัสสาวะแสบขัด และปวดบั้นเอว ชีพจรชัดเจนสม่ำเสมอ 120 ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/76 mmHg ผลตรวจ urine exam พบ WBC 10-20 cell/HPF ผล CBC พบ WBC 7.76 K/ul Neutrophils 87.1% Lymphocytes 6.92% Monocytes 5.08% Eosinophilic 0.226% Basophils 0.692% Hct 32.3% Hb 11.2 gm% BUN = 22 mg/dl, creatinine = 1.2mg/dl, Electrolyte พบ Na = 131.2 mmol/L, K 4.24 mmol/L Cl 98.8 mmol/L TCO₂ 17 mmol/L AGAP 22.7 เจาะ DTX = 288 mg% ฉีด

Plasil 1 amp.iv. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 cc. 80 cc/hr. ฉีด Ceftriazone 2 gm วันละครั้ง, Mixtard 35-0-25 ยูนิต ก่อนอาหาร ให้ยารับประทาน Metformin 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร, Enaril 5 mg 2 เม็ด หลังอาหารเช้า ฉีด RI ก่อนอาหารและก่อนนอนตามผลการตรวจ DTX ถ้า DTX = 200-250 mg% ฉีด RI 4 ยูนิต, DTX = 251-300 mg% ฉีด RI 6 ยูนิต DTX = 301-350 mg% ฉีด RI 8 ยูนิต, DTX = 351-399 mg% ฉีด RI 10 ยูนิต, รายงานแพทย์เมื่อ DTX ≥ 400 หรือ < 80 mg% หลังฉีด Ceftriazone 2 gm ผู้ป่วยคันตามตัวและกลัวแพ้ยา รายงานแพทย์ฉีด Chlorpheniramine 1 amp. ทางหลอดเลือดดำ หลังฉีดอาการคันหายไป เกสซ์กรเยียมประเมินอาการและออกบัตรแพ้ยาระดับ Probable แพทย์หยุดยา Ceftriazone เปลี่ยนเป็น Gentamycin 240 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง

วันที่ 2-9 ของการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยอาการดีขึ้นไข้ลดลง ปัสสาวะแสบขัดลดลง ไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตไม่สูง DTX อยู่ระหว่าง 140-250 mg% ผลการตรวจ Ultrasound KUB ปกติ, ผล urine C/S และ Hemo C/S พบเชื้อ E.coli ไวต่อ Gentamycin และ Amikin แพทย์ให้ฉีด Gentamycin ตั้งแต่วันที่ 25-29 กรกฎาคม 2550 เปลี่ยนเป็น Amikin 750 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง ถึงวันที่ 6 สิงหาคม 2550

วันที่ 10-11 ของการนอนโรงพยาบาลไม่พบอาการปัสสาวะแสบขัด ไม่มีอาการปวดบั้นเอว รับประทานอาหารได้ปกติ แต่ยังมีไข้ 38 องศาเซลเซียส ปรับแผนการรักษาเป็นเพิ่ม Sulperazone 2 gm ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง Mixtard 38-0-24 ยูนิต ก่อนอาหาร เข้า-เย็น เจาะ DTX ก่อนอาหารและก่อนนอน ฉีด RI 5 ยูนิต ถ้า DTX

≥ 250 mg% และ 10 ยูนิต ถ้า DTX ≥ 350 mg% ให้ยารับประทาน Metformin 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร, Enaril 5 mg 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร, Norgesic 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร, Diazepam 5 mg 1 เม็ด ก่อนนอน

วันที่ 13 ของการนอนโรงพยาบาลไม่มีใช้ สัญญาณชีพปกติ ไม่พบอาการปัสสาวะแสบขัด ไม่มีอาการปวดบั้นเอว แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้ DTX 189 mg% ให้ยา Mixtard ชนิด Penfil จี๊ด 38-0-24 ยูนิต, Metformin 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร, Enalapril 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร, Norgesic 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร และ Diazepam 5 mg 1 เม็ด ก่อนนอน

ปัญหาทางการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีการติดเชื้อของ กรวยไตและกระเพาะปัสสาวะ⁽⁵⁾

ข้อมูลสนับสนุน แรกเริ่มมีไข้สูง 39.2 องศาเซลเซียส ผลตรวจ urine C/S และ Hemo C/S พบเชื้อ Escherichia coli ผลตรวจ urine exam พบ WBC 10-20 cell/HPF

กิจกรรมการพยาบาล

วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะ ใช้ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการแพ้ยา และอาการข้างเคียง จากการใช้ยา กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 3,000 ซีซี/วัน แนะนำการทำความสะอาดร่างกาย ไม่กลั้น ปัสสาวะ เช็ดตัวลดไข้ จัดสิ่งแวดล้อมและติดตาม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

หลังจากผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผน การรักษา 13 วัน มีอาการดีขึ้น ไม่มีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะไม่แสบขัด ไม่ปวดบั้นเอว ไม่พบภาวะ แทรกซ้อนในระบบอื่น ๆ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจรชัดเจนสม่ำเสมอ 87 ครั้ง/นาที

หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะปกติ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการ สูญเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ใน ร่างกายจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน^(4,6) และมีไข้สูง

ข้อมูลสนับสนุน แรกเริ่มผู้ป่วยเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง เหนื่อยเพลีย มีไข้สูง 39.2 องศาเซลเซียส ผล อิเล็กโทรไลต์พบ Na = 131.2 mmol/L, K 4.24 mmol/L, Cl 98.8 mmol/L, TCO₂ 17 mmol/L, AGAP 22.7

กิจกรรมการพยาบาล

วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการ ผิวหนังขาดความตึงตัว ซึม สับสน ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ ตามแผนการรักษา ฉีดยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลความสะอาดร่างกาย และความสุขสบายของ ผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเพื่อกระตุ้นให้ รับประทานอาหารได้มากขึ้น ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับประทานอาหารและติดตามผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา ผิวหนังมีความตึงตัวปกติ ไม่มี อาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้ตาม ปกติ สัญญาณชีพปกติ ค่าโซเดียม 141.4 mmol/L

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 อาจเกิดอันตราย จากอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา^(1,6)

ข้อมูลสนับสนุน ได้รับยาฉีด Ceftriazone 2 gm ทางหลอดเลือดดำ วันละ 2 ครั้ง (25 กรกฎาคม 2550), Gentamycin 240 mg ทาง หลอดเลือดดำ วันละครั้ง (วันที่ 25-29 กรกฎาคม 2550), Amikin 750 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง (29 กรกฎาคม 50 - 6 สิงหาคม 2550),

Sulperazone 2 gm ทางหลอดเลือดดำ วันละ 2 ครั้ง (2-6 สิงหาคม 2550)

กิจกรรมการพยาบาล

ให้ยาผู้ป่วยโดยใช้หลัก 6 R ประเมินอาการผิดปกติ เช่น ผื่นขึ้นมีผื่น คัน แดงหน้าอก ปวดตำแหน่งที่ฉีดยา หูอื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไต ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการผิดปกติและการไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบ

การประเมินผล

หลังการฉีด Ceftriaxon 2 gm iv ผู้ป่วยบอกคันตามผื่นขึ้นไม่พบผื่น ผู้ป่วยกังวลกลัวแพ้ยา รายงานแพทย์ฉีด Chlorpheniramine 1 amp. หลังฉีด อาการคันหายไป เกสซ์กรประเมินพบการแพ้ยาระดับ Probable หลังการปรับเปลี่ยนยาไม่พบอาการผิดปกติอื่น ๆ การได้ยีนปกติ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 อาจเกิดอุบัติเหตุจากเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน แกร็บผู้ป่วยเหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น แนะนำการปฏิบัติตัวป้องกันอุบัติเหตุโดยเปลี่ยนท่าช้า ๆ ไม่เร่งรีบ ไม่เดินขณะพื้นเปียกหรือลื่น ควรเกาะราวขณะเข้าห้องน้ำ กดกริ่งเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ยกเหล็กกันเตียงขึ้น ฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและให้ความช่วยเหลือขณะผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินผล

หลังการดูแลผู้ป่วยและญาติทราบความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ไม่เกิดอุบัติเหตุ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 อาจติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำจากพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง^(5,7)

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมา 12 ปี มีประวัติการรักษาการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ได้แก่ ทางเดินปัสสาวะ 3 ครั้ง เป็นหนองบริเวณรอบสะดือและติดเชื้อราในช่องคลอด เป็น ๆ หาย มีประวัติรับยาไม่ต่อเนื่อง มีนิสัยชอบเล่นการพนันและเปิดบ่อนที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น ผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว เพื่อสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แนะนำควรดื่มน้ำอย่างน้อย 3,000 ซีซี/วัน ไม่กลั้นปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์ ควรดื่มน้ำ 1-2 แก้ว หลังการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ยาสมุนไพรรักษาเบาหวาน ควรปรึกษาแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการพูดถึงปัญหา อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ประสานกับทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อวางแผนร่วมกัน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น มั่นใจว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ หลังจากปรึกษาแพทย์เรื่องยาสมุนไพรอีก แพทย์ให้หยุดรับประทานไวน์ก่อน ปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวและการเปิดบ่อนการพนัน ผู้ป่วยแบ่งรับแบ่งสู้ว่าจะพยายามค่อย ๆ แก้ไขเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาทางสุขภาพ หลังการจำหน่ายได้ส่งต่อปัญหาและแผนการดูแลต่อเนื่องให้ทีมดูแลสุขภาพในชุมชน ตามแบบ บส. 1 ผลการตอบกลับ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ไม่พบการเปิดบ่อน ผู้ป่วยใช้ยาฉีดอินซูลินชนิด Penfil ได้ถูกต้อง ฉีดยาครบตรงตามเวลา และเลิกรับประทานสมุนไพรตามคำแนะนำของแพทย์ วางแผนติดตามเยี่ยมซ้ำอีก 1 เดือน

สรุป

จากกรณีศึกษา 2 ราย พบว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน คือการช่วยเหลือและเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติในเวลาอันรวดเร็ว การเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลรักษาและการใช้ยา นอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ยังเป็นบทบาทสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำ

วิจารณ์

พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเดิมจากเบาหวานหลายครั้ง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเดิม พยาบาลต้องมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และมีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังสถานบริการใกล้บ้าน ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่วันแรกของการรับไว้รักษาจนถึงวันจำหน่าย จากการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน 1 เดือนพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันจากเบาหวานร่วมกับภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง ไตวาย ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การติดเชื้อ การรักษาพยาบาลในระยะแรกมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ต้องมีความสามารถในการประเมินและคาดการณ์ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นต้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซ้ำ ต้องมีความรู้ความสามารถด้านการวางแผนจำหน่าย ตลอดจนสามารถใช้ทักษะในการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จึงควรมีการประเมินและพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนจำหน่าย จากกรณีศึกษาพบว่าการซักประวัติประเมินสภาพปัญหาอย่างครอบคลุมองค์รวม โดยรวบรวมจากผู้ป่วย ครอบครัว เวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสอบถามข้อมูลไปยังทีมดูแลสุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด ทำให้การวิเคราะห์ปัญหาได้ถูกต้อง นำไปสู่การแก้ปัญหาได้จริง เป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับคนปกติได้

เอกสารอ้างอิง

1. ปัทมา โลหเจริญวินิช. หลักการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน : พัชริยา ไชยลังกา, ทิพนาส ชินวงศ์, นวลจันทร์ รมณารักษ์. บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) เล่ม 1 สงขลา : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส.ซี.วี. บิสสิเนสส์ ; 2546 : 248.
2. อิติ สมนับบุญ. โรคแทรกซ้อนชนิดฉับพลันในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน : วิทยา ศรีดามา. บรรณาธิการ. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิตี้พับลิเคชั่น ; 2545 : 324-6.
3. พรพนพิศ สุวรรณกุล. ภาวะติดเชื้อมีโรคเบาหวาน. ใน : วิทยา ศรีดามา. การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิตี้พับลิเคชั่น ; 2545 : 286.
4. นิตยา สออารีย์. หลักการพยาบาลผู้ป่วยเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโตรลัยต์. ใน : พัชริยา ไชยลังกา, ทิพนาส ชินวงศ์, นวลจันทร์ รมณารักษ์. บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) เล่ม 1 สงขลา : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส.ซี.วี. บิสสิเนสส์ ; 2546 : 72, 83, 86.
5. บุญสืบ ศรีไชยยันต์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะ. ใน : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. เล่ม 1. นนทบุรี : โรงพิมพ์พุทธรินทร์, 2541 : 626-35.
6. ปราณี ทุไฟเราะ. คู่มือยาพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ, LT.Press co. Ltd., 2548 : 203-4, 209-10, 295.
7. นวลจันทร์ รมณารักษ์. หลักการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีทางเดินปัสสาวะ. ใน : พัชริยา ไชยลังกา, ทิพนาส ชินวงศ์, นวลจันทร์ รมณารักษ์. บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) เล่ม 1 สงขลา : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส.ซี.วี. บิสสิเนสส์ ; 2546 : 285-6.
8. ขวนพิศ วงศ์ละม้าย, คล้ายเชิญ โชคบำรุง. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4 ขอนแก่น : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ขอนแก่นการพิมพ์ ; 2546 : 118.