

Nursing Care for Patients NMDA Receptor-Associated Encephalitis

Nualnapa Kasemvilawan, M.S. RN.*

Medical and Psychiatric Nursing Department, Nursing Division, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2026;19(3):270-276.

ABSTRACT

Anti-N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor encephalitis is caused by an immune system abnormality that produces specific antibodies against NMDA receptors in the brain, resulting in neurological and psychiatric symptoms. The symptoms of the disease are complicated. If the diagnosis and treatment are delayed, it can result in long-term abnormalities or even death. Treatment includes both acute phase to reduce symptoms or the inflammatory process of the disease. It is a combination of methylprednisolone, immunoglobulin and plasma exchange. If there is no improvement, immunosuppressive therapy is required as a long-term treatment to manage symptoms and address any remaining abnormalities. In cases where the patient is in severe or critical condition, they should be treated in an intensive care unit, continuous monitoring of vital sign and close observe. When the patient improves, they need to receive continuous multidisciplinary care to prevent recurrence of the disease, rehabilitate physical and mental development. Therefore, nurses know of the causes, symptoms and treatment methods so that they are prepared to care for patients being admitted to the hospital, assess symptoms, nursing care using the nursing process, continuous care, record nursing and solve patients' health problems more comprehensively and effectively. This results in patient safety and reduces complications that may arise from treatment, including psychosocial care of caregivers and families so that patients and families live a quality life and live happily in society.

Keywords: Anti-N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor encephalitis; acute treatment; long term treatment; nursing process; reduce complication

*Correspondence to: Nualnapa Kasemvilawan

Email: puiinual15@gmail.com

Received: 24 July 2025

Revised: 9 April 2026

Accepted: 11 April 2026

<https://dx.doi.org/10.33192/smb.v19i3.276760>

การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองอักเสบเอ็นเอ็มดีเอ

นวนลภา เกษมวิลาวณิชย์, วท.ม.*

งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย.

บทคัดย่อ

โรคสมองอักเสบเอ็นเอ็มดีเอ (Anti-N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor encephalitis) เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายที่มีการสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาต่อต้านจำเพาะต่อ NMDA receptor ในสมอง ส่งผลให้มีอาการทางระบบประสาทและมีการทางจิตเวชร่วมด้วย ลักษณะอาการของโรคมีความซับซ้อน หากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระยะยาว หรือนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ซึ่งการรักษาสำหรับโรคนี้มีทั้งระยะเฉียบพลันเพื่อลดอาการหรือกระบวนการการอักเสบของโรคเป็นการให้ยาเมทิลเพรดนิโซโลนร่วมกับใช้อิมมูโนโกลบูลินและการแลกเปลี่ยนพลาสมา เมื่ออาการไม่ดีขึ้นต้องให้ยากดภูมิคุ้มกัน ส่วนระยะยาวเพื่อรักษาตามอาการและการรักษาความผิดปกติที่ยังหลงเหลืออยู่ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงอยู่ในภาวะวิกฤตควรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสหสาขาวิชาชีพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค พื่นฟูทางร่างกาย ทางสติปัญญา ความรู้คิดต่างๆ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและแนวทางการรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลช่วยประเมินอาการ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลต่อเนื่อง การบันทึกการพยาบาล และแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลรักษา รวมทั้งดูแลด้านจิตสังคมของผู้ดูแลและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

คำสำคัญ: โรคสมองอักเสบเอ็นเอ็มดีเอ; การรักษาระยะเฉียบพลัน; การรักษาระยะยาว; กระบวนการพยาบาล; ลดภาวะแทรกซ้อน

บทนำ

โรคสมองอักเสบเอ็นเอ็มดีเอมีการพบในปี พ.ศ.2550 ผู้ป่วยบางรายอาจจะตรวจไม่พบในระยะแรก ซึ่งอาจต้องตรวจซ้ำจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2561 พบอุบัติการณ์โรคสมองอักเสบเอ็นเอ็มดีเอ คือ 0.6 รายต่อประชากร 100,000 รายในประเทศไทยเกิดโรคสมองอักเสบเอ็นเอ็มดีเอประมาณ 10-20 รายต่อปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงประมาณร้อยละ 80 อายุอยู่ในช่วง 12-45 ปี เป็นโรคที่มีอาการแสดงของอาการทางระบบประสาทร่วมกับอาการทางจิตเวช ผู้ป่วยร้อยละ 80 อาการดีขึ้นจนสามารถหายเป็นปกติหรือเหลือความผิดปกติเล็กน้อย อัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 6-20 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ ความรุนแรงและภาวะวิกฤตของโรค¹⁻³ พยาบาลจึงต้องทราบถึงพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงเพื่อติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยทำให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด

พยาธิสภาพ

โรคสมองอักเสบเอ็นเอ็มดีเอ เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย ซึ่งเอ็นเอ็มดีเอเป็นสารสื่อประสาทในสมองทำหน้าที่กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท เมื่อสารเอ็นเอ็มดีเอไปจับกับตัวรับสารเอ็นเอ็มดีเอที่อยู่อีกเซลล์สมองหนึ่งทำให้ระบบการทำงานของสมองเป็นปกติ โรคนี้เกิดจากร่างกายสร้างแอนติบอดีไปจับตัวรับบนเซลล์สมองทำให้สารเอ็นเอ็มดีเอไม่สามารถทำงานได้ปกติ⁴ ซึ่งโครงสร้างของตัวรับเอ็นเอ็มดีเอ คือ Nuclear receptor1 (NR1) และ Nuclear receptor2 (NR2)^{5,6} ที่กระจายอยู่ในระบบประสาทส่วนกลาง สมองส่วนหน้า และซีรีเบลลัม โดยตัวรับเอ็นเอ็มดีเอจะอาศัยสารสื่อประสาทกลูตาเมต เป็นตัวกระตุ้นที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และความจำ เมื่อร่างกายมีการสร้างแอนติบอดีขึ้นมาต่อต้านกับ NR1 สภาวะนี้ทำให้เกิดความผิดปกติ^{7,8} จะทำให้การเรียนรู้และความจำของผู้ป่วยผิดปกติ⁵ อาการทางจิตและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป⁴ หรืออาจเกิดจากเนื้องอกซึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอมของร่างกายจะกระตุ้นให้ผลิตแอนติบอดี⁹ แอนติบอดีที่

ร่างกายสร้างขึ้นมาจึงไปจับกับตัวรับเอ็นเอ็มดีเอในสมองและทำลายเซลล์สมองทำให้เซลล์สมองทำงานผิดปกติ ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงอายุน้อยถึงวัยเจริญพันธุ์⁷

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นประเมินได้จากการซักประวัติ ลักษณะอาการของผู้ป่วย เนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง มีทั้งอาการทางระบบประสาท อาการทางจิตเวช จึงอาจได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น ๆ ได้ ดังนั้นการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม จะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค ได้แก่ การตรวจคลื่นแม่เหล็กสมอง การตรวจน้ำไขสันหลัง^{5,6,10,11} การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง^{4,5,7,10,12} การวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายโรคสมองอักเสบเอ็นเอ็มดีเอ ได้แก่ โรคจิตเภท ภาวะโรคจิตเฉียบพลัน โรคซึมเศร้า โรคสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส เป็นต้น¹³

อาการและระยะของโรค

ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการไม่รุนแรง จากนั้นจะมีอาการรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาการแบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้^{4,5,7,9-11}

1. อาการนำ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย มีไข้ต่ำ ๆ เป็นประมาณ 2-3 เดือน⁹
2. ระยะโรคจิต อาการทางจิตเวช เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว กระสับกระส่าย สับสน ซึมเศร้า พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้อบิดเกร็ง เคลื่อนไหวช้า พูดช้า เคี้ยวปาก แขนขากระตุกเป็นจังหวะ ในผู้ป่วยบางรายที่เป็นระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หายใจช้า ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง กรณีที่เป็นรุนแรงอาจมีความรู้สึกตัวลดลง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น⁴ อาจเป็นประมาณ 3-4 สัปดาห์⁹
3. ระยะไม่ตอบสนอง ผู้ป่วยมีอาการซึมลง การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง⁹
4. ระยะไฮเปอร์เคนเนติก มีความผิดปกติที่ระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ มีไข้ ภาวะหายใจผิดปกติต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น การแล่น กล้ามเนื้อเปลือกตาเกร็งกระตุก การเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ กล้ามเนื้อบิดเกร็งไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้⁹
5. ระยะฟื้นตัวหลังการรักษาเป็นเวลาหลายเดือน เป็นการฟื้นตัวของพฤติกรรมที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การพูด การรับประทานอาหาร การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคม^{9,14}

แนวทางการรักษา

เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ผิดปกติได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่รวดเร็วทำให้สามารถหายเป็นปกติได้ โดยแบ่งเป็นการรักษาในระยะเฉียบพลัน การรักษาในระยะยาว และการบำบัดฟื้นฟู ดังนี้^{1,5,11}

การรักษาในระยะเฉียบพลัน

มีเป้าหมายเพื่อลดการถูกทำลายของเซลล์หรือกระบวนการการอักเสบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยลดอาการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น โดยมีการรักษาดังนี้

การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัดครั้งแรก เป็นการรักษาเพื่อลดแอนติบอดีไปจับตัวรับบนเซลล์สมอง ลดการสร้างสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ ด้วยการให้ยาสเตียรอยด์ ส่วนใหญ่ใช้เมทิลพเรดนิโซโลน⁷ ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ 500-1000 มิลลิกรัม สำหรับ 3-5 วัน¹⁵ ร่วมกับอิมมูโนโกลบูลินทางหลอดเลือดดำ ที่เรียกว่า IVIG⁷ เป็นสารชีวภาพที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ในการรักษาภูมิคุ้มกันบกพร่อง เสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย ขนาดยาที่ใช้ 400 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน และต้องมีการรักษา ร่วมกับการแลกเปลี่ยนพลาสมา^{7,10,15} โดยทำประมาณ 5-7 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 24 ชั่วโมงหรือวันเว้นวัน^{2,5,9,11}

การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัดแบบที่ 2 หลังจากให้การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัดครั้งแรกแล้วผู้ป่วยยังอาการไม่ดีขึ้นจะพิจารณาการรักษาโดยใช้ยากดภูมิต้านทาน ด้วยยา Riuximab cyclophosphamide tocilizumab หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดนำเนื้องอกออกเพื่อช่วยรักษาอาการของโรคให้ดีขึ้น^{5,7,9-11,16}

การรักษาในระยะยาว

การรักษาในระยะยาว เป็นการรักษาตามอาการ ได้แก่ การรักษาภาวะพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติ มีการใช้ยากลับยากันชักทางหลอดเลือดดำหรือรับประทาน เพื่อรักษาอาการชักและพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย โดยใช้ Valproate levetiracetam และ Carbamazepine มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกันอาการจะดีขึ้น ส่วนใหญ่สามารถหยุดได้ภายใน 2 ปีโดยไม่เกิดอาการชักซ้ำ^{4,5,9} กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงอยู่ในภาวะวิกฤตควรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การดูแลระบบทางเดินหายใจ การรับรู้และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง อาการชัก มีไข้ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และความดันโลหิตต่ำ ควรติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องและดูแลอาการอย่างใกล้ชิด⁹

การรักษาภาวะทางจิตเวช ยารักษาโรคจิตมักใช้เพื่อรักษาอาการทางพฤติกรรม แพทย์จะพิจารณาลดอาการทางจิตเวช อาการสับสน กระสับกระส่าย โดยใช้ยาระงับประสาท Botulinum-toxin tetrabenazine และการบำบัดด้วยไฟฟ้า^{4,9}

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาสามารถหายได้ร้อยละ 75 และกลับมาเป็นซ้ำได้ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แพทย์อาจพิจารณาให้ยากดภูมิคุ้มกัน⁵ เช่น Azathioprine mycophenolate mofetil และ Prednisolone ระยะเวลาในการรับประทานยาเพื่อป้องกันโรคกำเริบแตกต่างกันในแต่ละรายขึ้นกับความรุนแรงของโรค²

3. ระยะฟื้นฟู

การบำบัดทางร่างกาย ทางสติปัญญา ความรู้คิดพัฒนาต่าง ๆ ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือการช่วยเหลือ การดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เมื่อกลับบ้านแล้วต้องบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเพื่อกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาเป็นปี^{1,9,14,17}

การพยาบาลตามแนวทางการรักษา

การพยาบาลระยะเฉียบพลัน¹¹

การพยาบาลระยะแรกเมื่อผู้ป่วยมีอาการ เป็นการประเมินอาการตั้งแต่ระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน การให้ยา ติดตามผลการให้ยา ผลข้างเคียงของยา ประเมินอาการหลังได้รับยา รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อคลายความวิตกกังวล

1. การพยาบาลผู้ป่วยด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด

1) ดูแลให้ยา Methylprednisolone ตามแผนการรักษา^{4,5,18,19} ติดตามประเมินอาการผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องอืด ลมพิษ มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2) ดูแลให้อิมมูโนโกลบูลิน โดยทั่วไปให้ 3-5 วัน ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำการให้ยาต้องดูแลดังนี้⁴

2.1) บริหารยา 0.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที ใน 30 นาทีแรก และปรับยาขึ้นทุก 30 นาทีจนขนาดสูงสุด 4 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาทีตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน พยาบาลเตรียมยาที่ช่วยชีวิตและรอกฉุกเฉิน อาการข้างเคียง ได้แก่ ผื่นคัน ผื่นลมพิษ ไข้ ปวดศีรษะ ขณะเริ่มให้ยาทางหลอดเลือดดำให้พิจารณาปรับอัตราการหยดของยาลดลงร้อยละ 25-50 หรือหยุดให้ยาและรักษาอาการข้างเคียง อาจเกิดอาการข้างเคียงอย่างรุนแรง ได้แก่ บวมบริเวณใบหน้า หน้าแดง ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว หายใจหอบเหนื่อย มักเกิดภายใน 30-60 นาทีหลังให้ยาให้หยุดยาทันทีและรายงานแพทย์เพื่อรักษาอาการอาจพิจารณาให้ Adrenaline (1:1000) และ ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา⁵

2.2) ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพก่อนให้ยา ขณะให้ยาทุก 15 นาที 4 ครั้ง ตามด้วยทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 1 ชั่วโมงจนยาหมด

2.3) ดูแลควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการแลกเปลี่ยนพลาสมา (Plasmapheresis/PLEX) เป็นวิธีการกำจัดพลาสมาในเลือดนอกร่างกาย แล้วทดแทนด้วยสารละลายอาจเป็นพลาสมา อัลบูมิน ดูแลอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ปอดอักเสบ ความดันโลหิตต่ำ^{2,5,6} โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การพยาบาลในระยะก่อนทำแลกเปลี่ยนพลาสมา

1) อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ประโยชน์และภาวะแทรกซ้อนให้เข้าใจและยินยอมทำการรักษา⁵

2) ดูแลเตรียมผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำได้แก่ สายสวนหลอดเลือดดำ ชุดหัตถการเพื่อใช้ในการทำแลกเปลี่ยนพลาสมา⁵

3) ดูแลเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำแลกเปลี่ยนพลาสมา ได้แก่ เตรียมสารละลายทดแทน (พลาสมา อัลบูมิน) เครื่องและอุปกรณ์ในการทำ เฮพาริน/ซิเตรตใช้เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด รวมทั้งตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ เกี่ยวกับชนิด/ปริมาณสารละลายทดแทน (พลาสมา อัลบูมิน) และอัตราการไหลต่อนาที⁵

4) ดูแลติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเตรียมให้ 10% Calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา⁵

การพยาบาลในระยะขณะทำแลกเปลี่ยนพลาสมา

1) ดูแลประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ตามด้วยทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 1 ชั่วโมงเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย⁵

2) ดูแลเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะเลือดออกจากการได้รับเฮพาริน/ซิเตรตมากเกินไป ภาวะความดันโลหิตต่ำจากการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอควรบันทึกสารน้ำเข้า-ออก⁵

การพยาบาลในระยะหลังทำแลกเปลี่ยนพลาสมา

1) ดูแลติดตามและประเมินสัญญาณชีพเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย⁵

2) เมื่อทำแลกเปลี่ยนพลาสมาครบ ใส่เลือดคืนเข้าสู่ตัวผู้ป่วย ทดสอบสายสวนหลอดเลือดดำด้วย 0.9% NaCl แล้ว Heparinized สายด้วย Heparin (1:1000) ตามความจุสายทั้ง 2 ด้าน และทำความสะอาดผล ปิดแผลแบบเทคนิคปราศจากเชื้อ

3) ดูแลติดตามค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁵

3. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิต้านทาน^{4,6} ได้แก่ ยา Rituximab, cyclophosphamide tocilizumab มีดังนี้²⁰

ประเมินด้านร่างกาย: การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และด้านจิตใจเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย แผนการรักษา ผลข้างเคียงเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย รวมทั้งเจตคติและความคาดหวังต่อโรค²⁰

การพยาบาลระหว่างให้ยากดภูมิต้านทาน²⁰

1) ตรวจสอบยากดภูมิต้านทานก่อนบริหารยาตามมาตรฐานให้ผู้ป่วย²⁰

2) ติดตาม บันทึกสัญญาณชีพและอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เช่น ความดันโลหิตต่ำ มีไข้^{1,5,21}

3) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา²²

4) ติดตามผลตรวจเอกซเรย์ปอดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, UA, Hemoculture²¹⁻²³

การพยาบาลหลังให้ยากดภูมิต้านทาน²⁰

ดูแลประเมินอาการข้างเคียงภายหลังได้รับยากดภูมิต้านทาน เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผื่นร่วง ไข้หนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำ และการช่วยเหลือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ²⁰

4. การคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอก จากผลการตรวจอัลตราซาวด์ในอุ้งเชิงกราน อัลตราซาวด์ทางช่องคลอด เอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าช่องท้อง-อุ้งเชิงกราน เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง-อุ้งเชิงกราน แล้วรักษาด้วยการผ่าตัดนำก้อนเนื้อหรือเนื้องอกออกตามแผนการรักษา^{6,7,11,16} โดยปฏิบัติดังนี้

1) อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะของโรค การรักษาด้วยการผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอก ให้เซ็นใบยินยอมการผ่าตัด

2) ดูแลแผลหลังผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อน เช่น มีไข้ ความดันโลหิตต่ำ เลือดออกจากแผลผ่าตัด

การพยาบาลระยะยาว¹¹

เป็นการประเมินระดับความรู้สึกตัว พฤติกรรม อารมณ์ ความคิดอย่างต่อเนื่อง การดูแลความปลอดภัย รวมทั้งการปรับประครองอาการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการรักษาในระยะยาว

1. การดูแลผู้ป่วยภาวะชัก หรือภาวะพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติและการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง^{5,24,25}

1) ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว ชนาคูมานตา และการตอบสนองต่อแสง แรงกล้ามเนื้อแขนขาทั้งสองข้าง บันทึกสัญญาณชีพ

2) ประเมินและบันทึกลักษณะอาการชัก ระยะเวลา ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักให้จัดทำผู้ป่วยนอนราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา กรณีที่มีเสมหะ หรือน้ำลายมากให้ดูดเสมหะเพื่อป้องกันการสำลัก

3) ดูแลให้ได้รับยากันชักตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียง

4) ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ยกไม้กั้นเตียง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายจากการชักโดยการปฏิบัติตามแนวทางพลัดตกหล่น

5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดปัจจัยกระตุ้นที่ชักทำให้เกิดอาการชัก ได้แก่ แสง สี เสียง เป็นต้น

การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography; EEG) เป็นการตรวจเฉพาะทางประสาทวิทยาชนิดหนึ่งที่สามารถบอกตำแหน่งและความผิดปกติในการทำงานของสมองได้ เพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชัก วินิจฉัยโรคทางสมองและบอกตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองรวมทั้งติดตามผลของการรักษา บอกการตื่นของสมองในผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ช่วยแยกวินิจฉัยโรคทางจิตเวชว่ามีความผิดปกติเกิดจากความผิดปกติของจิตใจหรือเกิดจากพยาธิสภาพในสมองหรือโรคลมชัก ทำโดยใช้ขั้วไฟฟ้าวางบนหนังศีรษะ^{12,24,26-30}

1) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบบนเตียง²⁹

2) ดูแลทำความสะอาดผมด้วยแชมพูก่อนติดขั้วไฟฟ้าบนหนังศีรษะเพื่อลดแรงต้านทานไฟฟ้าระหว่างขั้วไฟฟ้าบนหนังศีรษะกับหนังศีรษะซึ่งมีผลต่อการบันทึกภาพคลื่นไฟฟ้าสมอง และทำสะอาดผมหลังจากการตรวจเสร็จ^{26,28,29}

3) ดูแลให้เจ้าหน้าที่วางขั้วไฟฟ้าบนหนังศีรษะในแต่ละตำแหน่งจนครบตามวิธีมาตรฐาน โดยใช้क्रमชนิดที่สามารถนำคลื่นไฟฟ้าสมองได้ ทาในตำแหน่งที่วางขั้วไฟฟ้า^{26,28,29}

4) ดูแลสายขั้วไฟฟ้าบนหนังศีรษะไม่ตึงรั้ง ไม่ให้หลุด บันทึกเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง รายงานแพทย์เมื่อรูปร่างของคลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย^{26,28-30}

2. การพยาบาลภาวะทางจิตเวชและพฤติกรรม

เป็นการรักษาและควบคุมอาการของโรคทางจิตเวช ที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากปกติโดยใช้การพูดคุยและยารักษาโรคจิต ซึ่งจะช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมองที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม เพื่อบรรเทาอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตเป็นปกติได้^{31,32}

1) สร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุยที่นุ่มนวลเป็นมิตรเพื่อสร้างความไว้วางใจและการให้ความร่วมมือ^{21,31,32}

2) ประเมินสัมพันธภาพของครอบครัว ดูแลให้เข้าเยี่ยมและพูดคุยกับผู้ป่วยตามระเบียบของโรงพยาบาล^{31,32}

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก รับฟัง อธิบายในแนวทางการรักษาเพื่อกำหนดแนวทางการรักษาร่วมกัน^{21,31}

4) ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย เช่น ครอบครัว ศาสนา และคอยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึก

ที่ติดต่อตนเอง ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลอย่างเต็มความสามารถ^{23,31,32}

5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา³¹

6) ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยและผูกมัดผู้ป่วยตามหลักมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บ และยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้โดยในระหว่างการผูกมัดให้ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกมัด^{31,32}

การพยาบาลระยะฟื้นฟู

การพยาบาลระยะฟื้นฟูมีการบำบัดฟื้นฟูทางร่างกาย ทางสติปัญญา ความรู้คิดพัฒนาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติและลดการพึ่งพา โดยพยาบาลประเมินการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเป็นระบบอย่างมีประสิทธิภาพได้ ดังนี้^{1,7,14,17}

1. การฟื้นฟูด้านร่างกายประสานงานกับหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลนาน

2. การฟื้นฟูด้านสติปัญญา เช่น ฝึกความจำ ฝึกการแก้ไขปัญหา ฝึกสมาธิ

3. การฟื้นฟูด้านจิตใจ ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก รับฟังให้กำลังใจเพื่อช่วยให้ยอมรับการเจ็บป่วยและคลายความวิตกกังวล

4. ประสานงานกับนักโภชนาการมาให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และการปรุงอาหารเองเมื่อกลับบ้าน

5. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาเมื่อเตรียมกลับบ้าน เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การรับประทานยาประสานงานให้เภสัชกรร่วมให้ข้อมูลการรับประทานยาแก่ผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

สรุป

ปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นโรคไข้สมองอักเสบเอ็นเอ็มดีเอเพิ่มมากขึ้น ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้มีการตรวจวินิจฉัยโรคผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว เริ่มต้นจากการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์เมทิลเพรดนิโซโลนร่วมกับอิมมูโนโกลบูลิน และการแลกเปลี่ยนพลาสมาส่วนผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต้องได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน แต่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแผนการรักษาและการให้ยาที่เหมาะสม พัฒนาการรักษาที่ตรงเป้าหมายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะเวลาหนึ่งแล้วอาการไม่ดีขึ้นอยู่ในระยะวิกฤตอาการที่ผิดปกติและซับซ้อน จึงต้องได้รับการดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อได้รับการดูแลรักษาการพยาบาลอย่างใกล้ชิด พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ประเมิน ติดตามอาการและการรักษา

พยาบาล รวมทั้งทักษะในการทำหัตถการ และการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤตตามหลักกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และสามารถฟื้นฟูร่างกาย จิตใจกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้^{1,2,15,17}

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์ทวนวงศ์ เวียร-ศิลป์ อาจารย์ประจำสาขาเวชบำบัดวิกฤต คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ช่วยให้ข้อมูลคำปรึกษาตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของเนื้อหา และนางสาวศิริรัตน์ ปานพันธุโพธิ์พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ผู้ตรวจการพยาบาลงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ที่ช่วยเรียบเรียงข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาให้ครบถ้วนครอบคลุม รวมทั้งข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับเนื้อหาบทความฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

- Gong Z, Lao D, Huang F, Lv S, Mao F, Huang W. Risk Factors and Prognosis in Anti-NMDA Receptor Encephalitis Patients with Disturbance of Consciousness. Patient Related Outcome Measures. 2023;181-92.
- Linda Nguyen, Cynthia Wang. Anti-NMDA Receptor Autoimmune Encephalitis: Diagnosis and Management Strategies. Int J Gen Med. 2023;16:7-21.
- Aini S, Prananjaya BA, Suryani PR, Ikhsan DS. PSYCHIATRIC SYMPTOM IN ANTI N-METHYL D-ASPARTATE RECEPTOR (NMDAR) ENCEPHALITIS, HOW TO ASSES? Int J Neuropsychopharmacol. 2025;28.
- Kuang-Lin Lin, Jann-Jim Lin. Neurocritical care for Anti-NMDA receptor encephalitis. Biomed J. 2020;43(3):251-8.
- จรรุวรรณ ไทยบัณฑิต, กฤติญาดา เกื้อวงศ์. บทบาทพยาบาลต่อผู้ป่วยเด็กโรคสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;44(3):110-22.
- Nguyen L, Wang C. Anti-NMDA receptor autoimmune encephalitis: diagnosis and management strategies. Int J Gen Med. 2023;7-21.
- Liu Y, Tian Y, Guo R, Xu X, Zhang M, Li Z, et al. Anti-NMDA Receptor Encephalitis: Retrospective Analysis of 15 Cases, Literature Review, and Implications for Gynecologists. J Healthc Eng. 2022;2022(1):4299791.
- Huang YQ, Xiong H. Anti-NMDA receptor encephalitis: a review of mechanistic studies. Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol. 2021;13(1):1-11.
- Debopam Samanta, Forshing Lui. Anti-NMDAR Encephalitis. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright© 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
- Raja P, Shamick B, Nitish L, Holla VV, Pal P, Mahadevan A, et al. Clinical characteristics, treatment and long-term prognosis in patients with anti-NMDAR encephalitis. Neurol Sci. 2021;42:4683-96.

11. Warren N, O'Gorman C, McKeon G, Swayne A, Blum S, Siskind D. Psychiatric management of anti-NMDAR encephalitis: a cohort analysis. *Psychol Med.* 2021;51(3):435-40.
12. Wesselingh R, Broadley J, Buzzard K, Tarlinton D, Senviratne U, Kyndt C, et al. Electroclinical biomarkers of autoimmune encephalitis. *Epilepsy Behav.* 2022;128:108571.
13. Sejahtera DP, Satiti S, Mukhtar IN, Andatu RL, Khairani AF. Differences in the clinical presentations of anti-NMDAR (anti-N-methyl-D-aspartate receptor) encephalitis with status epilepticus: a retrospective case series. *Indonesian Journal of Biomedicine and Clinical Sciences.* 2024;56(3).
14. McKeon G, Parker S, Warren N, Scott JG. The patient experience of recovery following anti-NMDA receptor encephalitis: a qualitative content analysis. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences.* 2021;33(1):57-63.
15. Nabil Seery, Helmut Butzkueven, Terence J. O'Brien, Mastura Monif. Contemporary advances in anti-NMDAR antibody (Ab)-mediated encephalitis. *Autoimmun Rev.* 2022;21(4):103057.
16. Crowley CM, Liew NC, Plans C, O'Brien S, Imcha M. Successful multi-disciplinary management of anti-NMDAR encephalitis during pregnancy. *Obstetric Medicine.* 2023;1753495X231190594.
17. Boeken OJ, Heine J, Duda-Sikula M, Patricio V, Picard G, Buttard C, et al. Assessment of long-term psychosocial outcomes in N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis - the SAPIENCE study protocol. *BMC Neurol.* 2024;24(1):322.
18. Antonio Ocejó, Ricardo Correa. *Methylprednisolone* StatPearls Publishing 2024 [Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544340/>].
19. Cai L, Li G, Abdulaziz AT, Gong X, Liu X, Kong X, et al. Efficacy and safety of different oral prednisone tapering courses in adult anti-NMDAR encephalitis: A multicenter prospective cohort study. *Epilepsia.* 2024;65(11):3199-215.
20. การกิดด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. อุบลราชธานี: กรมการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี; 2563.
21. อุไร มิตรปราสาท. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2563;5(4):144-52.
22. วฤณดา สุทธิบุตร. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ร่วมกับภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(4):122-32.
23. นันทิมา ไชยโกชน. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(4):419-28.
24. Eleanor Eberhard, Samuel R. Beckerman. Rapid-Response Electroencephalography in Seizure Diagnosis and Patient Care: Lessons From a Community Hospital. *J Neurosci Nurs.* 2023;55(5):157-63.
25. Pynes M. nursing Management of the Patient With encephalitis or Meningitis. *Nursing Management of the Neurosurgical Patient: An Interprofessional Approach-E-BOOK: Nursing Management of the Neurosurgical Patient: An Interprofessional Approach-E-BOOK.* 2024:78.
26. Mohammad Reza Zabihi, Kambiz Rohampour, Samira Rashtiani, Tara Alizadeh, Mohammad Akhoondian. Applications of machine learning for nursing monitoring of electroencephalography. *J Nurs Rep Clin Pract.* 2023;2(Issue 1):3-8.
27. Xiaowan Wang, Ana Borovac, Agnes van den Hoogen, Maria Luisa Tataranno, Manon J. N. L. Benders, Jeroen Dudink. Nurses' experiences and perspectives on aEEG monitoring in neonatal care: A qualitative study. *J Neonatal Nurs.* 2024;30(2):165-70.
28. Erica Prendergast, Michele Grimason Mills, Jonathan Kurz, Joshua Goldstein, Andrea C Pardo. Implementing Quantitative Electroencephalogram Monitoring by Nurses in a Pediatric Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse.* 2022;42(2):32-40.
29. Safa Kaleem, Jennifer H Kang, Alok Sahgal, Christian E Hernandez, Saurabh R Sinha, Christa B Swisher. Electrographic Seizure Detection by Neuroscience Intensive Care Unit Nurses via Bedside Real-Time Quantitative EEG. *Neurol Clin Pract.* 2021;11(5):420-8.
30. Gwenaelle Jacq, Stephane Legriel. Nurses: The Missing Link in Continuous EEG Monitoring? *Neurol Clin Pract.* 2021;11(5):363-4.
31. เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี, อนงค์นุช ศาโคตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสียงล้ำ, วีร์ เมฆวิสัย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). นนทบุรี: บริษัททอเรียอิมเมจ จำกัด; 2560.
32. พรทิพย์ วชิรดิกล, ธีระ ศิริสมุด, รสสุคนธ์ ชมชื่น, นิภาพร ลครวงศ์. แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อ สำหรับห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล. นนทบุรี: บริษัทอัลทิเมท ฟรินตัม จำกัด; 2567.