เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ

วงค์เดือน เมฆฉาย

โรงพยาบาลสามง่าม

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ

Case study Nursing Care of Hypoglycemia coma in DiabetesMellitus

วงค์เดือน เมฆฉาย
โรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร
WongduenMekchai
Samngam hospital, Phichit Province

บทคัดย่อ

ที่มา :

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพของประชาคมโลกเป็นต้นเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตและยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นไปตามเป้าหมาย และการติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะวิกฤติและเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่รุนแรง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในทีมสหสาขาวิชาชีพในประเมิน เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงต่อเนื่อง การให้การพยาบาลจนพ้นระยะวิกฤต และดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีความรู้ทักษะและความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia coma)

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia coma) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามง่าม ในช่วงเดือน มิถุนายน-กันยายน 2566 โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพของทีมผู้รักษา

ผลการศึกษา

การศึกษารายกรณีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia coma) กรณีผู้ป่วย 2 รายที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาพบว่าการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน 2 รายมีความแตกต่างในผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) และน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA_1C) พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การบริหารจัดการยาเบาหวาน การให้การพยาบาลในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน พยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ทักษะ และปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของ

แพทย์ การเฝ้าระวัง การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด การค้นหาสาเหตุของปัญหา การให้ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังของโรค การใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วินิจฉัย รักษา รวมทั้งการประสานงานกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องถือเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของชีวิต

สรุปผล: ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำปลอดภัย จากการใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับการประสานงานกับสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต

คำสำคัญ: เบาหวาน, ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ, การพยาบาล

Abstract

Background:

Diabetes is a chronic disease that threatens the health of the global community, causing dangerous complications of life and increases the cost of care. Controlling blood sugar levels in diabetic patients to goals and monitoring for vascular complications. Changing health behaviors were important guideline in caring for diabetic patients. Hypoglycemic coma is critical condition and a serious acute complication. Which can lead to disability and death. Nurse action was important in the health care team, continue to monitor for signs and symptoms. Providing nursing care the critical period is over and continued care until discharged. Continuously monitor the results of blood sugar control. Nurses need to have the knowledge, skills, and expertise to care for patients.

Objectives:

To study nursing care for diabetic patients who have lost consciousness due to low blood sugar. (Hypoglycemia coma)

Methods:

This is a case study of 2 specifically selected patients in diabetic patients who had syncope due to low blood sugar. (Hypoglycemia coma) who come to receive services in the inpatient department Samngam Hospital during June-September 2023 By adhering to the 5 step nursing process in conjunction with health promotion. Disease prevention Maintaining and restoring health of the treatment team

Results:

The purpose of this case study is to provide a case study of nursing care for diabetic patient who has coma due to low blood sugar. (Hypoglycemia coma)Case study of 2 patients who received admit in Samngam hospital, Phichit province. The results of the study found that nursing care for patients with diabetes who have coma due to low blood sugar. Two case studies of diabetic patients showed differences in results in glycemic control (FBS) and accumulated blood sugar (HbA1C).Consumption behavior, management of medications for anti-diabetes. Providing nursing care in emergency situations must use knowledge, skills, and practice in accordance with the treatment of doctors. Record changes in symptoms closely, finding the cause of the problem. Agreed togetheron behavior modification that is appropriate for patients. Setting goals for blood sugar control and continuous monitoring to keep patients safe from acute and chronic complications. The nursing process of evaluating, diagnosing, treating, including coordinating with related professionals is important. To provide patients with continuous and quality care Safe from crises of life.

Conclusion: Diabetic patients who have coma due to low blood sugar are safety by using the nursing process together with coordination with multidisciplinary professionals This allows patients to receive continuous and quality care. Safe from crisis.

Keywords: Diabetes mellitus, Hypoglycemia coma, Nursing care

บทนำ

ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่การกำหนดระดับพลาสมากลูโคสที่ ≤ 70 มก/ดล.เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเป็นระดับที่เริ่มมีผลต่อระบบควบคุมไม่ให้ระดับกลูโคสในเลือดต่ำมากเกิน (glucose counter-regulatory system) ซึ่งประกอบด้วยการกระตุ้นการหลั่ง glucose counter-regulatory hormone ได้แก่ กลูคากอน เอปีเนฟรินโกรทฮอร์โมน และคอร์ติซอล เพื่อเพิ่มระดับกลูโคสในเลือด และการกระตุ้นการหลั่งสารส่งผ่านประสาทออโตโนมิค (autonomic neuro-transmitter) ได้แก่ นอร์เอปีเนฟรินและอะเซตีลโคลีนทำให้เกิดอาการเตือนซึ่งนำมาสู่การวินิจฉัยและแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด[(1)] ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในเบาหวานแบ่งตามความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับได้แก่ 1) ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับไม่รุนแรง (Mild hypoglycemia) หมายถึงผู้ป่วยมีระดับพลาสมากลูโคสต่ำแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการออโตโนมิคบ้าง ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหวิว รู้สึกร้อนเหงื่อออก มือสั่น ซึ่งผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง 2) ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับปานกลาง (moderate hypoglycemia) หมายถึงผู้ป่วยมีระดับพลาสมากลูโคสต่ำและมีอาการออโตโนมิคร่วมกับอาการสมองขาดกลูโคสเกิดขึ้น อาการออโตโนมิคได้แก่ ใจสั่น รู้สึกหวิว รู้สึกร้อน เหงื่อออก มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดซีสโตลิคสูง

คลื่นไส้ และชา อาการสมองขาดกลูโคสได้แก่ อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ ซึ่งผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง 3) ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรง(Severe hypoglycemia) หมายถึงผู้ป่วยมีอาการสมองขาดกลูโคสที่รุนแรงจนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองและต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือหรืออาการรุนแรงมาก เช่น ชัก ช็อค หมดสติ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจได้รับหรือไม่ได้รับการตรวจระดับกลูโคสในเลือดในขณะเกิดอาการก็ได้ ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจระดับกลูโคสในเลือดแต่มีอาการสมองขาดกลูโคสซึ่งหายไปหลังจากได้รับการแก้ไขให้ระดับกลูโคสในเลือดเพิ่มสูงขึ้นแล้วก็สามารถให้การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรงได้[1,2,3] ในผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาล การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรงใช้เกณฑ์ที่ระดับพลาสมากลูโคส ≤40-50 มก/ดล.[1,4]

การแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรงเป้าหมายคือให้ระดับกลูโคสในเลือดสูงกว่า80 มก./ดล. แต่ไม่ควรเกิน 180 มก./ดล. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำอีก ต้องติดตามอาการของผู้ป่วยและตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดอย่างใกล้ชิดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาล ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดจะเป็นผลจากการใช้ยารักษาเบาหวานโดยเฉพาะอินซูลิน โดยมีปัจจัยเสริมให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ได้แก่การลดขนาดหรือหยุดยา Corticosteroid อย่างฉับพลันการที่ผู้ป่วยไม่สามารถแจ้งหรือบอกอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อยลง หรือมีการงดอาหารทางปากโดยไม่ได้เตรียมการปรับลดยารักษาเบาหวานไว้ก่อน การฉีดอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (short acting insulin) ในเวลาที่ไม่เหมาะสมกับมื้ออาหาร[5]

จากข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เนื่องในวันรณรงค์วันเบาหวานโลก 2566สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน การตรวจพบโรคเบาหวานตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้[6] สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานของอำเภอสามง่าม[7] พบว่า ปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาจำนวน 2,700 ราย ปี 2565 จำนวน 2,765 ราย ปี 2566 จำนวน 2,850 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่นอนพักรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามง่ามด้วยภาวะ Hypoglycemia coma ปี 2564จำนวน 98 ราย (ร้อยละ 3.63) ปี 2565 จำนวน 87 ราย (ร้อยละ 3.15) ปี 2566 จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 3.61) ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยจะมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินด้วยภาวะ Hypoglycemia coma ที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสมจากพฤติกรรมการบริโภค การรับประทานยาและฉีดยาไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสูงอายุ ทีมผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลในระยะวิกฤตเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และการติดตามการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามค่าเป้าหมาย ป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและดำเนินวิถีชีวิตอย่างปกติสุขได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia coma)

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia coma) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามง่าม ในช่วงเดือน มิถุนายน-กันยายน 2566 โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพของทีมผู้รักษา

วิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษาชี้แจงแนวทางการปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็น การไม่ระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษาการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้น
2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้เป็นแนวทางกรณีศึกษาเฉพาะราย
3. ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia coma)โดยใช้ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลได้แก่ ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็มซึ่งกล่าวถึงการพยาบาลจะเข้ามามีบทบาทเมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากภายนอกในการจัดการสุขภาพและสุขภาวะ ในบริบทนี้ การพยาบาลครอบคลุมถึงบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากพยาบาล ตลอดจนการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลอื่นๆ[8] มาช่วยคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

ผลการดำเนินการ

กรณีศึกษารายที่1

หญิงไทย อายุ 73ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพทำนา สถานภาพสมรสคู่แรกรับที่แผนกฉุกเฉินวันที่ 28 มิถุนายน 2566 เวลา 03.11น. case T2DM, HT, DLP, CKD stage 5 รับยาต่อเนื่องโรงพยาบาลสามง่าม 15 ปี บุตรผู้ป่วยให้ประวัติว่า 1 เดือนผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้น้อย บ่นเบื่ออาหาร 1 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมาพบผู้ป่วยนอนร้องอีออา เรียกไม่รู้สึกตัว เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเร็วตื้น ป้อนน้ำหวาน 1ช้อนโต๊ะ อาเจียนออกหมด จึงพามาโรงพยาบาลสัญญาณชีพความดันโลหิต160/80mmHg ชีพจร 98ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.3 °c O_2 sat 94% RA DTX stat 42mg% GCS 7 คะแนน (E1V2M4)

การพยาบาลระยะวิกฤตเปิดเส้นเลือดดำ เจาะเลือด CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, LFT ให้ 50% Glucose 50 ml. iv push, DTX next 15 min 180mg% then 10% D N/2 1000 ml iv drip 60 ml/hr

การพยาบาลแรกรับที่หอผู้ป่วย BP 152/81mmHg PR 88ครั้ง/นาที RR20 ครั้ง/นาที T36.9 °c, O_2 sat 98% RA รู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน on 10% D N/2 1000 ml iv drip 60 ml/hr DTX next 1 hr x 2 ครั้ง

then q 4 hr keep 80-200mg% งดยาเบาหวานทุกชนิด (Mixtard 18-0-10 u sc ac) ยาโรคประจำตัวอื่นรับประทานต่อAmlodipine10 mg 1 เม็ดOD pc เช้า Losartan 50mg 1 เม็ด OD pc เช้า Atenolol 50 mg 1 เม็ด OD pc เช้า Hydralazine HC1 50 mg 1เม็ด 4 pc Furosemide 40 mg 1 เม็ด OD pc เช้า Folic acid 5 mg 1 เม็ด OD pc เช้า Vitamin B complex 1 เม็ด 2 pc เช้า เย็น Simvastatin 20 mg 1 เม็ด HS

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC 12,130cell/cu.mm, N 74%, L13% BUN 45.1mg/dl, Cr 3.43mg/dl eGFR12.63mL/min, Electrolyte Na 138 mmol/L, K 4.0 mmol/L, Cl 103 mmol/L, CO_2 20 mmol/L, Anion Gap 19 วันที่ 29 มิถุนายน 2566 เวลา 06.00น. อุณหภูมิ 38.5 °c ปัสสาวะแสบขัด ตรวจ UA พบ WBC >100cell/HPF RBC 50-100cell/HPF ส่งตรวจ Urine culture, DTX pre-meal 201-250mg% แพทย์เพิ่มการรักษา Mixtard 8-0-4 u sc, Cef-3 2gm iv OD วันที่ 30 มิถุนายน 2566 เวลา 07.00น DTX pre-meal 53mg% ใจสั่นแพทย์ให้ Hold Mixtard วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยอ่อนเพลีย DTX pre-meal 220-290 mg% ผล Urine culture พบ E.coli >10 CFU/ml แพทย์มีคำสั่งการรักษาเพิ่มให้NPH 6u sc ac เช้า, Off Cef-*3* เพิ่ม Meropenem 1gm iv q 12 hr วันที่ 2-7กรกฎาคม 2566 DTX pre-meal 112-150mg% อุณหภูมิ 36.-37.2 °c BP122/63-152/85mmHg, ตรวจ UA: WBC 2-3cell/HPF RBC 30-50cell/HPF วันที่ 8กรกฎาคม 2566 แพทย์ให้ Discharge ได้ ให้ยาโรคประจำตัวอื่นรับประทานต่อและ NPH ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง 6 ยูนิต ก่อนอาหารเช้ารวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10วัน นัดมาติดตาม 3 สัปดาห์ วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ตรวจเลือด FBS, HbA_1CBUN, Cr, Electrolyte

การพยาบาลตลอดระยะเวลา 10 วันให้การดูแลผู้ป่วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงการพยาบาลผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia หรือ Hyperglycemia ขณะบริหารยาอินซูลินการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะการพยาบาลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การพยาบาลผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเฉียบพลันและการพยาบาลผู้ป่วยขาดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย

กรณีศึกษารายที่2

หญิงไทย อายุ 68ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพทำนา สถานภาพสมรสคู่ แรกรับที่แผนกฉุกเฉินวันที่ 28 กรกฎาคม 2566 เวลา 21.42น. case T2DM, HT, Gout, DLP, CKD stage 5 รับยาต่อเนื่องโรงพยาบาลสามง่าม 13 ปี สามีให้ประวัติว่า 2 ชั่วโมงก่อนมาพบผู้ป่วยนอนซึม เรียกไม่รู้สึกตัว เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเป่าปาก จึงเรียกกู้ชีพตำบลออกรับผู้ป่วยเจาะ DTX stat 32mg สัญญาณชีพ: BP144/74 mmHg PR 92ครั้ง/นาที RR 28 ครั้ง/นาที T 36.1 °c, O_2 sat 95% RA, GCS 7 คะแนน (E1V2M4)

การพยาบาลระยะวิกฤตเปิดเส้นเลือดดำ เจาะเลือด CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte ให้50% Glucose 50 ml. iv push, DTX next 15 min 225mg% then 10% D N/2 1000 ml iv drip 60 ml/hr admitแผนกผู้ป่วยใน

การพยาบาลแรกรับที่หอผู้ป่วย BP 150/91mmHg PR 84ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที T 36.9 °c, O_2 sat 96% รู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน on 10% D N/2 1000 ml iv drip 60 ml/hr DTX next 1 hr x 2 ครั้ง then q 4 hr keep 80-200mg% ตรวจ EKG 12 lead UA งดยาเบาหวานทุกชนิด (Mixtard 10-0-4 u sc ac) ยาโรคประจำตัวอื่นรับประทานต่อ Amlodipine 10 mg 1 เม็ด OD pc เช้า Allopurinol 100mg 1 เม็ด pc เช้า q 3 วัน $NaHCO_3$ 300 mg 3 เม็ด 3 pc Folic acid 5 mg 1 เม็ด OD pc เช้า Ferrous fumarate 1 เม็ด 3 pc Simvastatin 20 mg 0.5 เม็ด HS

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ Hct 25.4 Hb 8.8 gm% MCV 77.9ft WBC 11,1540 cell/cu.mm, N 78%, L18% BUN 39.5 mg/dl, Cr 5.02 mg/dl eGFR 8.49 mL/min, Electrolyte Na 139 mmol/L, K 3.59 mmol/L, Cl 107 mmol/L, $CO_2$15 mmol/L, Anion Gap 20.59, UA:WBC 2-3 cell/HPF RBC 0-1 cell/HPF แพทย์เพิ่มการรักษา $NaHCO_3$ 300 mg 4 เม็ด 3 pc วันที่ 29-31 กรกฎาคม 2566 รับประทานอาหารได้น้อย DTX pre-meal 102-189mg%ส่งตรวจ Electrolyte ติดตามภาวะ Metabolic acidosisพบ $CO_2$18mmol/L, 16 mmol/L, 17 mmol/L ตามลำดับวันที่ 1 สิงหาคม 2566 มีไข้ อุณหภูมิ 37.7 - 38.9°c มือซ้ายปวดบวมแดง พบ Phlebitis left hand, DTX pre-meal 200-350mg% แพทย์เพิ่มการรักษา Cloxacillin 2 gmiv q 4 hr, Mixtard 6-0-4 u sc ac ส่งตรวจ UA WBC 0.1 cell/HPF RBC 10-20cell/HPF ส่งตรวจ Urine culture, Hemoculture วันที่ 2 สิงหาคม 2566 DTX เวลา 07.00น. 41mg% ปัสสาวะออกน้อย 50 ml/hr. แพทย์เพิ่มการรักษา Hold Mixtard, Furosemide 40mg 2 เม็ด 2 pc เช้า-เที่ยง วันที่ 3-7 สิงหาคม 2566Urine C/S, H/C No growth 3-5 day off Cloxacillin วันที่ 8 สิงหาคม 2566 แพทย์ให้ Discharge ได้ ยาโรคประจำตัวอื่นรับประทานต่องดยาเบาหวานเพิ่ม Augmentin 525mg 1 เม็ด 3 pc 3 วัน, ลด Furosemide 40 mg 1 เม็ด 2 pc เช้า-เที่ยง รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล10วัน นัดติดตาม 2 สัปดาห์ วันที่ 21 สิงหาคม 2566 ตรวจเลือด FBS, HbA_1C, BUN, Cr, CBC, Electrolyte

การพยาบาลตลอดระยะเวลา 10 วันให้การดูแลผู้ป่วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงการพยาบาลผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia หรือ Hyperglycemia ขณะบริหารยาอินซูลินการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อที่มือซ้ายการพยาบาลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การพยาบาลผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเฉียบพลันและการพยาบาลผู้ป่วยขาดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย

จากกรณีศึกษาสามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลได้ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**
วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะหมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย	
ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
S : บุตรให้ประวัติว่า 3 วันมารดารับประทานอาหารได้น้อยก่อนมาพบผู้ป่วยนอนร้องอีออา เรียกไม่รู้สึกตัว เหงื่อออกตัวเย็น หายใจเร็วตื้น O : DTX stat 42mg% เรียกไม่รู้สึกตัว GCS 7 คะแนน (E1V2M4)	S :สามีให้ประวัติว่า ภรรยาบ่นเบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย 5 วันก่อนมาพบผู้ป่วยนอนซึม เรียกไม่รู้สึกตัว เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเป่าปาก O : DTX stat 32mg% เรียกไม่รู้สึกตัว GCS 7 คะแนน (E1V2M4)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ หมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง
2) เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ
3) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (80-180 mg%)

เกณฑ์การประเมินผล

1) ระดับความรู้สึกตัวปกติGCS 15 คะแนน (E4V5M6)
2) สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90mmHg, MAP ≥ 65mmHg, T 36-37.5°c, PR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-20ครั้ง/นาที, O2sat ≥ 95 %
3) ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (80-180mg%)

กิจกรรมการพยาบาล

1) ฉีด 50% Glucose 50 ml. iv push, then 10% D N/2 1000 ml iv drip 60 ml/hr ตามแผนการรักษา
2) สังเกตอาการของผู้ป่วยในขณะที่กำลังฉีด 50% Glucose และหลังฉีดเสร็จแล้วผู้ป่วยควรมีอาการดีขึ้นหรือเป็นปกติทันทีในขณะที่กำลังฉีดหรือหลังจากฉีด 50% Glucose
3) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดดังนี้ เจาะ DTX after 50% Glucose 50ml 15 นาที then q 1 hr 2 ครั้ง then 4 เวลาก่อนอาหารและก่อนนอน
4) หยุดยาเบาหวานเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนเป็นปกติและสามารถรับประทานอาหารอาหารได้ ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทันที และประเมินถ้าอาการของผู้ป่วยดี
5) สังเกตอาการทางคลินิกอย่างใกล้ชิดเช่น ซึม กระสับกระส่าย ใจสั่น เหงื่อแตกตัวเย็น ชัก หมดสติ เป็นต้น
6) ให้การพยาบาลและรายงานแพทย์ตาม scale การติดตามผล DTX ก่อนอาหารและก่อนนอน ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรคได้แก่ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ปริมาณ 1,100 กิโลแคลอรี่/วัน สำหรับกรณีศึกษารายที่ 1และ 1,000 กิโลแคลอรี่/วัน สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2

การประเมินผลรายที่ 1	การประเมินผลรายที่ 2
ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS=15 คะแนน ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ DTX 185 -250mg%รับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคได้	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS=15 คะแนน ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ DTX 156-223 mg%รับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคได้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วินิจฉัยทางการพยาบาลที่2	
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia หรือ Hyperglycemia ขณะบริหารยาอินซูลิน	
ข้อมูลสนับสนุน S: บุตรและผู้ป่วยให้ประวัติว่า 3 วัน เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย2-3 ช้อน/มื้อ หลังฉีดยาเบาหวานมีอาการใจสั่นเป็นระยะๆ O:ผู้ป่วยมีภาวะ Hypoglycemia สลับกับ Hyperglycemia ขณะปรับยาเบาหวาน	ข้อมูลสนับสนุน S:สามีและผู้ป่วยบอก5 วันรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย3-4 ช้อน/มื้อกลางคืน หลังเที่ยงคืนรู้สึกใจสั่น หิว เหงื่อออก ตัวเย็น บ่อยๆ O:ผู้ป่วยมีภาวะ Hypoglycemia สลับกับ Hyperglycemia ขณะปรับยาเบาหวาน
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล 1) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงระดับรุนแรง 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (80-180 mg%)	
เกณฑ์การประเมินผล 1) ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15 คะแนน (E4V5M6) 2) สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90mmHg, MAP ≥ 65mmHg, T 36-37.5°c, PR 60-100ครั้ง/นาที RR 16-20ครั้ง/นาที, O2sat ≥ 95% 3) ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (80-180 mg%) 4) การฉีดยาอินซูลินถูกต้องตามหลัก 7R และติดตามอาการหลังฉีดยา	
กิจกรรมการพยาบาล 1) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องหลังหยุดยาเบาหวานทุกชนิด และขณะปรับขนาดอินซูลิน 2) สังเกตอาการและอาการแสดงทางคลินิกอย่างใกล้ชิดเช่น ซึม กระสับกระส่าย ใจสั่น เหงื่อแตกตัวเย็น ชัก หมดสติ เป็นต้น อย่างต่อเนื่อง 3) เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนเป็นปกติและสามารถรับประทานอาหารได้ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรคได้แก่ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ปริมาณ1,100 กิโลแคลอรี่/วัน สำหรับกรณีศึกษารายที่ 1และ 1,000 กิโลแคลอรี่/วัน สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 4) ให้การพยาบาลและรายงานแพทย์ตาม scale การติดตามผล DTX 4 เวลาก่อนอาหารและก่อนนอน 5) ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดอินซูลินตามระดับน้ำตาลในเลือดและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโดยติดตามSMBGขณะบริหารการใช้อินซูลินแก่ผู้ป่วย 6) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และการแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ 7) การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและเปิดโอกาสให้ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์	

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การประเมินผลรายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS=15 คะแนน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ DTX 53mg%1 ครั้งHold Mixtard ไว้ และไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงระดับรุนแรง DTX 185 -250mg% ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ตามเป้าหมายจึงปรับให้ NPH 4-0-4 u sc ac	**การประเมินผลรายที่ 2** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS=15 คะแนน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ DTX 42 mg% 1 ครั้งHold Mixtard ไว้ และไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ DTX 86-189 mg% ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้น้อยกว่าเป้าหมาย จึงให้งดยาเบาหวานไว้ก่อน
วินิจฉัยทางการพยาบาลที่3 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากดื่มน้ำน้อยและกลั้นปัสสาวะ	ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อที่มือซ้ายหลังจากให้ IV fluid
ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด O :อุณหภูมิ 38.5 °c, CBC WBC 12,130cell/cu.mm, N 74%, L13%ตรวจ UA WBC >100cell/HPF RBC 50-100cell/HPF, Urine C/SE.coli>10 CFU/ml	ข้อมูลสนับสนุน S :ผู้ป่วยบอกมือซ้ายปวดบวมแดง มีไข้ O : อุณหภูมิ 37.7 - 38.9 °c มือซ้ายปวดบวมแดง ตรวจพบ Phlebitis left handบริเวณที่ให้ IV fluid WBC 11,1540 cell/cu.mm, N 78%, L18% UA WBC 20cell/HPF ส่งตรวจ Urine culture, Hemoculture
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย	
เกณฑ์การประเมินผล 1) สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90mmHg., MAP ≥ 65mmHg. , T 36-37.5 °c, PR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-20ครั้ง/นาที, O2sat ≥ 95 % 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC4,600-10,200 cell/cu.mm, N 50-60 % 3) หลังมือซ้ายยุบบวมแดงจนเป็นปกติ	
กิจกรรมการพยาบาล 1) ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุการติดเชื้อ 2) ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 15-30 นาที จนกว่าจะคงที่ เมื่อคงที่แล้วให้ประเมินทุก 1 ชั่วโมง 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เพื่อพิจารณา work up 3) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิคปลอดเชื้อ ล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาล	

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5) ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย รักษาความสะอาดของปากและฟัน การทำความสะอาดร่างกาย 6) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อและการตอบสนองต่อการรักษาการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด	
การประเมินผลรายที่ 1 ปัสสาวะปกติ ไม่แสบขัดอุณหภูมิ 36.-37.2 °c BP 122/63-152/85mmHg UA WBC 2-3cell/HPF RBC 30-50cell/HPF	การประเมินผลรายที่ 2 หลังมือซ้ายบวมแดงลดลง ทุเลาปวดอุณหภูมิ 36.5-37.3 °c BP 142/60-150/82 mmHg Urine C/Sและ H/C No growth 3 -5 day
วินิจฉัยทางการพยาบาลที่4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	
ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยถามวิธีรักษาโรคไตให้หายปฏิเสธRRT O: BUN 45.1mg/dl, Cr 3.43mg/dl eGFR 12.63mL/min, Electrolyte CO_2 20 mmol/L	ข้อมูลสนับสนุน S: บอกว่ากลัวการล้างไต ปฏิเสธRRT O: BUN 39.5 mg/dl, Cr 5.02 mg/dl eGFR 8.49 mL/min, Electrolyte $CO_2$15 mmol/L
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล 1) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 2) เพื่อให้ผู้ป่วยความรู้และสามารถปฏิบัติเพื่อชะลอไตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	
เกณฑ์การประเมินผล 1) ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 2) ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง	
กิจกรรมการพยาบาล 1) ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 2) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งอาการแสดงที่ควรสังเกตและรายงานให้ทราบ 3) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการจัดการอาการวิธีการบริหารยา การสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง และเป้าหมายในการจัดการอาการ 4) ประเมินผลความรู้และการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้กำลังใจเพื่อให้สามารถจัดการดูแลได้อย่างเหมาะสม ประเมินความกลัวความวิตกกังวลความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวปรับแผนการจัดการตามความเหมาะสมส่งต่อเข้ารับการรักษา CKD Clinic และประสานทีมสหวิชาชีพร่วมให้ความรู้ สร้าง Health literacy	

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การประเมินผลรายที่ 1 1) ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 2) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง	การประเมินผลรายที่ 2 1) ผู้ป่วยเกิดอาการแทรกซ้อนจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5พบภาวะ Metabolic acidosis $CO_2$18mmol/L, 16 mmol/L, 17 mmol/L ตามลำดับ 2) ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่5

ขาดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย

ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน
S:ผู้ป่วยและญาติบอกไม่มั่นใจที่จะกลับไปอยู่บ้าน O:ผู้ป่วยมีประวัติเป็น T2DM, HT, DLP, CKD stage 5 รับยาต่อเนื่อง มีภาวะ Hypoglycemic coma	S:ผู้ป่วยและญาติบอกไม่มั่นใจที่จะกลับไปอยู่บ้าน O: ผู้ป่วยมีประวัติเป็น T2DM, HT, Gout, DLP, CKD stage 5 รับยาต่อเนื่อง มีภาวะ Hypoglycemic coma

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลมีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้
2) เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admit)

เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน
2) ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะแทรกข้อนหรืออาการผิดปกติใดๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHOD

   D : Disease: สอนความรู้เรื่องโรคโดยใช้กระบวนการการทำ Nursing Round ร่วมวางแผนการดูแล

   M : Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน ตามแผนการรักษาของแพทย์

   E : Environmentดูแลสภาพแวดล้อม เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดระวังการพลัดตกหกล้ม

   T : Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

   H : Health careการดูแลสุขอนามัย การนอนหลับพักผ่อนอย่างพียงพออาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

   D :Dietการเตรียมอาหารเฉพาะโรค และสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ
2) สรุปผลการประเมินตามแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHODส่งต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การประเมินผลรายที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง	การประเมินผลรายที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยที่สำคัญผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินหรือยากลุ่มซัลโฟนีลยูเรียมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงบ่อยครั้งการควบคุมระดับกลูโคสในเลือดควรลดเป้าหมายและวิธีการการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[5] ภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้ายก็เป็นภัยคุกคามชีวิต จำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต[9] แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตจึงต้องให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตตามสภาวะร่างกายที่กำลังเปลี่ยนแปลงมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะร่างกายโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทางเลือกในการตัดสินใจตลอดทุกระยะของการดำเนินโรคจนระยะสุดท้ายของโรค[10] การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลและทีมผู้รักษา (Diabetes Care Team) ร่วมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความสำคัญมากในป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia coma) ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ พบว่าทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยยาอินซูลินมีโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง T2DM, HT, DLP, CKD stage 5 มีภาวะติดเชื้อในร่างกายและภาวะเบื่ออาหารจึงได้กำหนดการวินิจฉัยการวางแผนให้การรักษาพยาบาลและติดตามผล ผู้ป่วยมีการรับรู้และการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่แตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ FBS 257-303 mg%, HbA_1C 9.2 mg%เนื่องจากความกังวลเรื่องภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง ยังคงดื่มน้ำหวานบ่อยๆ ทั้งที่ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กรณีศึกษารายที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีFBS 97-114 mg%, HbA_1C 4.3 mg% โดยการตั้งเป้าหมายการควบคุมเบาหวานให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยการปฏิบัติตัวตามคำแนะในการดูแลตนเอง ปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการนำทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม 3 ประการ ได้แก่ การดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง และระบบการพยาบาล โดยระบบการพยาบาลเข้ามามีบทบาทเมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือในการจัดการสุขภาพ การพยาบาลครอบคลุมถึงบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากพยาบาล ตลอดจนการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลอื่นๆเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของชีวิต

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต การซักประวัติส่วนใหญ่มาจากญาติ ทำให้ข้อมูลบางอย่างญาติไม่สามารถตอบได้ข้อมูลอาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
2. พยาบาลที่หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำเป็นจะต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วินิจฉัย รักษา รวมทั้งการประสานงานกับสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องถือเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของชีวิต

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะHypoglycemic coma เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทั้งในระยะเบื้องต้นและระยะวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association WorkgrouponHypogtycemia. detfining and reporting hypoglycemia in diabetes. Diabetes Care 2005; 28: 1245-9.
2. Seaquist ER, Anderson J, Childs B, Cryer P, Dagogo-Jack SE, Fish L, et al. Hypoglycemia and betes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Society. Diabetes Care 2013; 36: 1384-95.
3. Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Montori VM, Seaquist ER, Service FJ. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J ClinEndocrinolMetab2009; 94: 709-28.
4. Cryer PE. Hypoglycemia, functional brain failure, and brain death. J Clin Invest 2007;117:868-70.
5. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2566.
6. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค[อินเทอร์เน็ต]. รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค 2566]. เข้าถึงได้จากhttps://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=3213
7. ระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดพิจิตร[อินเทอร์เน็ต]. กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD); 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค 2566]. เข้าถึงได้จาก https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/reports
8. นัลลูรี่การดูแลสุขภาพในรูปแบบดิจิทัล. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม. [เข้าถึงเมื่อ 7 ธ.ค 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.naluri.life/th/community/articles/ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม-คู่มือเพื่อการดูแลตนเองที่ดีขึ้น
9. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
10. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นสมาคมพยาบาลโรคโตแห่งประเทศไทย, หลักการของคำแนะนำสำหรับสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 7 ธ.ค 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/06/e-BOOK-palliative-care.pdf