

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

: กรณีศึกษา

สุกมา แสงเดือนฉาย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

บทคัดย่อ

ชายไทย อายุ ๓๓ ปี แยกกับภรรยา มีประวัติดื่มสุรา ๑๗ ปี ดื่มหนักมากขึ้นเมื่อประมาณ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ดื่มเหล้าขาว เหล้าสี ๓-๔ ขวด/วัน มีประวัติการรักษาตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ และเกล็ดเลือดต่ำ พยายามหยุดดื่มหลายครั้ง แต่มีอาการชักเกร็ง และอาการขาดสุรา จึงกลับดื่มซ้ำอีก ดื่มครั้งสุดท้าย ๑๕ มกราคม ๒๕๖๒ ดื่มจนทำงานไม่ได้ หัวหน้างานจึงส่งมาบำบัด อาการแรกเริ่ม อ่อนเพลีย ขา ๒ ข้างอ่อนแรง ตาเหลือง ตัวเหลือง ขาปลายมือ ปลายเท้า วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๒ เริ่มมีอาการ เพ้อสับสน กระวนกระวาย เหงื่อออก สั่นระดับ ๔ (Delirium tremens=DTs) CIWA-Ar = ๒๐-๒๔ คะแนน ได้รับยา Valium ฉีดเข้าเส้นตามคะแนนการประเมินอาการขาดสุรา(CIWA score) และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการขาดสุรา สังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับ Valium ทั้งหมด ๒๐๐ mg และ Hadol ๕ mg อาการดีขึ้นตามลำดับ ช่วงบำบัดมีภาวะ Electrolyte imbalance พบ Mg=๑.๒ mg/dl และ K = ๓.๓ mmol/l ผู้ป่วยได้รับ Mg Oxide และ E. Kcl จนค่าอยู่ในระดับปกติ และพบ Platelets ต่ำจากการทำงานของตับบกพร่อง = ๒๖x๑๐^๓ UL ได้ Platelets concentrate ๑๐ ยูนิต พยาบาลสังเกต ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และดูแลช่วยเหลือจนผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในช่วงของการถอนพิษสุรา รวมทั้งมีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ มีการทำจิตบำบัดรายบุคคลทุกสัปดาห์ ละ ๑ วันเป็นเวลา ๑๐ ครั้ง ด้วยการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น ลดความเครียดวิตกกังวล รับรู้คุณค่าของตนเอง และสามารถป้องกันตนเองจากการติดซ้ำได้ รวมระยะเวลาการบำบัด ๑๒๐ วัน

Abstract

The man, ๓๓ years old, separated from his wife. He had been drinking alcohol for ๑๗ years before he drank more heavily for ๑๐ years. He mostly drank clear or dark liquor ๓-๔ bottles per day. His medical history indicated that he got treatments for hepatitis, pancreatitis, and thrombocytopenia. He made efforts to stop drinking, but he still relapsed because of seizures and withdrawal symptoms. He drank his last time on drink January ๑๕, ๒๐๑๙, and he could not work. As a result, his supervisor sent him to PMNIDAT for getting alcohol treatment. The presenting symptoms were fatigue, both leg weakness, skin and eye colour changed to yellow, and numbness of the tip of the hands and feet. On January ๑๗, ๒๐๑๙, the onset of

symptoms was delirium, confusion, anxiety, sweating, tremor level ๔ (Delirium tremens=DTs) and the CIWA-Ar score was ๒๐ to ๒๔. Valium was administered intravenously according to CIWA score and IVF vital signs. The side effects of the medicine were observed closely. In total, the patient received ๒๐๐ mg. of Valium and Hadol ๕ mg. His symptoms improved gradually. During treatment processes, electrolyte imbalance had showed Mg = ๑.๒ mg/dl and K = ๓.๓ mmol/l. Patients received Mg Oxide and E. Kcl until he was getting normal. His platelets moreover were low due to impaired liver function, ๒๖,๐๐๐ cells/cumm. Consequently, he received ten units of Platelets concentrate. The nurses had been observing and assessing the changing symptoms, following up on laboratory results and providing treatment until he was saved. He also continually received long-term rehabilitation for both physical and mental health. Individual psychotherapy and cognitive behavioural therapy were conducted once a week for ten sessions. His self-esteem and self-awareness were increased. His stress and anxiety decreased. These changes could protect him from alcohol relapse. The duration time for rehabilitation was ๑๒๐ days.

Keywords: nursing of alcoholic patients, severe complications

บทนำ

โรคติดสุรา (Alcohol dependence) เป็นกลุ่มอาการทางพฤติกรรม จิตใจ และความนึกคิด (Cognition) ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจมีแรงผลักดันภายในให้อยากดื่มสุราอยู่เสมอ จนเป็นภาวะเสพติดสุรา และมีผลกระทบต่อสุขภาพ และความรับผิดชอบ^{๑,๒} ซึ่งความผิดปกติจากการดื่มสุรามักมีปัญหาแทรกซ้อนหลายอย่างทั้งจากภาวะทางร่างกายและจิตใจ ในการหยุดดื่มจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

การบำบัดผู้ป่วยสุราในช่วงถอนพิษสุรา เป็นช่วงที่มีความสำคัญมากเนื่องจากสมองมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ ทั้งการลดลงของประสาทยับยั้ง และการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท^{๓,๔} เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มทันที ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้นกว่าปกติ เกิดอาการถอนสุรา ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก หงุดหงิดง่าย มือสั่น กระวนกระวาย ก้าวร้าว หรืออาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเพื่อสับสน (Delirium tremens: DTs)^{๕,๖} ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเป็นภาวะที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย โดยมีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ ๒๐^๗ รวมทั้งมักพบภาวะแทรกซ้อน^{๑,๘} ได้แก่ ตับอักเสบ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งทำให้การเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น การบำบัดระยะนี้จึงให้ความสำคัญกับการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อน

อย่างไรก็ตามการบำบัดผู้โช้ยาและสารเสพติดที่มีประสิทธิผลนั้น การรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญในช่วงแรกเพื่อช่วยรักษาและบรรเทาอาการต่างๆ ทางร่างกาย ส่วนในระยะยาวควรบำบัดควบคู่ไปกับการทำจิต

บำบัด หรือการให้การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการหยุดใช้ยาให้ยาวนานขึ้น^๙ ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioural therapies= CBT) เป็นการบำบัดรักษาแบบหนึ่งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิผลในการบำบัดผู้ใช้ยาและสารเสพติด^{๑๐}

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย และมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากอาการถอนพิษสุราและภาวะแทรกซ้อนต่างๆในช่วงวิกฤติ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และพัฒนาศักยภาพให้สามารถดำรงตนอยู่บนเส้นทางทางเลือกยา และพึ่งพาตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดสุราได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุรา ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมทั้งได้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

๒. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการ

๑. คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ จากผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราขั้นรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุราทั้งทางร่างกายและจิตใจ

๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติต่างๆ ของผู้ป่วยให้ครอบคลุม พร้อมทั้งการประเมินสภาพ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

๓. ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย บทความทางวิชาการ การวินิจฉัย การรักษา และกิจกรรมการพยาบาล ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มีอาการเพ้อสับสน (Delirium tremens) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) รวมถึงการทำจิตบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มซ้ำ

๔. ศึกษาปัญหา ความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อเสนอแนะ วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และสรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๓๓ ปี BMI= ๒๕.๒๖ สัญชาติไทย สถานภาพแยกกันอยู่กับภรรยา มีประวัติดื่มสุรามานาน ๑๗ ปี ดื่มทุกชนิด ดื่มหนักมากขึ้นเมื่อประมาณ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ดื่มเหล้าขาว เหล้าสี ๓-๔ ขวด/วัน ดื่มมากจนติด เมื่อ ๔ ปีก่อนเข้ารับรักษาอาการตับอักเสบ และ ๒ ปีต่อมารักษาดับอ่อนอักเสบ เกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยดื่มสุรามากจนทำงานไม่ได้ ก่อนมาโรงพยาบาล ๑ เดือน ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา ๔-๕ วัน มีอาการชักเกร็ง ๑ ครั้ง และ ๒ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล หยุดดื่มเหล้าเอง มีอาการเวียนศีรษะจะเป็นลม สั่น หนาว ขนลุก เหงื่อออก คอแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน จึงกลับไปดื่มซ้ำ หัวหน้าจึงนำส่งโรงพยาบาล ดื่มสุราครั้งสุดท้าย ๑๕ มกราคม ๒๕๖๒

การวินิจฉัยโรค Alcohol dependence with Delirium Tremens and Thrombocytopenia

การประเมินสภาพร่างกาย

สภาพทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน ผิวสีน้ำตาล ผมหงอก น้ำหนัก ๗๓ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร (BMI= ๒๕.๒๖)

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๔ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : มีรอยแผลเป็นที่แขน ไม่มีรอยสัก ผิวหนังยืดหยุ่นดี เล็บมือเล็บเท้าสีน้ำตาลไม่มีคราบดำ
ศีรษะและใบหน้า : ลักษณะของศีรษะเป็นปกติ สมมาตร ไม่มีบาดแผล มีตาเหลือง เปลือกตาและเยื่อ
บุตาซีด ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและปอด : ทรวงอกสมมาตรกันดี การหายใจปกติ ฟังเสียงปอดไม่มี Wheezing
หรือ Crepitation หัวใจและหลอดเลือด เสียงหัวใจปกติ ไม่มีเสียง murmur

กระดูกและกล้ามเนื้อ: ไม่มีอวัยวะผิดปกติ หรือข้อบวม การเคลื่อนไหวไม่มั่นคง ขา ๒ ข้างไม่ค่อยมีแรง

การประเมินอาการทางจิต (๑๖ มกราคม ๒๕๖๒)

Orientation : การรับรู้ปกติ

Hallucination : ไม่มีอาการประสาทหลอนทั้งการได้ยินและการมองเห็น

Delusion : ไม่มีอาการหลงผิด

Judgment : การตัดสินใจไม่สมเหตุผล ลังเล และตัดสินใจตามความรู้สึกและอารมณ์

ประเมินโรคซึมเศร้า : คะแนน ๒ Q = ๒ (มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า)

คะแนน ๙ Q = ๑๑ (อาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย) ถ้า > หรือ = ๗ ให้ประเมิน
การฆ่าตัวตาย

คะแนน ๘ Q = ๒ (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย)

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (๑๖ มกราคม ๒๕๖๒)

ผลการตรวจ Complete Blood Count พบ White blood count ๑๑.๕ x ๑๐^๙ /UL,
Neutrophil ๗๙%, Lymphocyte ๑๔%, Monocyte ๕%, Eosinophil ๒%, Basophil ๐%,
Hematocrit ๓๕.๗%, Platelet count ๓๙ x ๑๐^๙ UL

Electrolyte พบ Na ๑๔๐ mmol /L, K ๓.๓ mmol /L, Cl ๙๙ mmol /L, CO₂ ๒๘ mmol /L

BUN ๔ mg/dl, Creatinine ๐.๖ mg/dl

ตรวจลมหายใจหาแอลกอฮอล์ ๒๘๗.๓๐ mg/dl

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยสุราเมื่อ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๕ มีอาการอ่อนเพลีย ขา ๒ ข้างอ่อนแรง ตาเหลือง ตัวเหลือง ซาปลายมือปลายเท้า ถ้ามองตรงคำถาม มือสั่นระดับ ๑ ไม่มีอาการหิวแหว่งภาพหลอน สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๔ ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มม.ปรอท ม่านตาขยาย ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง ทั้ง ๒ ข้าง

วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๒ มีภาวะเพื่อสับสน กระสับกระส่าย มีหิวแหว่งภาพหลอน ส่งเสียงเอะอะ พยายามจะลุกลงจากเตียงนอน มือสั่นทั้ง ๒ ข้าง CIWA-Ar = ๒๐-๒๔ คะแนน ให้ Valium ตาม CIWA-Ar และ ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc. iv drip ๑๐๐ cc./hr วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕ CIWA-Ar = ๒๔ ได้ Hadol (๕) IM อาการสงบ และดีขึ้นตามลำดับ รวมถึงได้รับยา Valium ๒๐๐ mg, Hadol ๕ mg ระหว่างบำบัดผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance พบ Mg=๑.๒ mg/dl และ K = ๓.๓ mmol/L ได้รับ Mg Oxide (๑๔๐) ๑x๓ oral pc และ E. Kcl ๓๐ cc oral ทุก ๔ hr x๓ dose จนค่า Mg และ K อยู่ในภาวะปกติ และพบ Platelets ต่ำ = ๒๖x๑๐^๓ U/L ให้ Platelets concentrate ๑๐ ยูนิต ระหว่างและหลังได้รับเลือดไม่มีการแพ้ มีการตรวจเลือดซ้ำเป็นระยะๆ ระดับ Platelets เพิ่มขึ้น และการติดตามวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๒ Platelets = ๑๘๐ x๑๐^๓ U/L และจากภาวะการทำงานของตับบกพร่องเกิดจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน จึงได้รับการรักษาด้วยยา Samarin ๑x๓ oral pc. และ Lactulose ๓๐ ml.oral hs เมื่ออาการแทรกซ้อนต่างๆ ดีขึ้น สภาพร่างกายผู้ป่วย แข็งแรงขึ้น จึงได้มีการประเมินเพื่อย้ายผู้ป่วยไปบำบัดรักษาต่อในตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมผู้ป่วยรักษาระยะ บำบัดด้วยยา ๔๓ วัน

ผู้ป่วยย้ายมาฟื้นฟูสมรรถภาพ แรกรับถามตอบตรงคำถาม สีหน้าเคร่งขรึม ตาขาวเหลืองเล็กน้อย ในระยะ ๑-๒ สัปดาห์แรก ยังมีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เวลาเปลี่ยนอิริยาบถ ในระหว่าง การบำบัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เครียด คิดมาก ปรับตัวไม่ค่อยได้ มีการทำจิตบำบัดด้วยการบำบัดปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล ซึ่งใช้เวลาในการสนทนา ๑๐ ครั้งๆละ ๑ ชั่วโมง รวมผู้ป่วยรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ๗๗ วัน ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลรวม ๑๒๐ วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ ๑ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีภาวะขาดสุรา และภาวะโปตัสเซียม แมกนีเซียมต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

○ : คะแนน CIWA-Ar ๒๐= ๒๔ คะแนน กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง มือสั่น เหงื่อออกมาก หิวแหว่งภาพหลอน ส่งเสียงเอะอะ ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่

○ : การทรงตัวไม่ค่อยดี เดินเซ ผลการตรวจ K = ๓.๓ mmol/L, Mg = ๑.๒ mg/dl

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ
2. ลดระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา (เพื่อสับสน) สู่ระดับภาวะปกติ
3. ระดับโปตัสเซียม และแมกนีเซียมเข้าสู่ระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ
2. คะแนนการประเมินอาการขาดสุรา (CIWA-Ar น้อยกว่า ๘)
3. ระดับโปตัสเซียม (๓.๕-๕.๑ mmol/L) และแมกนีเซียมปกติ (๑.๖-๒.๖ mg/dl)

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินสภาพร่างกาย และสภาพจิต อาการมีนงง สับสน การควบคุมตนเอง อาการอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลงของอาการถอนพิษสุรา การตอบสนองต่อการรักษา ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการขาดสุราด้วย CIWA-Ar
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นรบกวน
3. พิจารณาผู้ยึดผู้ป่วย และตรวจสอบไม่ให้มัดแน่นจนเกินไป คลายผ้าผูกล้อมเมื่ออาการสงบลง
4. ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการพลัดตกจากเตียง
5. ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา ประเมินอาการก่อน หลังการให้ยา เฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงของยา Valium ซึ่งออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง กดการหายใจ โดยวัดสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องทุก ๑๕ นาทีจนเข้าสู่ภาวะปกติ
6. ประเมิน และดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การอาบน้ำ ทำความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย
7. บริหารยาให้ผู้ป่วยได้รับยาโปตัสเซียม และแมกนีเซียม ตามแผนการรักษา และติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียง
๘. ประสานกับฝ่ายโภชนาการ ในการจัดอาหารที่มีโปตัสเซียมสูงสำหรับผู้ป่วย

ผลการประเมิน

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้ม หรือตกเตียง คะแนนการประเมินอาการขาดสุรา = ๗ (วันที่ ๒๐ ม.ค. ๒๕๖๕) และระดับโปตัสเซียม แมกนีเซียม อยู่ในระดับปกติ หลังได้รับยาตามแผนการรักษา

ปัญหาที่ ๒ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย และหยุดยาก เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยเคยตรวจ และรักษาเกล็ดเลือดต่ำที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รักษาต่อเนื่อง แต่ไม่เคยได้รับเลือด และมีรอยจ้ำเลือดบริเวณท้องแขนที่ได้รับการเจาะเลือด เปลือกตาและเยื่อぶตาซีด

O : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Platelet count = 26×10^9 UL, HCT = ๓๓.๑% (๑๘ ม.ค. ๒๕๖๒)

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ไม่เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ

และระดับ platelet count อยู่ระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ และ Platelet count อยู่ระดับปกติ 150×10^9 - 450×10^9 UL

กิจกรรมพยาบาล

๑. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ระวังการเกิดอุบัติเหตุ การกระทบกระแทกที่อาจทำให้เสียเลือดได้
๒. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนที่เตียง ลดการเคลื่อนไหว (Absolute bed rest)
๓. สังเกตอาการ และอาการแสดงของการมีเลือดออก ได้แก่ กระสับกระส่าย ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ อาเจียนเป็นเลือด เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น

๔. ดูแลให้ผู้ป่วยรับ Platelet concentrate ๑๐ unit IV ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ขณะให้เลือด ได้แก่ หนาวสั่น แน่นหน้าอก ความดันต่ำ ภาวะช็อกหรือหมดสติ และตรวจวัดสัญญาณชีพ

๕. ดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย การทำความสะอาดฟัน ใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่ม และใช้ Special mouth wash อมบ้วนปาก เพื่อหลีกเลี่ยงเลือดออกขณะแปรงฟัน

๖. ดูแล ระวังเรื่องการฉีดยา การเจาะเลือด และการให้สารน้ำ ควรเลือกหัวเข็มที่มีขนาดเล็ก หลังฉีดยา หรือเจาะเลือดควรกดบริเวณที่ฉีดไว้ประมาณ ๓-๕ นาที และการฉีด B๑ เข้ากล้ามเนื้อ หลังฉีดยากดด้วยสำลีนาน ๗-๑๐ นาที และดูจนกว่าแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล

๗. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนเกล็ดเลือดเป็นปกติ และรายงานแพทย์ให้ทราบถึงผลการตรวจเกล็ดเลือดทุกครั้ง

๘. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมิน

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะของร่างกาย ได้รับ Platelet conc ๑๐ unit IV เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๑ เวลา ๒๒.๐๐ น. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผลการตรวจภายหลังได้รับเกล็ดเลือด ระดับ Platelet เพิ่มขึ้นจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

Platelet count = 155×10^9 UL, HCT = ๓๔.๓% (๑๙ ม.ค. ๒๕๖๒)

Platelet count = 158×10^9 UL, HCT = ๓๖.๔% (๒๗ ม.ค. ๒๕๖๒)

ปัญหาที่ ๓ เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย รสชาติอาหารไม่ถูกปาก

O : ผู้ป่วยมีอาการสับสน วุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา เหงื่อออกมาก

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร น้ำ เพียงพอ ไม่เกิดภาวะขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดภาวะขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์

กิจกรรมพยาบาล

๑. ประเมินปริมาณอาหาร น้ำ ที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ในแต่ละมื้อ

๒. ประเมินภาวะขาดน้ำโดยดูจากความชุ่มชื้นของริมฝีปาก และผิวหนัง ความเข้มข้นของปัสสาวะ หากมีสีเหลืองเข้มแสดงว่ามีการขาดน้ำ

๓. ประเมิน ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับอิเล็กโทรไลต์ในกระแสเลือด

๔. ดูแลให้รับสารอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอทั้งทางปาก และทางหลอดเลือด

๕. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในแต่ละเวร

ผลการประเมิน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยในช่วงแรก และมีภาวะเพื่อสับสน จึงเริ่มให้สารอาหารและน้ำ เป็น ๕%D/N/๒ ๑๐๐ ml ตั้งแต่วันที่ ๑๗-๒๐ มกราคม ๒๕๖๓ ภายหลังพ้นจากภาวะเพื่อสับสน กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ ๓ มื้อที่มีโปรตีน และพลังงานสูง และมีการเสริมอาหารระหว่างมื้อ ได้รับน้ำไม่ต่ำกว่า ๒,๐๐๐ ซีซี น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษา ๒ กิโลกรัม

ปัญหาที่ ๔ บกพร่องในกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลสนับสนุน

O : ผู้ป่วยมีอาการเพื่อ สับสน และไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรเองได้

O : ผู้ป่วยถูกผูกยึดไว้ที่เตียง

O : ผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดต่ำ จึงให้ Absolute bed rest

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันอย่างถูกสุขลักษณะ

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยได้รับการดูแลในกิจวัตรประจำวันอย่างครบถ้วน

กิจกรรมพยาบาล

๑. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งในช่วงของการเพื่อสับสน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย เช็ดตัวให้ผู้ป่วยเข้า เย็น และเมื่อมีการขยับถ่ายเพื่อให้รู้สึกสุขสบาย

๒. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

๓. ประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย อาการมึนงง สับสน หูแว่วภาพหลอน พร้อมให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล

๔. ดูแล ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม ตกเตียง ยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล

๕. พุดคุยให้ข้อมูลต่างๆกับผู้ป่วย และเสริมสร้างกำลังใจในการบำบัดรักษา

ผลการประเมิน ผู้ป่วยได้รับการดูแลในกิจวัตรประจำวัน ได้รับประทานอาหารครบ ๓ มื้อ ได้รับน้ำดื่มวันละ ๘๐๐-๑,๐๐๐ ซีซี และได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้ทำความสะอาดร่างกายวันละ ๒ ครั้ง เช้าและเย็น และทำความสะอาดหลังปัสสาวะวันละ ๔-๕ ครั้ง และถ่ายอุจจาระวันละ ๑ ครั้ง ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ประมาณ ๖ - ๗ ชั่วโมง

ปัญหาที่ ๕ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชกจากการขาดสุรา

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเคยหยุดดื่มสุราแล้วมีอาการชก ๑ ครั้ง หลังกจากหยุดดื่ม ๔-๕ วัน

O : ผู้ป่วยดื่มสุราครั้งสุดท้าย ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓

วัตถุประสงค์ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชก กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะชกได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดภาวะชก กรณีผู้ป่วยชกได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

กิจกรรมพยาบาล

๑. ชกประวัติแบบแผนการดื่มสุรา ประวัติการเกิดอาการขาดสุราและการชกหลังหยุดดื่ม

๒. อธิบายให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนก่อนชก ได้แก่ เวียนศีรษะ จุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด เหงื่อแตก ขนลุก มีความผิดปกติ เช่น รู้สึกร้าว

๓. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่มีเสียงรบกวน แสงไฟไม่สว่างจ้าเกินไป เพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดการชก

๔. จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงต่ำเพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดจากการชกและตกเตียง จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวางที่บริเวณทางเดิน ไม่มีวัตถุที่เป็นอันตรายอยู่ใกล้

๕. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการขาดสุรา

ผลการประเมิน ในช่วงของการหยุดยาและบำบัดรักษาผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะบางครั้ง แต่ไม่เกิดอาการชก

ปัญหาที่ ๖ ผู้ป่วยมีภาวะการทำงานของตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกดื่มสุรา มา ๑๗ ปี ดื่มเหล้าขาวเฉลี่ยวันละ ๑ ขวด เคยบำบัดเพื่อเลิกสุรา และรักษาตับอักเสบ

O : ผู้ป่วยมีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง

O : ผลตรวจการทำงานของตับทางห้องปฏิบัติการ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๓

Albumin = ๓.๔ g/dl

Total Bilirubin = ๒.๔ mg/dl

Direct Bilirubin = ๒.๐ mg/dl

Indirectl bilirubin = ๐.๔ mg/dl

SGOT = ๒๒๖ /UL

SGPT= ๔๖ /UL

ALP (alk.phos.) = ๒๑๒/UL

วัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่อง และการทำงานของตับดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล อาการแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่องดีขึ้น ได้แก่ ตาเหลือง ตัวเหลืองลดลง อ่อนเพลียลดลง และผลการตรวจเลือดการทำหน้าที่ของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมพยาบาล

๑. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แน่นอึดอัดท้อง หรือคันตามผิวหนัง

๒. ประสานงานกับนักโภชนาการจัดอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันต่ำ

๓. ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๖ ชั่วโมง โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบ

๔. อธิบายพยาธิสภาพของโรค ให้ผู้ป่วยเข้าใจ ร่วมมือในการบำบัดรักษา มีแรงจูงใจในการบำบัด และเลิกดื่มสุรา เพื่อช่วยทำให้การทำงานของตับดีขึ้น

๕. ดูแลให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ อย่างน้อย ๘ - ๑๐ แก้ว/วัน เพื่อป้องกันผิวแห้งจากการขาดน้ำ

๖. ดูแลให้การขับถ่ายเป็นปกติ เพื่อลดการคั่งของแอมโมเนียในร่างกาย

๗. ดูแล และให้คำแนะนำในกิจกรรมต่างๆ เช่น งดการออกกำลังกายในช่วงที่มีผลเอนไซม์ในตับสูง และจัดกิจกรรมที่ไม่ให้ออกแรงหรือใช้พลังงานมาก

๘. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำหน้าที่ของตับ (LFT) รายงานผลให้แพทย์ทราบ

๙. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Lactulose และ Samarine

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีตาเหลือง ตัวเหลืองลดลง แข็งแรง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น อ่อนเพลียน้อยลง สามารถทำกิจกรรมช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนๆได้

๒. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล Lab. LFT วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

Albumin = ๒.๙ g/dl

Total Bilirubin = ๒.๙ mg/dl

Direct Bilirubin = ๒.๑ mg/dl

Direct Bilirubin = ๐.๘ mg/dl

SGOT = ๖๑ /UL

SGPT = ๒๖ /UL

ALP (alk.phos.) = ๑๗๑ /UL

ปัญหาที่ ๗ ความรู้สึกความมีคุณค่าในตัวเองต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกพ่อแม่ไม่มาเยี่ยม คงทิ้งผู้ป่วยไว้ที่โรงพยาบาล ไม่มีใครสนใจ

S : ผู้ป่วยเล่าว่าเคยมีความมั่นใจในตนเองว่าเป็นคนเก่ง มีความสามารถในการเล่นดนตรี ก็ทำอาหารอร่อย และสามารถสอบเข้าเป็นนักเรียนนายสิบได้ ซึ่งทำให้พ่อแม่ภาคภูมิใจ แต่ในช่วงระยะหลังที่ติดสุราความสามารถต่างๆเหล่านั้นก็หายไป ทำอะไรก็ไม่ค่อยสำเร็จ เลิกกับภรรยา ทำงานไม่ค่อยไหว ทำงานผิดพลาด รู้สึกว่าลูกน้องไม่ค่อยเชื่อถือตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนผู้ป่วยไว้วางใจ

๒. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเอง และเป้าหมายของชีวิต

๓. พุดคุยให้คำปรึกษากับผู้ป่วยตามกระบวนการจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยการตั้งคำถาม (Socratic questioning) ให้คิดถึงปัญหา และสาเหตุของความรู้สึกว่าตัวเองไม่สำคัญ ด้อยคุณค่า ให้พิจารณาอย่างมีเหตุผล มีมุมมองที่หลากหลาย แล้วจึงค่อยๆตั้งคำถาม (Guide discovery) ตรวจสอบความคิด ในประเด็นว่าความคิดเป็นจริงไหม มีประโยชน์ไหม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดของตนเอง ค้นหาศักยภาพในตนเอง และเสริมสร้างพลังให้กับตนเอง

๔. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อตนเอง (Modified thoughts) ไปสู่อาคต สร้างความมั่นใจในตนเอง ดึงศักยภาพที่มีของตนเองกลับคืนมา ให้อยู่กับปัจจุบัน กับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และค่อยๆสร้างกำลังใจ สร้างแรงจูงใจ

๕. ส่งเสริมผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ และมอบหมายงาน ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

๖. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกการสำรวจความคิดอัตโนมัติทางลบ ทำการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิด ถ้าความคิดนั้นไม่ถูกต้องหรือไม่ประโยชน์ โดยการมอบหมายงานให้ผู้ป่วยฝึกทำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่เป็นที่รัก ซึ่งเมื่อตรวจสอบแล้ว ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผล เข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความสามารถ มีพ่อแม่ที่รักตน มีงาน มีหัวหน้าที่ดี และคอยดูแลช่วยเหลือตนเอง

(หมายเหตุ ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลในข้อนี้เป็นไปตามการพูดคุยรูปแบบ CBT ครั้งที่ ๑ และ ๒)

ปัญหาที่ ๘ บทพร่องในการปรับตัวขณะบำบัดฟื้นฟูในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ

S : ผู้ป่วยอยากให้ช่วยติดต่อหัวหน้าเรื่องขอไปรักษาที่อื่น ขอออกก่อนกำหนด

S : ผู้ป่วยบอกที่ตึกฟื้นฟูมีกฎระเบียบหลายอย่าง ทำอะไรไม่ค่อยได้ นอนพักที่ที่บ้านจะสบายใจกว่า

O : สีหน้าครุ่นคิด เงียบขรึม พุดน้อย แยกตัวนั่ง เหม่อคนเดียวเป็นบางครั้ง ไม่สนใจพูดคุยกับผู้อื่น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบกำหนด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัด และยอมรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพต่อจนครบกำหนดตามเกณฑ์

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินสภาพ สอบถามความรู้สึกในแต่ละวัน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึก
2. พูดคุยให้คำปรึกษากับผู้ป่วยตามกระบวนการจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยการตั้งคำถาม (Socratic questioning) ถามถึงเหตุผล ที่อยากกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้าน ให้คิดข้อดี ข้อเสียของการอยู่บำบัด และข้อดี ข้อเสียของการกลับบ้าน (Advantage and disadvantage) และให้ผู้ป่วยพิจารณาอย่างรอบคอบถึงเหตุผลที่ให้ในแต่ละข้อ ชั่งน้ำหนัก และตัดสินใจ
3. ดูแลและจัดผู้ป่วยให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ในช่วงแรกๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมร่างกาย และจิตใจ เช่น กิจกรรมนันทนาการ ธรรมะ ศิลปะบำบัด และเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจตามความถนัด
4. ส่งเสริมให้กำลังใจ และให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมต่างๆ และสามารถปรับตัวในการอยู่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นยิ้มแย้ม พูดคุยสนุกสนานกับผู้อื่นมากขึ้น เป็นนักดนตรี (มือกลอง) ประจำตึก
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดดี เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ทุกกลุ่ม รับผิดชอบงานในทีมงานของตนเองและเข้าร่วมชมรมงานอาชีพบำบัดต่างๆ ได้
3. ผู้ป่วยยอมรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบกำหนดตามเกณฑ์

(หมายเหตุ ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลในข้อนี้เป็นไปตามการพูดคุยรูปแบบ CBT ครั้งที่ ๒ และ ๓)

ปัญหาที่ ๙ บกพร่องในการเผชิญความเครียด

S: ผู้ป่วยบอกว่ามีความวิตกกังวล คิดวนไปวนมากับปัญหาของตนเอง และรู้สึกเครียด สงสัยว่าตัวเองปกติหรือผิดปกติเป็นบ้า

S: ผู้ป่วยบอกว่าเวลาเครียดๆ ก็ไปดื่มเหล้าก็จะรู้สึกดีขึ้น ไม่ต้องคิดถึงเรื่องอะไร

O: ผู้ป่วยมีสีหน้าครุ่นคิด วิตกกังวล พูดน้อย มักแยกตัวจากกลุ่มเพื่อน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม และคะแนนความเครียดลดลง

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยความเข้าใจ จริงใจ และเป็นกันเอง
2. ประเมินอารมณ์ความรู้สึกไม่สบายใจ (Evaluate emotion) และระดับความไม่สบายใจของผู้ป่วย (Rating emotion)

๓. พุดคุยชวนให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดว่าเป็นคนผิปกติหรือคนบ้าไหม (การสนทนาครั้งที่ ๔) โดยให้คิดว่าคนบ้าที่สุดในความคิดของผู้ป่วย เป็นคนแบบไหน มีลักษณะอย่างไร และคนที่บ้านน้อยที่สุดเป็นอย่างไร และตัวผู้ป่วยเป็นอย่างไร ซึ่งผู้ป่วยสงสัยว่าตัวเองจะผิปกติ คิดฟุ้งซ่านเหมือนจะเป็นคนบ้า เมื่อตรวจสอบแล้ว ตัวเองก็ยังเป็นคนปกติธรรมดาคนหนึ่ง และตรวจสอบความคิด ความรู้สึกอยากกลับบ้าน ความรู้สึกหดหู่ (การสนทนาครั้งที่ ๕) ว่ามีเหตุผลใดที่ควรอยู่บำบัดรักษาต่อในโรงพยาบาล

๔. สอนให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบ (NAT) และการปรับเปลี่ยนความคิด

๔. สอนเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกกำหนดลมหายใจ เข้าออกช้าๆ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกกังวล หรือเครียด

๕. พุดคุยสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยเคยประสบมา วิธีจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา และร่วมกันคิดวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ รวมทั้งทักษะการแก้ปัญหา

๖. จัดกิจกรรมคลายความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ดนตรี เกม และกิจกรรมนันทนาการอื่นๆ

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมได้ โดยจะหากิจกรรมที่ชอบทำ เช่น เล่นดนตรี เล่นกีฬา และระบายความรู้สึกกับเพื่อนสนิท หรือถ้าไม่สบายใจ/คับข้องใจมากจะขอพุดคุยและรับคำปรึกษาจากพยาบาล

๒. ประเมินระดับความเครียดลดลงจาก ๙ เต็ม ๑๐ เหลือ ๓ เต็ม ๑๐

(หมายเหตุ ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลในข้อนี้เป็นไปตามการพุดคุยรูปแบบ CBT ครั้งที่ ๔ และ ๕)

ปัญหาที่ ๑๐ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ

S : ผู้ป่วยบอกนิสัยส่วนตัวเป็นคนขี้เหงา สนุกสนาน เฮฮา ติดเพื่อน เวลาเพื่อนชวนก็ไปกินด้วยกัน ไม่รู้จะปฏิเสธเพื่อนอย่างไร และเวลาอยู่บ้านรู้สึกเหงาๆ โดดเดี่ยวก็ดื่มสุรา

O : มีประวัติการดื่มสุราปริมาณมาก และดื่มเป็นระยะเวลาาน

O : มีประวัติการรักษาสุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ๒ ครั้ง ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในได้

๒. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีในการเผชิญและแก้ไขปัญหาของตนเองได้

๓. ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชวนได้

กิจกรรมพยาบาล

- ประเมินสภาพ โดยการสังเกตพูดคุยเรื่องความรู้สึกที่มีต่อสุรา การวางเป้าหมายในการหยุดดื่มสุรา
- พูดคุยโดยใช้การคำถามเพื่อนำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงสูงที่จะเป็นตัวกระตุ้นภายนอก และตัวกระตุ้นภายในที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยรู้จัก จดจำตัวกระตุ้น ทบทวนค้นหาอารมณ์ ความคิดที่มีต่อตัวกระตุ้นเหล่านั้นที่นำไปสู่การดื่ม ฝึกให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดของตนเอง (Testing cognitive) การจัดการกับตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก
- ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะป้องกันการเสพยาตามโปรแกรมการบำบัด
- แนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้วิธี จดจำ (Recognize) หลีกเลี่ยง (Avoid) และจัดการ (Coping)
- ให้หัวหน้า และครอบครัวร่วมวางแผนการบำบัดฟื้นฟู ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยขณะบำบัดฯ และเมื่อกลับบ้าน
- วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านร่วมกับหัวหน้า และครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแม่จะมาอยู่เป็นเพื่อนและดูแลผู้ป่วยที่กรุงเทพฯ

การประเมิน

- ผู้ป่วยบอกถึงเป้าหมายในชีวิตในการที่จะเลิกดื่มสุรา โดยบอกว่าจะมีความมั่นใจในการดูแลตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ ๘๐ % ซึ่งไม่ถึง ๑๐๐ % โดยให้เหตุผลว่าไม่อยากบอกเกินความเป็นจริง บางครั้งอาจมีความผิดพลาดได้ แต่ก็พยายามตั้งใจ
- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ ความคาดหวัง ความผิดหวัง ความคิดของตนเองทางลบ ความรู้สึกเหงา เสียใจ ผิดหวัง เศร้า ส่วนตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ เมื่ออยู่คนเดียว และงานเทศกาลต่างๆ ที่สมาชิกครอบครัวมาอยู่รวมกัน เช่น ปีใหม่ งานบุญบั้งไฟ รวมทั้งสามารถบอกวิธีในการปรับเปลี่ยนความคิด การโต้แย้งความคิดของตนเองเมื่อมีความคิดลบต่อตัวเอง และการจัดการกับความรู้สึก/อารมณ์ทางลบวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นได้
- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการแก้ปัญหา และวิธีการปฏิเสธเมื่อมีผู้ชักชวนให้ดื่มสุราได้
(หมายเหตุ ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลในข้อนี้เป็นไปตามการพูดคุยรูปแบบ CBT ครั้งที่ ๖ ถึง ๑๐)

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เข้ารับการรักษาโรคติดสุราเรื้อรัง ซึ่งในช่วงระยะบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยมีอาการขาดสุรารุนแรง (Delirium Tremens) และมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งจากภาวะเกลือแร่ต่ำ ตับอักเสบ รวมถึงไปตัสเซียมและแมกนีเซียมต่ำ ๆพยาบาลมีความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง มีการสัมภาษณ์ ชักประวัติข้อมูลที่สำคัญๆ การตรวจร่างกายเห็นความผิดปกติ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้เฝ้าระวัง สังเกต และการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ และ

รายงานแพทย์ได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง จึงทำให้ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยผ่านช่วงของการถอนสุราได้อย่างปลอดภัย และลดอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ในระยะถอนพิษยาจึงเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เพราะเป็นช่วงของการหยุดดื่มสุราทันที จึงทำให้ผู้ป่วยขาดสุรารุนแรงได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการยา เช่น Valium ซึ่งเป็นยาที่สำคัญในการบำบัดภาวะเพื่อสับสน แต่ยา ก็มีผลข้างเคียงในการกดระบบศูนย์หายใจ ซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษาได้ Valium ถึง ๒๐๐ mg พยาบาลต้องมีการติดตามสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ เฝ้าระวัง และประเมินความผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เกล็ดเลือดต่ำ ต้องดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาทันทั่วทั้งที่ และติดตามผลการตรวจเลือด หรือภาวะตับอักเสบ โปตัสเซียม แมกนีเซียมต่ำ นอกจากการดูแลทางร่างกายแล้ว ในการวางแผนการรักษาผู้ติดสุราเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ต้องทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในโปรแกรมการบำบัดรักษาให้นานเพียงพอ เพราะการติดสุรา มีความคล้ายคลึงกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน อาจต้องเข้าบำบัดรักษาหลายครั้ง และดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบำบัดรักษาด้วยยา ควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคมบำบัด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วยจึงจะทำให้เกิดประสิทธิผลในการบำบัด

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

๑. การพยาบาลผู้ติดสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เป็นการพยาบาลที่ให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการบำบัด เมื่อผู้ป่วยต้องหยุดดื่มสุราทันที มักมีอาการ Withdrawal และ Delirium tremens ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยหลายคนรู้สึกกลัว และวิตกกังวล พยาบาลควรต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และพูดคุยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลลง ให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นใจว่าจะผ่านช่วงเวลานี้ได้อย่างปลอดภัย และระหว่างการดูแลผู้ป่วยพยาบาลควรที่จะสังเกต ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ร่วมกับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วทั้งที่

๒. ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีอาการถอนพิษยาควรได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม ด้านประวัติการดื่ม การตรวจร่างกาย อาการถอนพิษสุรา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล และอาการปัจจุบัน เพื่อให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน

๓. ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมผู้บำบัด ในการวางแผนการดูแลบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดตั้งแต่เริ่มต้นบำบัดจนกระทั่งการติดตามดูแลภายหลังการรักษา ซึ่งกรณีที่บุคคลในครอบครัวไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยข้อจำกัดต่างๆ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว และหาแนวทางในการช่วยเหลือในการประสาน และติดต่อทางบ้าน ซึ่งอาจจะเป็นโทรศัพท์ หรือ จดหมาย หรือใช้เทคโนโลยีในการติดต่อครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมในการบำบัดรักษา

ด้านนโยบาย

๑. พัฒนาศักยภาพทางการแพทย์โดยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการดื่มสุรา เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสามารถให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๒. การพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรา นอกจากการพยาบาลทางด้านร่างกายแล้ว การพยาบาลทางด้านจิตใจ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัด ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกยาได้ในที่สุด ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจึงควรมีการบำบัดหรือให้คำปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยทุกราย

เอกสารอ้างอิง

๑. สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (๒๕๕๗). **ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
๒. เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา. (๒๕๔๙). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สำหรับการเสพติด. ใน **ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด**. หน้า ๑๖๕-๑๙๒. กรุงเทพฯ: บางกอกบลู๊ค.
๓. พิชัย แสงชาญชัย. (๒๕๔๘). สุรา แอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. ใน **ตำราเวชศาสตร์การเสพติด**. หน้า ๒๘๘-๒๘๙. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
๔. Bayard, Max.; McIntyre, Jonah.; Hill, Keith R.; & Woodside, Jack. (๒๐๐๔). Alcohol Withdrawal Syndrome. **American Family Physician**. ๖๙(๖): ๑๔๔๓-๑๔๔๔.
๕. อังกูร ภัทรากกร, ธนุรช ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พัชรี รัตนแสง และวิมล ลักขณาภิชนชัย. (๒๕๕๘). **แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา สำหรับทีมสหวิชาชีพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
๖. Long Drew, Long Brit and Koyfman Alex .(๒๐๑๗). **The Emergency Medicine Management of Severe Alcohol Withdrawal**. Am Emerg Med. ๓๕(๗): ๑๐๐๕-๑๐๑๑.
๗. ธวัชชัย ลีงหานาจ และพิชัย แสงชาญชัย. (๒๕๔๙). **ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด**. กรุงเทพฯ: บางกอกบลู๊ค.
๘. จินตวีร์พร แป้นแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**. ๙(๓): ๑๐-๑๙.
๙. National Institute on Drugs Abuse. (๒๐๑๘). **Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide** (Third Edition). Retrieved October ๑๔, ๒๕๖๙, from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>.

10. Colombo plan. (2016). **Evidence-Based Practices for Treatment Intervention.** In Treatment for Substance Use Disorder-The Continuum of Care for Addiction Professionals. WA: University of The Washington.