



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ที่ ภก ๐๐๓๓.๒๐๓.๐๓๒

วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางสาวธิดารัตน์ ศรีหวั่ง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำโครงการวิจัยเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีฝีหนองบริเวณหลังโพรงคอหอยมีภาวะหลอดลมคอดตัน: กรณีศึกษา เนื่องจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามในแบบฟอร์มการขอเผยแพร่และอนุญาตให้เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

ธิดารัตน์ ศรีหวั่ง

(นางสาวธิดารัตน์ ศรีหวั่ง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นส.ธิดารัตน์ ศรีหวั่ง)

หัวหน้าหน่วยงาน/กลุ่มงาน

(นางสาวสุพัตรา ธรรมธิฐาน)

หัวหน้าพยาบาล

(นายวีระศักดิ์ ห่อทองคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
๒๓ ก.ค. ๒๕๖๗

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง

ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖

สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัน/เดือน/ปี : ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

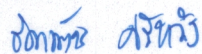
หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีฝีหนองบริเวณหลังโพรงคอหอยมีภาวะหลอดลมคออุดตัน: กรณีศึกษา

Link ภายนอก :

หมายเหตุ :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางสาวธิดารัตน์ ศรีหวัง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ผู้พิจารณารับรอง

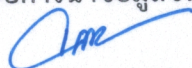


(นายแพทย์ทัตปณ สัมปตณรักษ์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา

วันที่ 24-7-67

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายจุฑิชัย ช่างคิด)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ 24 ก.ค. ๒๕๖๗

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีฝีหนองบริเวณหลังโพรงคอหอยมีภาวะหลอดลมคออุดตัน : กรณีศึกษา

ธิดารัตน์ ศรีหวัง พว.*

Tidarat Sriwang RN. *

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี ที่มาด้วยอาการ ก้างปลาติดคอ จากนั้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นฝีหนองบริเวณหลังโพรงคอหอย (retropharyngeal abscess) ร่วมกับมีภาวะหลอดลมคออุดตัน (upper airway obstruction) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดระบาย หนองเรื้อรัง การศึกษานี้มุ่งเน้นการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด ระยะเวลาวิกฤต ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ และการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยมีโรคร่วมที่ ซับซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทำให้การดูแลมีความท้าทายและต้อง อาศัยความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญของทีมพยาบาลอย่างสูง การประเมินแบบองค์รวมพบปัญหาที่สำคัญ และหลากหลาย ได้แก่ การมีเสียงแหบ หายใจเหนื่อย มีไข้ บวมแผลผ่าตัด วิตกกังวล และต้องได้รับการใส่ท่อ ช่วยหายใจเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการได้รับสารอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์และทฤษฎีทางการ พยาบาลของกอร์ดอนมาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลการ พยาบาล รวมถึงการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติอย่าง ใกล้ชิด พบว่าช่วยให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผลลัพธ์ที่ได้คือผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรง สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ภายในระยะเวลา 7 วัน โดยมีความพร้อมในการ ดูแลตนเองต่อไป

คำสำคัญ: ฝีหนองหลังโพรงคอหอย ภาวะหลอดลมคออุดตัน กระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

* Register nurse , Intensive care unit , Vachira Phuket Hospital

Abstract

This study aims to present a case study of a 73-year-old Thai male patient with a retropharyngeal abscess and upper airway obstruction, focusing on the application of the nursing process in patient care from the preoperative period, postoperative period, critical phase, rehabilitation phase, and discharge planning. The patient had comorbidities including heart failure, diabetes, and hypertension. He was treated with surgical drainage, positive pressure ventilation, and received nursing care in the surgical intensive care unit. A holistic assessment revealed significant problems including hoarseness, dyspnea, fever, surgical site pain, anxiety, and the need for prolonged endotracheal intubation, which affected his nutrition and activities of daily living.

The nursing process was applied along with evidence-based practice and relevant theories as a framework for assessment, planning, implementation, and evaluation of nursing care, as well as working with a multidisciplinary team. Integrating cooperation from the patient and family members was found to help assess and manage problems effectively, covering physical, mental, social, and spiritual aspects. This resulted in the patient being safe from complications, able to be weaned off the ventilator, and discharged home within 7 days with readiness for self-care

Keywords: retropharyngeal abscess, upper airway obstruction, nursing process

บทนำ

ฝีหนองบริเวณหลังโพรงคอหอย (Retropharyngeal abscess) ถือเป็นภาวะติดเชื้อที่พบได้น้อยแต่มีความรุนแรง โดยมักมีสาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องว่างด้านหลังโพรงคอหอย (retropharyngeal space) ซึ่งอาจลุกลามมาจากการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบน การได้รับอุบัติเหตุบริเวณคอ หรือการผ่าตัดในช่วงศีรษะ ลำคอ ในผู้ป่วยที่มีภาวะ retropharyngeal abscess อาจมาด้วยอาการไข้ เจ็บคอ กลืนลำบาก มีเสียงแหบ หากรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะหลอดลมคออุดตัน (upper airway obstruction) ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจลำบาก หายใจมีเสียง รวมถึงอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นจากการขาดออกซิเจน นอกจากนี้ยังอาจแพร่กระจายไปยังบริเวณอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด การอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องอก (mediastinitis) หรือเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ได้ ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การผ่าตัดระบายหนองออกในเวลาที่เหมาะสม รวมถึงการให้การรักษาแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงนับเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (วรวิทย์ โรจนพุทธรัตน์ และคณะ, 2563, น. 123; Bochner & Eavey, 2021, p. 175)

การศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฝีหนองหลังโพรงคอหอยในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมด้วย เช่น โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อหลายตำแหน่ง บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อนำเสนอกรณีศึกษาที่ทำนายและน่าสนใจของผู้ป่วยชายอายุ 73 ปีที่มารับการรักษาด้วยภาวะ retropharyngeal abscess ร่วมกับ upper airway obstruction ที่ซับซ้อน โดยมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล การบูรณาการความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ และการทำงานเป็นทีม ในการให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมทุกระยะของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย พ้นหายจากภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพที่บ้านได้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Retropharyngeal abscess เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย แต่มีอุบัติการณ์สูงในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ 4.94 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปีในเด็ก และพบ 1 ใน 6,600 รายของผู้ป่วยเด็กที่มาโรงพยาบาลด้วยไข้และเจ็บคอ (Hoffmann et al., 2013, p. 1268) ในขณะที่ในประชากรผู้ใหญ่มีอุบัติการณ์ที่ต่ำกว่าคือ 0.20 ต่อแสนประชากรต่อปี และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.3 เท่า (Harshita et al., 2022, p. 73) ส่วนในประเทศไทยมีข้อมูลที่จำกัด พบการรายงานผู้ป่วย 5 ใน 137 ราย (ร้อยละ 3.65) ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อลึกในคอ (deep neck infection) ที่

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (ชัยรัตน์ เสรีรัตน์ และวิภาดา เสรีรัตน์, 2565) และในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตมีสถิติของผู้ป่วยที่มาด้วยก้างปลาติดคอในปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวน 20,70, และ 80 รายตามลำดับ(ข้อมูลจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) แต่ที่มีการติดเชื้อลึกในคอ (deep neck infection) ในปี พ.ศ.2563-2566 มีจำนวน 1,1,2,1 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามาด้วยอาการ ไข้ เจ็บคอ กลืนเจ็บ กลืนลำบาก คอบวม คลำได้ก้อนที่คอ ในปี พ.ศ.2566 เคสนี้มาด้วยก้างปลาติดคอ มีหนองในลำคอ ทำให้มีเสียงแหบและมีอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายู่ในทุกช่วงวัย ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม แต่ในเคสนี้ต้องเข้ารับการรักษามิใช่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพราะมีอาการหายใจลำบาก ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆอย่างใกล้ชิด

กรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวที่ซับซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้าจากสถานพยาบาลแรกรับ ส่งผลให้โรคดำเนินมาเป็น retropharyngeal abscess ขนาดใหญ่ มีภาวะ upper airway obstruction ร่วมด้วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้การพยาบาลมีความซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการวางแผน การประเมิน และการปฏิบัติที่ทันทั่วถึง ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัดระบายหนอง ระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู จนถึงเตรียมความพร้อมกลับบ้าน ทั้งนี้ผู้ศึกษาต้องการศึกษาและนำเสนอการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล และหลักฐานเชิงประจักษ์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยรายนี้ นอกจากนี้ยังต้องการสะท้อนมุมมองเชิงวิเคราะห์ในการดูแล ทั้งประเด็นที่สำเร็จ ข้อจำกัด และสิ่งที่ต้องพัฒนา โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฝีหนองบริเวณหลังโพรงคอ หอยร่วมกับภาวะ upper airway obstruction โดยครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย

2. เพื่อวิเคราะห์การบูรณาการความรู้ ทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอนและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจเชิงคลินิก การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีปัญหาซับซ้อนหลายประการ

3. เพื่อนำเสนอประสบการณ์จากกรณีศึกษาที่พบได้ไม่บ่อยแต่มีความรุนแรง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย สามารถฟื้นหายและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ

4. เพื่อเป็นแนวทางและกรณีตัวอย่างสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ในการเรียนรู้และฝึกฝนการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเชิงคลินิก และการปฏิบัติการพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะวิกฤต จนถึงระยะฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมกลับสู่บ้าน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (case study method) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นฝีหนองหลังโพรงคอหอยร่วมกับภาวะหลอดลมอุดกั้น และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างวันที่ 27 กันยายน พ.ศ.2566 ถึง 3 ตุลาคม พ.ศ.2566 ผู้ศึกษาได้ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนอย่างละเอียด และได้แบ่งวิธีดำเนินการศึกษาเป็นขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษา เกี่ยวกับภาวะฝีหนองหลังโพรงคอหอย การใส่ท่อช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต กระบวนการพยาบาล และทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะฝีหนองบริเวณหลังโพรงคอหอยร่วมกับภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น และ ใช้ระยะเวลาในการดูแลและฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลนาน ผู้ป่วยรับทราบวัตถุประสงค์และลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย การสังเกตอาการ การทบทวนเวชระเบียน การปรึกษากับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

4. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวทาง NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) เพื่อระบุสภาวะ ปัญหา และความต้องการที่จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองทางการพยาบาล

5. วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และใช้แนวปฏิบัติเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ร่วมกับการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

6. ติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยการตรวจร่างกาย สังเกตพฤติกรรม สัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ และทบทวนเวชระเบียน เพื่อประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไป รวมถึงปัญหาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

7. สรุปผลการศึกษา โดยนำเสนอสิ่งที่ได้เรียนรู้ ประสพการณ์ แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไปในอนาคต และความท้าทายที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

ในปี พ.ศ. 2567 ขอความยินยอมและ ขอรับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการวิจัย VPHREC 034/2024 และเผยแพร่ผลงานวิชาการ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย: ผู้ศึกษาได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวาจาและเป็น ลายลักษณ์อักษร มีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการรักษาความลับของข้อมูล การเผยแพร่ผลการศึกษาเพื่อแบ่งปันความรู้ในการดูแลและรักษาพยาบาล ให้มีความสำคัญกับการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย และใช้ข้อมูลที่ได้รับอย่างถูกต้องและปลอดภัยตามหลักวิชาการ และมาตรฐานทางการแพทย์

แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษากับทฤษฎีด้วยการอภิปรายผล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
ข้อมูลทั่วไป	อาการสำคัญ: คอบวม เสียงแหบมา 2 วัน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต วันที่ 24 กันยายน 2566 ด้วยอาการ ก้างปลาติดคอ เสียงแหบ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจเต้นผิดจังหวะ รักษาประจำที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ประวัติการแพ้ยา: ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ประวัติการสูบบุหรี่: สูบบุหรี่วันละอย่างน้อย 2 มวนต่อวันมานาน 20 ปี ประวัติการดื่มสุรา: ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ผู้ป่วยมาด้วยอาการก้างปลาติดคอ เสียงแหบ มาตรวจที่โรงพยาบาล เอกซน แพทย์ให้ยาลดกรดอาการในโรงพยาบาลต่อมา มีอาการหายใจลำบากมากขึ้น จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยเป็นผู้ชายวัยสูงอายุเมื่อรับประทานอาหารการเคี้ยวกลืนค่อนข้างลำบาก ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลง อาจทำให้เกิดอาการสำลักจากการรับประทานอาหารและทำให้อาหารค้างอยู่ที่บริเวณคอหอยเป็นเวลานานทำให้เกิดการอักเสบและเป็นฝีในบริเวณคอหอย (Nutrition After Prosthodontics Rehabilitation.ภาวะการกลืนลำบาก หน้า.4-5) ซึ่งเรียกว่า Retropharyngeal abscess คือการติดเชื้อจากคอหอยเข้าไปติดในช่องหลังโพรงคอหอยเกิดเป็นฝี พบมากในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ(วรวิทย์ จันทร์ทอง และคณะ, 2563, น. 112-113)และจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.3 เท่า (Harshita et al., 2022, p. 73)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
การวินิจฉัยโรคและการรักษา CT scan พบ retropharyngeal abscess ผ่าตัด D/L with I & D retropharyngeal abscess	ตรวจร่างกาย พบว่าพบก้างปลาขนาด 4 ซม. ที่ posterior pharyngeal wall ด้านขวา และการบวมของ retropharyngeal space ทำให้พบว่าลักษณะคอบวม แดง กดเจ็บ - Lungs: Rhonchi both lungs - Heart: Normal S1S2, no murmur - Neuro: E4V-T-M6, moved all extremities, pupil 2 mm RTLBE CT scan พบ retropharyngeal abscess ขนาดใหญ่ แพทย์จึงให้การรักษาโดยการผ่าตัด D/L with I & D retropharyngeal abscess เพื่อระบายหนอง แต่ทำไม่ได้เพราะเนื้อเยื่อบวมมาก (Swelling of upper airway) จึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ	(ต่อ) ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยอาการมีไข้ ร่วมกับอ่อนเพลีย เจ็บคอ กลืนเจ็บ กลืนลำบาก รู้สึกเหมือนมีก้อนอะไรติดในคอ เสียงแหบ เสียงเปลี่ยน พูดลำบาก (Bochner & Eavey, 2021, p. 175) การวินิจฉัยโรค retropharyngeal abscess ในเคสนี้ ต้องอาศัยข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจภาพรังสี (มันทนา บุญรอด, 2562, น. 119; Boscolo-Rizzo et al., 2021, p. 348) ซึ่งพบว่ามีประวัติกลืนก้างปลา และตรวจร่างกายพบว่ารูปร่างลำคอ บวม แดง แพทย์จึงได้ส่ง CT scan เพื่อได้ทราบถึงลักษณะฝีหนอง ตำแหน่ง ขนาดความสัมพันธ์กับอวัยวะข้างเคียงได้ชัดเจน รวมไปถึงการระบายหนองออกจากโพรงคอหอย (Ngan et al., 2012, p. 129) และผลจาก CT scan พบ retropharyngeal abscess ขนาดใหญ่ทำให้เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นและเมื่อแพทย์ได้ทำการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดระบายหนองออกยังพบว่าเนื้อเยื่อในลำคอบวมมาก (Swelling of upper airway)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ: - CBC: Hb 10.5 g/dL, Hct 32%, WBC 18,500 /mm³ (N 88%, L 10%), Plt 450,000 /mm³ - BUN 18 mg/dL, Cr 1.2 mg/dL, Na 135 mEq/L, K 3.5 mEq/L, Cl 98 mEq/L, HCO₃ 24 mEq/L - CRP 120 mg/L, ESR 80 mm/hr - Hemoculture no growth - Gram stain จากหนองที่เจาะจากตำแหน่งฝี: GPC in pairs and chains - Culture & sensitivity: Streptococcus pyogenes (Group A) - susceptible to Amoxicillin, Clindamycin, Cephalexin, Vancomycin	(ต่อ) จึงไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ และต้องรอให้คอบวมก่อนจึงจะทำการผ่าตัดอีกครั้ง ดังนั้นแพทย์พิจารณาจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจ(Bochner & Eavey, 2021, p. 175) จากผลการตรวจเลือด พบว่ามีภาวะ leukocytosis ร่วมกับ neutrophilia ซึ่งบ่งชี้ถึงการติดเชื้อแบคทีเรียอย่างรุนแรง ค่า Hb และ Hct ลดต่ำลงเล็กน้อย อาจเกิดจากภาวะการอักเสบเรื้อรังที่เรียกว่า anemia of chronic disease ในขณะที่ค่า BUN และ creatinine ที่เพิ่มขึ้นเหนือค่าปกติแสดงถึงการลดลงของ renal perfusion จากภาวะ volume depletion ร่วมกับการติดเชื้อ ควรให้สารน้ำและติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ส่วนค่า electrolytes ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบความผิดปกติของเมแทบอลิซึมที่รุนแรง (กิตติพงศ์ ไชยวงศ์, 2560, น. 45; Lalakea & Messner, 2003, p. 37) ค่า CRP และ ESR ที่สูงขึ้นอย่างมาก สะท้อนถึงระดับการอักเสบติดเชื้อที่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับอาการทางคลินิก การติดตามแนวโน้มของค่าเหล่านี้จะช่วยบอกการตอบสนองต่อการรักษาได้ดี

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
		(ต่อ) โดยค่าที่ลดลงแสดงถึงการควบคุมการอักเสบติดเชื้อที่ดีขึ้น (กิตติพงศ์ ไชยวงศ์, 2560, น. 45; Lalakea & Messner, 2003, p. 37) การไม่พบเชื้อจาก Hemoculture เป็นเรื่องที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย retropharyngeal abscess เนื่องจากส่วนใหญ่เชื้อมักอยู่เฉพาะในตำแหน่งฝี ยังไม่แพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด แต่หากขึ้นเชื้อจะมีประโยชน์ในการปรับยาปฏิชีวนะให้ตรงกับเชื้อสาเหตุมากขึ้น (Philpott & Selvadurai, 2011, p. 59) ส่วนผล gram stain และ culture ของเคสนี้พบว่าฝีหนองมีการติดเชื้อ Streptococcus pyogenes ซึ่งเป็นเชื้อก่อโรคที่พบได้บ่อยที่สุดของภาวะนี้ และยังคงไวต่อยากลุ่ม Penicillin, Cephalosporin และ Vancomycin (Philpott & Selvadurai, 2011, p. 59) ข้อมูลนี้จะช่วยให้แพทย์สามารถปรับยาต้านจุลชีพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
การรักษา	หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เข้ารับการรักษาวันที่ 27/9/66 เวลา 16.50 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ on ET tube with respirator ตรวจร่างกายพบบริเวณลำคอ บวมแดง ตรวจวัดสัญญาณชีพ T=37.6 °C HR = 124 ครั้ง/นาที RR= 23 ครั้ง/นาที BP= 189/100 mmHg O₂Sat 95%, NPO on IV 0.9%NSS 1000 ml rate 40 ml/hr. คู่กับ 5%D/NSS rate 40 ml/hr. แพทย์เฉพาะทางหู คอ จมูก ตรวจเย็บอาการ ให้ Set OR for external drainage retropharyngeal abscess ผลจากการผ่าตัดพบ Serosanguinous discharge in retropharyngeal space with minimal Pus discharge ประมาณ 5 ซีซี	ขณะรับเข้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เมื่อตรวจวัดสัญญาณชีพพบว่า มีไข้ต่ำๆ หัวใจเต้นเร็ว จึงได้ทำการตรวจคลื่นหัวใจ EKG 12 leads พบ Sinus tachycardia และความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แปลได้ว่าผู้ป่วยอาจเริ่มมีการติดเชื้อในลำคอหรือจากการได้รับสารน้ำและอาหารไม่เพียงพอ (วรวิมล จันทร์ทอง และคณะ, 2563, น. 112-113) เนื่องจากผู้ป่วยงดน้ำและอาหารประมาณ 3 วันและจากโรคประจำตัวเดิมคือความดันโลหิตสูง ประกอบกับมีความวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น (อ.พญ.วิมาลา วิวัฒน์มงคล, อายุรแพทย์โรคหัวใจ: ภาวะความดันโลหิตสูง; รหัสเอกสาร SD-HA-IMC-027-R-00)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
การรักษา(ต่อ)	(ต่อ) และได้ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Clindamycin 600 mg iv ทุก 8 hr. คู่กับ Ceftriazone 2 gm iv OD	(ต่อ) การรักษาคือการระบายหนองออกโดยการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดมี 2 วิธีคือ 1.Transoral approach เป็นการระบายหนองผ่านทางปากโดยการกรีดระบายที่คอหอยส่วนหลัง ใช้ในรายที่มีขนาดของฝีไม่ใหญ่มาก ไม่มีการติดเชื้อบริเวณคอ และ 2.Transcervical approach เป็นการผ่าเปิดระบายผ่านทางด้านคอภายนอก ใช้ในรายที่มีฝีขนาดใหญ่ มีการติดเชื้ออักเสบที่อวัยวะข้างเคียง (ศิริลักษณ์ หวังวิรวงศ์ และคณะ, 2561, น. 56) ในเคสนี้แพทย์ได้เลือกใช้วิธีการผ่าตัดแบบที่ 2 เนื่องจากเป็นฝีหนองขนาดใหญ่ มีการอักเสบของเนื้อเยื่อในลำคอและเพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาท การมีเลือดออกรุนแรง (ศิริลักษณ์ หวังวิรวงศ์ และคณะ, 2561, น. 56) แต่ในเคสนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวและแพทย์ได้ใช้ยาในการรักษาคือยา Clindamycin และ Ceftriazone เนื่องจากผลเพาะเชื้อ Gram stain จากหนองที่เจาะจากตำแหน่งฝีพบ GPC in pairs and chains และผล Culture& sensitivity พบเชื้อ Streptococcus pyogenes

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
การรักษา(ต่อ)	(ต่อ)	(ต่อ)(Group A) ซึ่งความไวของเชื้อแบคทีเรียต่อยาต้านแบคทีเรีย ในกลุ่มนี้ได้แก่ Amoxicillin, Clindamycin, Cephalexin, Vancomycin และเป็นยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อทั้ง aerobe และ anaerobe ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการสร้างผนังเซลล์แบคทีเรียครอบคลุมเชื้อประเภท staphylo- cocci, streptococci, pneumococci, anaerobic bacteria ได้ (Philpott & Selvadurai, 2011, p. 59) ขณะที่ได้รับยาปฏิชีวนะไม่พบอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ปวดท้อง, คลื่นไส้, อาเจียน ท้องเสียและผื่นแพ้ (คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล:คลังข้อมูลยา;ค.ศ.2019) สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดที่บริเวณลำคอ ด้านหน้าไม่บวม แดง สารคัดหลั่งน้อยลง เมื่อได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ หายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อย (ฉัตรภรณ์ มณีประสิทธิ์:การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ; ร.พ.พระมงกุฎเกล้า.หน้า 29-39) อาการทั่วไปดีขึ้น จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้ เข้ารับการรักษาค่อยในหอผู้ป่วยEENT ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น หายใจไม่เหนื่อย ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างบนเตียงและได้มีการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวทาง NANDA

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะก่อนผ่าตัด 1: ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการเจ็บป่วย เนื่องจากการขาดความรู้ ประสบการณ์ และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลของการรักษา ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล ถามคำถามซ้ำๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด บอกกลัวการผ่าตัด กังวลเกี่ยวกับโรคและอาการของตนเอง เป้าหมาย: ลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษามากขึ้น	1.ประเมินระดับความวิตกกังวล ปัจจัยที่ทำให้เกิดความกังวลของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงท่าทียอมรับและให้กำลังใจ 2.อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา วิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 3.ให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย แสดงความเห็นอกเห็นใจ แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การหายใจลึกๆ การนับเลข 4.ประสานกับแพทย์ในการให้ยาลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดตามความเหมาะสม	การผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต และเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด โดยเฉพาะระยะก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดเป็นช่วงเวลาของผู้ป่วย มีความวิตกกังวลสูงสุด สาเหตุความวิตกกังวลและ ความเครียดเกิดจากความไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของ สถานการณ์การผ่าตัดกลัวสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือ สูญเสียการทำงานของอวัยวะของร่างกาย ความวิตกกังวล และความเครียดที่เกิดขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ (Bysshe JE. The effect of giving information to patients before surgery. Nursing 1988; 31: 36-9) ในเคสนี้เมื่อพยาบาลได้สร้างสัมพันธภาพที่ดี อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา วิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
2: ประสิทธิภาพการหายใจลดลง เนื่องจากมีหนองในโพรงคอหอย ทำให้เกิดทางเดินหายใจอุดตัน ข้อมูลสนับสนุน: จากผล CT scan พบ retropharyngeal abscess ขนาดใหญ่ : คอบวม แดง เป้าหมาย: ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ค่า SpO₂ > 95%, PaO₂ > 80 mmHg, PaCO₂ 35-45 mmHg	1.ประเมินการหายใจ เสี่ยงปอดอักเสบติดเชื้อ ระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง 2.ดูแลให้ได้รับการหายใจที่มีประสิทธิภาพโดยปรับ setting เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา 3.ดูแลให้ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจทำงานได้ดี ไม่มีการรั่ว หลุดเลื่อน ตรวจสอบปริมาตรอากาศหายใจเข้าออก (tidal volume) ให้เพียงพอ 4.ดูแลเสมหะทุก 2-4 ชม.หรือตามความจำเป็น โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ บันทึกลักษณะและปริมาณเสมหะ 5.จัดทำให้ศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา หรือท่าที่ทำให้ระบายเสมหะได้ดี หลีกเลี่ยงการกดทับหรือดึงรั้งท่อช่วยหายใจ พิจารณาใช้ยาละลายเสมหะ (mucolytic agents) ตามแผนการรักษาเพื่อลดความเหนียวของเสมหะ 6.กระตุ้นการไออย่างมีประสิทธิภาพด้วยการหายใจลึกๆ และการไอแรงๆ สลับกับการพัก โดยปรึกษานักกายภาพบำบัดช่วยสอนการไอและการฝึกหายใจให้ได้ประสิทธิภาพ	เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ช่วยในการทำงานของปอดและช่วยในเรื่องของการหายใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำการหายใจได้ด้วยตนเอง การใส่เครื่องช่วยหายใจจะใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ในกรณีที่ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเองลำบากหรือแทบไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้และใช้ในขณะเข้ารับการผ่าตัดเพื่อควบคุมการหายใจให้เป็นปกติเมื่อไม่สามารถหายใจได้ตามปกติด้วยวิธีต่าง ๆ ของร่างกายจะไม่ได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่และจะทำให้มีการสะสมของคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายมากเกินไป ซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย จึงจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกไปและเติมออกซิเจนเข้ามา อาการป่วยหรือบาดเจ็บที่ส่งผลต่อการหายใจ เช่นภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน, โรคหอบหืด, โรคอื่นที่มีผลกระทบต่อระบบประสาทและอวัยวะที่ใช้ในการหายใจ ซึ่งวัตถุประสงค์ของการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยและเพื่อช่วยการหายใจ (positive pressure ventilation)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะหลังผ่าตัด 3: ปวดแผลผ่าตัดบริเวณคอระดับรุนแรง เนื่องจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัดมาก ระดับความปวด 7 คะแนนจาก 10 มีสีหน้าแสดงความทุกข์ทรมาน หน้านํ้าคิ้วขมวด บีบมือพยาบาล	1.ประเมินระดับความปวดจากการบอกกล่าวและพฤติกรรมที่แสดง ด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม เช่น numerical rating scale ในผู้ใหญ่ 2.ประเมินลักษณะความปวด ตำแหน่ง ระยะเวลา ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือดีขึ้น	(ต่อ) ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้อย่างเหมาะสม (ฉัตรภรณ์ มณีประสิทธิ์: การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ; ร.พ.พระมงกุฎเกล้า. หน้า 29-39)ในเคสนี้ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจจากมีหนองในโพรงคอหอย ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะการหายใจลำบาก ค่าแก๊สในเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในเวลาที่เหมาะสม และมีทีมนักกายภาพช่วยในการฝึกหายใจและการไอให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การผ่าตัดเป็นสิ่งร้ายแรงกลทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทโดยตรง เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมี เช่น โพรสตาแกลนดิน ฮีทู ฮิสตามีน ปฏิกริยาที่เกิดจะเป็นเฉพาะที่บริเวณเนื้อเยื่อผ่าตัด สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้สีกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อการเจ็บปวดมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
เป้าหมาย: ระดับความปวดลดลง จนผู้ป่วยสามารถทนได้ โดยมีความปวดไม่เกิน 3 คะแนนจาก 10 คะแนน	(ต่อ) 3.ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด และประเมินผล หลังให้ยา 4.จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จำกัด จำนวนผู้เยี่ยม ลดแสงและเสียง รบกวน ส่งเสริมการพักผ่อนให้เพียงพอ 5.จัดท่านอนที่สบาย ให้ศีรษะสูง เล็กน้อยหนุนด้วยหมอนหรือผ้าห่มตามความเหมาะสม 6.สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ การนวดคลึงบริเวณหัวไหล่ ต้นคอ	เนื้อเยื่อมีการอักเสบหรือได้รับบาดเจ็บ อาการปวดจะรุนแรงในวัน 3 แรกหลังผ่าตัด(สถาบันรับรองคุณภาพบริการด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกา Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations= JCAHO) การประเมินอาการปวด โดยการสังเกตและซักถามอาการปวด อาการปวดจะได้รับการประเมินอย่างละเอียด โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการปวดที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ผู้ใหญ่ควรวัดด้วยมาตรวัดแบบมีตัวเลข (Numerical Rating Scale) หรือมาตรวัดแบบแสดงความรู้สึกทางสีหน้า (Faces Pain Scale) หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจได้รับการประเมินอาการปวดต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมือประเมินอาการปวด ระดับความรุนแรงของอาการปวดดังนี้ ระดับน้อย (1-3 คะแนน) ใช้ยาบรรเทาปวดที่ไม่ใช่กลุ่มออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีนและยาต้านการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ร่วมกับวิธีไม่ใช้ยา ระดับปานกลาง (4-7 คะแนน) ใช้ยาบรรเทาปวดที่ไม่ใช่กลุ่มออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีนและยาลดการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ ร่วมกับยาออกฤทธิ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะหลังผ่าตัด(ต่อ)		(ต่อ) คล้ายมอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์บรรเทาอาการปวดปานกลาง ระดับมาก (8-10 คะแนน) ใช้ยาออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน ที่ออกฤทธิ์บรรเทาอาการปวดมาก การบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา เป็นการพยาบาลโดยผ่านกระบวนการทางความคิดและการกระทำ ได้แก่ การจัดท่านอน ผู้ป่วย การนวดเพื่อการผ่อนคลายเบาๆ การสอนหรือการให้ข้อมูล การสูดหายใจเข้าออกลึกๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ (American Pain Society. (2004). Pain: A Current Update of Assessment, Management and Treatment.) ในเคสนี้เมื่อได้ประเมินระดับความปวดด้วยเครื่องมือประเมินความปวด numerical rating scale ในผู้ใหญ่แล้วพบว่า ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัดมาก ระดับความปวด 7 คะแนนจาก 10 มีสีหน้าแสดงความทุกข์ทรมาน หน้าเขียว ขมวด หนีบมือ จึงให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะหลังผ่าตัด(ต่อ) 4: มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณคอ ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีแผลเปิดบริเวณลำคอขนาดใหญ่ มีสาย drain ระบายสารคัดหลัง และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน เป้าหมาย: ป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดหายดี ไม่พบหนองหรือสิ่งคัดหลังผิดปกติ : ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ	1.ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด บันทึกขนาด สี กลิ่น ชนิดของหนองหรือสิ่งคัดหลังจากแผล อย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง 2.ทำความสะอาดแผลและเปลี่ยนผ้าปิดแผลตามหลักปราศจากเชื้อ (aseptic technique) อย่างเคร่งครัด โดยใช้อุปกรณ์ปลอดเชื้อ สวมถุงมือ mask ทุกครั้ง ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดผิวหนังรอบแผลก่อนทำแผล เช่น Povidone-iodine, Chlorhexidine 3.เก็บตัวอย่างส่งตรวจเพาะเชื้อจากแผลเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก เช่น แผลมีกลิ่นเหม็น มีหนองไหลเยิ้ม ผู้ป่วยมีไข้สูง 4.ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา โดยมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องครบถ้วน	(ต่อ)เป็น morphine 5 mg iv prn ทุก 3 hr.เมื่อได้รับยาแก้ปวด ไม่มีอาการแพ้ยา ระดับความปวดลดลงโดยมีความปวดไม่เกิน 3 คะแนนจาก 10 คะแนน สามารถพักผ่อน หลับได้ การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด แบ่งการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดออกเป็น 3 ประเภทคือ Superficial incisional SSI, Deep incisional SSI และ Organ/space SSI การติดเชื้อต้องเกิดขึ้นภายใน 30 วัน หรือภายใน 90 วัน หลังการผ่าตัด (นับวันผ่าตัดเป็นวันที่ 1) ตามตำแหน่งการผ่าตัด คือมีอาการและอาการแสดง ปวด บวม แดง ร้อน มีหนองในตำแหน่งผ่าตัด หรือแผลแยก ซึ่งขึ้นอยู่กับประเภทของแผลผ่าตัด ในเคสนี้เป็นแผลผ่าตัดสะอาด (clean wound) คือแผลผ่าตัดที่เตรียมการผ่าตัดล่วงหน้า เย็บปิดแผลหลังผ่าตัด (primary closure) ใส่มีระบายแบบเปิด (Centers for Diseases Control and Prevention. (2017). Surgical site infection (SSI) event. Retrieved April 8, 2017)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะหลังผ่าตัด(ต่อ)	5.ติดตามผลเพาะเชื้อจากห้องปฏิบัติการ ถ้าพบว่าการพบเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะเร็วที่สุด 6.ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดทุก 4- 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์	เมื่อประเมินลักษณะแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งและสะอาดดี ไม่พบการติดเชื้อ ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สาย drain ไม่มีการเลื่อนหลุด ผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อก่อโรค และในเคสนี้มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งภาวะน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติเป็นระยะเวลานาน น้ำตาลที่สูงจะส่งผลโดยตรงต่อหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ โดยทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์ และภาวะหลอดเลือดอุดตันได้ง่ายกว่าคนปกติ และยังส่งผลต่อภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยในภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ทำให้น้ำตาลส่วนเกินไปเกาะกับเม็ดเลือดขาวที่ใช้ต่อสู้กับเชื้อโรค ทำให้เม็ดเลือดขาวมีประสิทธิภาพในการต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆ ได้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย (พญ. ศศิภัสช์ ช้อนทอง, อายุรแพทย์ผู้ชำนาญการด้านโรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม,ร.พ. รามาธิบดี) ขณะเข้ารับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ อยู่ในช่วง 80-200 mg/dl

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะวิกฤต 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ retropharyngeal abscess, มีไข้ ชีพจรเต้นเร็ว 110 ครั้ง/นาที ปลายมือปลายเท้าเย็น เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และ tissue perfusion ที่เพียงพอ	1.ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะ อย่างใกล้ชิดและบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง 2.ให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุม กว้าง (empiric broad-spectrum antibiotics) ตามแนวทางของ sepsis protocol 3.ติดตามผล CBG, BUN, creatinine, electrolytes, lactate รายงานความผิดปกติให้แพทย์ทราบ 4.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อเพิ่ม venous return 5.ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้น้อยกว่า 200 mg/dL หากจำเป็นพิจารณาให้ insulin ตามแผนการรักษา 6.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ไตวาย DIC เลือดออกในทางเดินอาหาร ARDS	Septic Shock เป็นภาวะอาการที่มักเกิดหลังการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งส่งผลให้ร่างกายมีระดับความดันโลหิตลดต่ำผิดปกติจนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ ทำให้อวัยวะทำงานลดลงหรือทำงานผิดปกติ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ป่วยอาจเสี่ยงเกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น หัวใจวาย ไตวาย ตับวาย ภาวะการหายใจล้มเหลว ความผิดปกติด้านการแข็งตัวของเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (มณฑนา บุญรอด. (2562). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(3), 116-124) จากประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะ อย่างใกล้ชิดและ ทุก 1-2 ชั่วโมงผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ความดันเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ perfusion ดีขึ้น ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบการทำงานของอวัยวะล้มเหลว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะวิกฤต(ต่อ) 6: เสี่ยงต่อภาวะการเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องหน้าอก (mediastinitis) ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เสมหะสีเหลืองเหนียวจำนวนมาก บริเวณแผลผ่าตัดบวมแดงมีสิ่งคัดหลั่งจากแผล เป้าหมาย: ป้องกันการเกิดภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องหน้าอก(mediastinitis)	1.สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ไข้ขึ้นสูง หายใจเหนื่อยมากขึ้น 2.ติดตามผลฟิล์มเอกซเรย์ปอดและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมให้รีบปรึกษาแพทย์ทันที 3.ประเมินการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างใกล้ชิด รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ	การอักเสบและการมีหนองสะสมภายในโพรงคอหอย พบมากในผู้ใหญ่ เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อและมีหนองสะสมในช่องหลังคอหอยมากขึ้น จะทำให้เนื้อเยื่อบวมโป่งนูนไปด้านหน้า ไปกดเบียดและอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะ upper airway obstruction ได้ และการอักเสบยังอาจลุกลามไปยังพื้นที่อื่นๆ เช่น ลงไปที่ช่องอกทำให้เกิด mediastinitis ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Pham et al., 2020, p. 11) จากการประเมินและสังเกตอาการผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ mediastinitis ผล X-ray ปอดปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะวิกฤต(ต่อ) 7.เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่มมากขึ้นจากระดับ 1 เป็นระดับ 2 ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยยังใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ : มีแผลกดทับบริเวณสะโพกและก้นกบระดับ 1 เป้าหมาย:ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณสะโพกและก้นกบ	1.ประเมินระดับของแผลกดทับ ประเมินโดยใช้หลักเกณฑ์ของ National Pressure Ulcers Advisory 2.หมั่นดูแลพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้โดยจัดให้ตะแคง นอนหงาย นอนคว่ำกึ่งตะแคง สลับกันไป ตามความเหมาะสมควรใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณที่กดทับ เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับ 3. ดูแลความสะอาดที่นอน ผ้าปูที่นอน ให้สะอาดแห้ง และเรียบ ตั้งอยู่เสมอ หรือควรวีที่นอนที่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ที่นอนลม ที่นอนน้ำ ที่นอนฟองน้ำ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ที่นอนที่การระบายอากาศไม่ดี เช่น ที่นอนหุ้มพลาสติก 4.การยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรมีผ้ารองยก และใช้การยกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดการเสียดสีน้อยที่สุด 5.ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้สะอาดแห้งไม่อับชื้น เพราะถ้าผิวหนังเปียกชื้นหรือร้อนจะทำให้เกิด	แผลกดทับ (Pressure Injury) หมายถึง การถูกทำลายเฉพาะที่ของผิวหนังและ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูก การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความรุนแรงของแรงกดและ/หรือการถูกกดทับเป็นระยะเวลานาน หรือเกิด จากแรงกดร่วมกับแรงไถล ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงไถลยังขึ้นอยู่กับระดับความชื้นบริเวณผิวหนัง ภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อ ภาวะโรคร่วม และสภาพของเนื้อเยื่อ การเกิดแผลกดทับแบ่งได้ 4 ระดับดังนี้ แผลกดทับระดับ1: ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาดมีรอยแดง และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดง แผลกดทับระดับ 2: สูญเสียผิวหนังบางส่วน มองเห็นชั้นหนังแท้ พื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง แผลกดทับระดับ 3: สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด ลักษณะขอบแผลม้วน อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและ/หรือเนื้อตายแห้งแข็ง แผลกดทับระดับ 4: สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด และชั้นเนื้อเยื่อใต้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะวิกฤต(ต่อ)	(ต่อ) แผลเปื่อย ผิวหนังถลอกง่าย ต้องทำความสะอาดแล้วซับให้แห้ง และหากสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีผิวหนังแห้งแตกเป็นขุย ควรดูแลทาครีมหรือโลชั่นทาผิวหนัง 6.ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และผิวหนังแข็งแรง มีการไหลเวียนของโลหิตดี 7.ดูแลอาหารให้ได้คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรตีน วิตามิน ธาตุเหล็ก และน้ำอย่างสมดุลย์	(ต่อ) ผิวหนัง แผลมีลักษณะม้วน มีโพรงใต้ขอบแผลและ/หรือโพรงแผล ระดับความลึกแตกต่างกันตามตำแหน่งทางกายวิภาค (วีระชน หนองช้าง ศิณีพร จิตติมณี และ จุฬาพร ประสงค์. National Pressure Ulcer Advisory Panel, April 13, 2016) จากการประเมินผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากใส่เครื่องช่วยหายใจ ต้องทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงมีการเคลื่อนไหวได้น้อยและผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุผิวหนังเหี่ยวย่น ผิวแห้ง จึงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ในเคสนี้เกิดแผลกดทับระดับ 1 จึงป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 2 โดยการให้การจัดให้ตะแคง นอนหงาย นอนคว่ำกึ่งตะแคง สลับกันไปตามความเหมาะสมควรใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณที่กดทับ เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับ พลิกตะแคงตัวให้ เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้สะอาดแห้งไม่อับชื้น พร้อมกับดูแลให้อาหารได้คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนและน้ำอย่างสมดุลย์ (วีระชน หนองช้าง ศิณีพร จิตติมณี และ จุฬาพร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะฟื้นฟู 8.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ข้อมูลสนับสนุน: หลังถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เป้าหมาย: ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น คะแนน Barthel's ADL index เพิ่มขึ้น	(ต่อ) 1. ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตาม Barthel's ADL index เพื่อกำหนดเป้าหมาย วางแผนการฟื้นฟูสภาพเป็นขั้นตอนตามลำดับความยากง่าย โดยปรึกษาทิมนักกายภาพช่วยฝึกในการทำ passive exercise 2. ฝึกให้เริ่มจากกิจกรรมง่ายๆในเตียง เช่น การพลิกตะแคง การลุกนั่ง การเคลื่อนย้ายตนเอง ฝึกการทรงตัว การทำกิจวัตรบนเตียง เช่นการหวีผม การสวมใส่เสื้อผ้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร 3. ฝึกการเดินระยะสั้นๆ ค่อยๆเพิ่มระยะทางทีละน้อยตามความสามารถ ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหากจำเป็น 4. ประเมินความก้าวหน้าของกิจกรรม บันทึกความสามารถในการทำกิจวัตรเป็นระยะ 5. ให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อทำได้ดีขึ้น ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อเนื้อที่บ้าน	(ต่อ) ประสิทธิ์. National Pressure Ulcer Advisory Panel, April 13, 2016) จากการให้การพยาบาลแผลกดทับบริเวณสะโพกและก้นกบดีขึ้นและไม่เพิ่มเกรดเป็นระดับ 2 ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะพบว่ามีความเสี่ยงสภาพทำให้ขาดความคล่องแคล่ว หูตึง ตามัว ผมหงอก ความจำเริ่มเสื่อม ความคิดความอ่านช้าลง ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้สูงอายุบางคน ขาดความมั่นใจ กลัวความเจ็บป่วย กลัวการสูญเสีย บางคนรู้สึกด้อยค่า หงุดหงิด เกิดความเครียดง่าย โกรธง่าย และมีภาวะพึ่งพิง และในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสุขภาพจะส่งผลต่อปัญหา ทางร่างกายและความสุข ความทุกข์ของผู้สูงอายุ เพราะความสุขของผู้สูงอายุ จะนึกถึงคุณค่าในตนเองที่สามารถช่วยเหลือตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง (สุจิตรา สมพงษ์ , 2557) จึงได้ทำการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุโดยใช้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินและอภิปรายผล
ระยะวางแผนจำหน่าย(ต่อ)	3.สอนและสาธิตวิธีการดูแลเกี่ยวกับ การรับประทานยา การทำแผล การสังเกตอาการผิดปกติ อาการของการติดเชื้อ เทคนิคการไอและการหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อ 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ฝึกปฏิบัติจริง เช่น การใช้ยา การออกกำลังกาย จนกว่าจะทำได้ถูกต้องและมั่นใจ 5.แจ้งแนวทางการติดต่อกับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยที่บ้าน เช่น หมายเลขโทรศัพท์ line ของพยาบาล 6.ประสานงานให้มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือทีมเยี่ยมบ้านไปเยี่ยมและประเมินการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย 7.กำหนดแผนการนัดหมายมาตรวจติดตามอาการและการรักษาต่อเนื่อง ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย	(ต่อ) ดูแลตนเองที่บ้าน สามารถสาธิตวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องได้ ความวิตกกังวลลดลง มีกำลังใจที่ดีพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านพร้อมกับได้แจ้งแนวทางการติดต่อกับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยที่บ้าน เช่น หมายเลขโทรศัพท์ line ของพยาบาล เพื่อให้ทีมเยี่ยมบ้านไปเยี่ยมและประเมินการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษานี้เป็นการนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี ซึ่งมาด้วยอาการกำเริบปลาติดคอ ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดจากภาวะฝีหนองหลังโพรงคอหอย (retropharyngeal abscess) ขนาดใหญ่ ร่วมกับมีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นจากการบวมของเนื้อเยื่อ ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายอย่าง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดระบายหนอง ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เมื่อได้นำเคสกรณีศึกษานี้มาเปรียบเทียบกับตำราพบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก มีเสียงแหบ คอบวม จึงได้ส่ง CT scan พบ retropharyngeal abscess ขนาดใหญ่ ทำให้มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นและถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีโดยการผ่าตัดระบายหนองออกหรือได้รับยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะหลอดลมคออุดกั้นและอาจเสียชีวิตได้ และผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานจะส่งผลให้มีการติดเชื้อมากขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการดูแลในทุกระยะ ร่วมกับการนำทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอนและหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นกรอบแนวคิด การประเมินสภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้รูปแบบการประเมิน 11 แบบแผน ทำให้พบปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยได้หลายด้าน เช่น ด้านการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความปวด การขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และด้านจิตใจที่มีความวิตกกังวลสูง ทีมพยาบาลได้นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในแต่ละระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด เน้นการจัดการภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นและความพร้อมก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด เน้นการประเมินและส่งเสริมการหายใจที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความปวด การป้องกันการติดเชื้อ ระยะวิกฤต เน้นการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระยะฟื้นฟู เน้นการกระตุ้นการไอและขับเสมหะ การทำกายภาพบำบัด และการทำกิจวัตรประจำวัน ระยะวางแผนจำหน่าย เน้นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อบ้านได้ โดยในทุกระยะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากการพยาบาลโดยตรงแล้ว ยังต้องอาศัยการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพของสหสาขาวิชาชีพ ในการให้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผลลัพธ์สุดท้ายที่ได้คือผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ภายในระยะเวลา 7 วัน โดยมีญาติเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความรู้และความมั่นใจในการจัดการอาการและภาวะแทรกซ้อนได้

กรณีศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การผสมผสานความรู้และทักษะทางการพยาบาลร่วมกับศาสตร์อื่นๆ ตลอดจน

การปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูง นอกจากนี้ยังเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกคิดอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีและทางคลินิก รวมถึงการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะนี้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมการเฝ้าระวัง การประเมิน การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้การดูแลมีมาตรฐานและต่อเนื่อง ลดความแตกต่างในทีมผู้ดูแล
2. ส่งเสริมให้มีการให้ความรู้กับประชาชนทั่วไปผ่านสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อมีอาการสำคัญหรือมีสิ่งแปลกปลอมในคอ การสังเกตอาการผิดปกติ และการพาไปพบแพทย์ทันที เพื่อป้องกันการลุกลามของการติดเชื้อที่รุนแรง
3. พัฒนาสื่อและเอกสารการสอนสำหรับให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและเตรียมกลับบ้าน เช่น อาการที่ต้องสังเกต การปฏิบัติตัว การทำแผล การใช้ยา การมาตรวจตามนัด โดยจัดทำในรูปแบบที่เข้าใจง่าย น่าสนใจ เข้าถึงได้ง่าย ทั้งแบบเอกสาร โปสเตอร์ หรือสื่อออนไลน์
4. วางระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยอาจใช้การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม การให้คำปรึกษาทางไกล หรือจัดทีมเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย เพื่อประเมินปัญหา ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยบูรณาการความร่วมมือจาก รพ.สต. อสม. หรือชุมชน เป็นเครือข่ายสนับสนุนการฟื้นฟูที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์ ไชยวงศ์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยรัตน์ เสรีรัตน์ และวิภาดา เสรีรัตน์. (2565). การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 37(1), 7-12.
- มณฑนา บุญรอด. (2562). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(3), 116-124.
- วรวิทย์ โรจนพุทธรัตน์ และคณะ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะตัวเหลืองจากการอุดตันทางเดินน้ำดี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรวิทย์ จันทร์ทอง และคณะ. (2563). กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของศีรษะและลำคอ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ศิริลักษณ์ หวังวีรวงศ์ และคณะ. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- สายพิน ใจเจริญ,การวางแผนกาจำหน่าย ร.พ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี
- สุนันทา สารกิจปรีชา. (2561). กระบวนการพยาบาล: แนวคิดและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา สมพงษ์. (2557).ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในจังหวัดนครปฐม. JOURNAL OF THE POLICE NURSES AND HEALTH SCIENCE, 6(1), 204–218.
- สพรรณ อรสิริวรรณ. (2564). อายุรศาสตร์ทางเดินหายใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต.(2561).การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bochner, R. E., & Eavey, R. D. (2021). Nontuberculous mycobacterial infections of the head and neck. Current Infectious Disease Reports, 23(10), 15. <https://doi.org/10.1007/s11908-021-00772-1>
- Brook, I. (2004). Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscesses. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 62(12), 1545-1550. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2003.12.043>

- Harshita, Y., Bhatnagar, S., Gupta, A., Gupta, A., & Kumar, A. (2022). Retropharyngeal abscess: An unusual presentation and management. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 74(1), 73-76. <https://doi.org/10.1007/s12070-021-02496-x>
- Hoffmann, C., Pierrot, S., Contencin, P., Morisseau-Durand, M. P., Manach, Y., & Couloigner, V. (2013). Retropharyngeal infections in children. Treatment strategies and outcomes. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(8), 1268-1272. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.05.013>
- Lalakea, M. L., & Messner, A. H. (2003). Retropharyngeal abscess management in children: Current practices. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 129(4), 37-38. [https://doi.org/10.1016/s0194-5998\(03\)01573-3](https://doi.org/10.1016/s0194-5998(03)01573-3)
- Ngan, J. H., Fok, P. J., Lai, E. C., Branicki, F. J., & Wong, J. (2012). A prospective study on fish bone ingestion: Experience of 358 patients. *Annals of Surgery*, 211(4), 459-462. <https://doi.org/10.1097/00000658-199004000-00012>
- Page, N. C., Bauer, E. M., & Lieu, J. E. (2008). Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 138(3), 300-306. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2007.11.031>
- Philpott, C. M., Selvadurai, D., & Banerjee, A. R. (2011). Paediatric retropharyngeal abscess. *The Journal of Laryngology & Otology*, 118(12), 59-63. <https://doi.org/10.1258/002221504322731529>
- Saluja, J., Monga, S., Agarwal, A., & Singh, S. (2020). Retropharyngeal abscess in an adult population: A clinicopathological study. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 72(1), 56-60. <https://doi.org/10.1007/s12070-019-01764-1>

