



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและมีโรคร่วมวัณโรคลำไส้ใหญ่

ศุภาภรณ์ พรหมอักษร, พว.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

E-mail: promsupapron@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 19 ปี มีประวัติรับการถ่ายถอดเชื้อเอชไอวีจากมารดา รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่อายุ 6 ปี มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา IQ=55 มีอาการแสดงของความผิดปกติทางจิตใจช่วงอายุ 14-16 ปี ได้รับการดูแลทางจิตเวชจนอาการดีขึ้น รับการรักษาจากคลินิกยาต้านไวรัสเด็กอย่างต่อเนื่อง มีผลตอบสนองต่อการรักษาดี ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันก่อนย้ายมารับการรักษาในคลินิกยาต้านไวรัสผู้ใหญ่ CD₄ count 616 cells/mm³, %CD₄ 25 % HIV Viral Load Undetectable หลังย้ายมารับยาคลินิกยาต้านไวรัสผู้ใหญ่ได้ 1 ครั้ง ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ขาดนัด ขาดยานาน 7 เดือน มีอาการอ่อนเพลียปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยและมีผมร่วงมากขึ้น สามีต่างวัยที่เป็นผู้ดูแลพามาติดต่อเพื่อรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสรอบใหม่ ผลตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) ค่า CD₄ Count=311 cells/mm³, % CD₄=22.554 % แพทย์เริ่มยาต้านไวรัสรอบใหม่ด้วยสูตร TLD (Tenofovir + Lamivudine + Dolutegravir) 1 เม็ด ทุก 24 ชั่วโมง จากความบกพร่องทางสติปัญญา ทำให้หลงเชื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับชายอื่น มีการติดเชื้อกระเพาะปัสสาวะ ต้องให้คำปรึกษาครอบครัว แนะนำเรื่องการป้องกัน และเฝ้าระวังการถูกล่อลวง รวมถึงการปฏิบัติตัวต่างๆ ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นวัณโรคลำไส้ใหญ่ ได้รับยาวัณโรค ได้แก่ Isoniazid : I (100mg) 3 เม็ด, Rifampicin : R (450 mg) 1 เม็ด, Pyrazinamide : Z (500 mg) 2 เม็ด และ Ethambutal : E (400 mg) 2 เม็ด ก่อนนอน ได้รับขนาดยาต้านไวรัส Dolutegravir เพิ่มขึ้น เนื่องจากยาวัณโรค Rifampicinทำให้ระดับยาDolutegravirลดลง ผู้ป่วยมีค่าเอนไซม์ตับสูงกว่าปกติ จากผลข้างเคียงของยาวัณโรค จึงต้องให้คำแนะนำการดูแลเป็นพิเศษ ร่วมกันค้นหาผู้ควบคุมกำกับกำกับการรับประทานยาวัณโรค ทวนสอบการรับประทานยา การสังเกตผลข้างเคียงและอาการแพ้ยา การดูแลตนเอง ตลอดจนการหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ และติดตามประเมินผล ซึ่งต่อมาพบค่าเอนไซม์ตับเป็นปกติ ได้รับยา IRZE ในช่วงรักษาเข้มข้น 2 เดือนแรก และ IR ช่วง 4 เดือนหลัง ได้รับยารักษาวัณโรคพร้อมกับยาต้านไวรัส ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องต่อเนื่องที่บ้าน ผลตรวจติดตามการรักษา CD₄ Count=124 cells/mm³, % CD₄=9.907 % ค่า HIV Viral Load=27,666 copies/ml ผลการตรวจHIV-1 drug resistance มีผล Susceptible ต่อยาTLD ร่วมค้นหาสาเหตุแล้วพบว่า มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ แรงกระตุ้นจิตใจสนับสนุนให้รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอได้ คือสนใจเรื่องความสวยงาม ผูกทักษะการดูแลและการปลุกเตือนทางโทรศัพท์ เพิ่มการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเข้าถึงการปรึกษาทางโทรศัพท์ พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัจจุบันผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง น้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม ค่า CD₄ Count เพิ่มขึ้น เป็น 244 cells/mm³, % CD₄ จาก 9.907 เป็น 16.733 % ผล HIV Viral Load Undetectable แพทย์หยุดยาป้องกัน Cotrimoxazole รับยารักษาวัณโรคครบ 6 เดือน จำหน่ายการรักษาวัณโรคครบ ส่วนเรื่องโรคเอดส์ ยังคงรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด 1 ปี 1 เดือน ให้การดูแล 10 ครั้ง

บทนำ

ประเทศไทย ได้ดำเนินการตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2557-2559 ที่มีเป้าหมายจะยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 กล่าวคือ ไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดการตายเนื่องจากเอดส์ลงให้ได้ ปีละไม่เกิน 4,000 ราย และไม่มีกรณีติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ที่ประเทศไทยได้ประกาศ ถือเป็นนโยบายที่ทุกประเทศทั่วโลกได้ขานรับตามปฏิญญาทางการเมือง ฉบับล่าสุดที่ประกาศเมื่อเดือนมิถุนายน 2559 ณ ที่ประชุมระดับสูงว่าด้วย โรคเอดส์ กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ความพยายามในการแก้ปัญหาเอดส์ของประเทศไทย อาศัยกรอบแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการ การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2566 -2569 ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการ แบบผสมผสานที่มีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการรักษาอย่างครอบคลุม โดยคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมาในทุกมิติของกลุ่มประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ดังนั้นการเข้าถึงระบบบริการที่รวดเร็ว การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การคงไว้ให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบดูแลต่อเนื่อง (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) จึงจะสามารถทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมาย การยุติปัญหาเอดส์ได้ภายในปี 2573 (สุภาวดี พงษ์ประภาสและคณะ, 2566)

1.) โรคเอดส์ (AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome) หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T- Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง และติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (Opportunistic infection) แทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นผู้มีปัญหาหาระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ และนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาหาระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เมื่อได้รับเชื้อไวรัสโรคเข้าสู่ร่างกายจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคสูงกว่าคนปกติ โดยคนปกติจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 6-10 ตลอดช่วงชีวิต ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงถึงร้อยละ 5-10 ต่อปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค โดยมีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคสูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 26-31 เท่า ดังนั้นจึงพบว่าวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อโรคฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุดโดยมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยเหตุนี้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์จึงส่งผลกระทบต่อระบาดวิทยาของวัณโรค ทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น โดยเป็นวัณโรคปอดมากถึงร้อยละ 80 และวัณโรคนอกปอดร้อยละ 20 ซึ่งหนึ่งในวัณโรคนอกปอดที่สำคัญคือ วัณโรคลำไส้ใหญ่ (Tuberculosis Colitis) พบได้ร้อยละ 10 ของวัณโรคนอกปอดเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยเอดส์ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี $CD_4 < 200 \text{ cells/mm}^3$ มีโอกาสเกิดวัณโรคนอกปอดหรือมีการติดเชื้อแบบแพร่กระจายสูงขึ้น (กองวัณโรค, 2564) และในขณะเดียวกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรคจะมีผลเร่งให้การดำเนินของโรคเอชไอวีลุกลามสู่ระยะเอดส์ เร็วขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อวัณโรคจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค แต่ผลเสียกลับทำให้เกิดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีส่งผลทำให้วัณโรคเกิดการลุกลามและรุนแรง จึงกล่าวได้ว่า ทั้งสองโรคนี้นี้มีความเกี่ยวเนื่องกัน สามารถส่งผลกระทบที่มีความสัมพันธ์ต่อกันรุนแรงขึ้นและเป็นอันตรายถึงแก่การเสียชีวิตได้ (รพีพรรณ รัตนวงศันรา มอรัตน์, 2566) ส่วนความเชื่อมโยงของโรคเอดส์กับความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) หรือภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) เป็นปัญหาหาระหว่างการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ที่สามารถเกิดได้กับทารกอันเนื่องจากปัจจัยทางชีวภาพ เป็นสาเหตุได้ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด

และหลังคลอด ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติหรือมีระดับเซาวนปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ไม่ถือเป็นโรคทางพันธุกรรม แต่เกิดจากการติดเชื้อทำให้บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (เปรมวดี เตนศิริอักษร, 2557)

สาเหตุการเกิดโรคเอดส์

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ในร่างกาย และมีการดำเนินโรคไปแล้วเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี เชื้อ HIV จึงพัฒนาสู่โรคเอดส์เต็มขั้น เมื่อเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกายจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย จนทำให้ไม่มีภูมิคุ้มกันเพียงพอในการป้องกันตนเองจากเชื้อโรคนอกที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคเฉียบพลัน โรคแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีความรุนแรง และยากแก่การรักษา (อนุวัฒน์ กิระสุนทรพงษ์, 2559)

พยาธิสภาพและสรีรวิทยา

โรคเอดส์เป็นเชื้อไวรัสในตระกูลรีโทรไวรัส (Retrovirus) ซึ่งเป็นไวรัสที่มีสารพันธุกรรมเป็นแบบอาร์เอ็นเอ (Ribonucleic acid : RNA) รีโทรไวรัสมีคุณสมบัติพิเศษ คือการเปลี่ยนสารพันธุกรรมของตนเองให้เป็นดีเอ็นเอ (Deoxyribonucleic acid : DNA) ของเซลล์โฮสต์ได้ จากนั้นจะแทรกแซงการทำงานของโครโมโซมของเซลล์โฮสต์และป้อนคำสั่งแทนที่ DNA ของเซลล์โฮสต์ และแบ่งตัวเพิ่มจำนวนไปเรื่อยๆ (อนุวัฒน์ กิระสุนทรพงษ์, 2559)

ระยะการติดเชื้อ (รพีพรรณ รัตนวงศันรา มอร์ด, 2566)

ระยะการติดเชื้อ HIV มี 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อ HIV (Primary infections: Acute HIV) เป็นระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 2-4 สัปดาห์แรกหลังการได้รับเชื้อ ในระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อ HIV นี้ ไวรัสจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว CD₄ หรือ T-cells ให้ลดจำนวนลงอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะต่อสู้โดยการค่อย ๆ เพิ่มจำนวน CD₄ ในร่างกายเพื่อต่อต้านเชื้อไวรัส แม้ว่าปริมาณ CD₄ จะไม่มากเท่ากับขณะก่อนติดเชื่อก็ตาม ในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ จำเป็นต้องป้องกันการแพร่เชื้ออย่างเคร่งครัด แต่ผู้ติดเชื้อบางรายอาจไม่แสดงอาการใดๆ จึงทำให้สูญเสียโอกาสในการพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรับยาต้านไวรัสตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนนำไปสู่การแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นในเวลาต่อมา

ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Clinical latent infection: Chronic HIV) เป็นการติดเชื้อระยะแฝงที่เชื้อไวรัส HIV อยู่ในร่างกายโดยไม่แสดงอาการใดๆ (Asymptomatic HIV infection) ผู้ที่ติดเชื้อ ส่วนใหญ่จะมีสภาพร่างกายเป็นปกติเหมือนบุคคลทั่วไป ในระยะนี้เชื้อ HIV จะแบ่งจำนวนไปเรื่อยๆ และค่อย ๆ ทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว CD₄ หรือ T-cells ในระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย ให้ลดจำนวนน้อยลงไปเรื่อยๆ โดยจะมีระดับ CD₄ ในร่างกายระหว่าง 200-1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดต่ำ และเกิดการเจ็บป่วยง่ายขึ้น โดยทั่วไป การดำเนินโรคในระยะนี้จะใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี ผู้ติดเชื้อที่มีการดำเนินโรคเร็ว (Rapid progressor) อาจใช้เวลาในระยะนี้เพียง 2-5 ปี แต่ในผู้ติดเชื้อที่ร่างกายสามารถควบคุมเชื้อได้ดี เป็นพิเศษ (Elite controller) อาจยืดระยะเวลาการดำเนินโรคในระยะนี้ได้ 10-15 ปี

ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้นหรือระยะโรคเอดส์ (Progression to AIDS) เป็นระยะที่การติดเชื้อ HIV ได้พัฒนากลายเป็นโรคเอดส์โดยสมบูรณ์ ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะมีระดับ CD₄ ในร่างกายน้อยกว่า 200 เซลล์

ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงอย่างมากจนนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อน และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection : OIs) เช่น ไข้เรื้อรัง วัณโรค โรคปอดอักเสบ วัณโรคลำไส้ เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอกคัส ท้องเสียเรื้อรัง ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ภาวะกลิ่นลำปาก หรือเจ็บคอเวลากลืนเนื่องจากหลอดอาหารอักเสบ มีผื่นคันตามตัว ผิวซิด สายตาพร่ามัว ไอเป็นเลือด

อาการและอาการแสดง

อาการระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อ (Primary infections: Acute HIV) ผู้ที่ติดเชื้อ HIV ในระยะแรกเริ่ม จะเข้าสู่ภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อ (Acute retroviral syndrome: ARS) โดยจะปรากฏอาการประมาณ 1-2 สัปดาห์แรกหลังจากติดเชื้อ จากนั้นอาการจะหายไป โดยจะมีอาการคล้ายไข้หวัด มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีเหงื่อออกตอนกลางคืน ผื่นขึ้นต่อมน้ำเหลืองโต เป็นแผลในปาก ผู้ที่ติดเชื้อบางรายอาจมีอาการ เวียนหัว คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว น้ำหนักตัวลดลง และมีฝ้าขาวในช่องปาก

อาการระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Clinical latent infection: Chronic HIV) โดยทั่วไปผู้ที่ติดเชื้อไวรัส HIV ในระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ หรือระยะสงบทางคลินิก (Clinical latency stage) ในช่วง 5-10 ปีโดยประมาณหลังติดเชื้อ HIV โดยจะไม่แสดงอาการใดๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของเชื้อ HIV ที่ได้รับและภูมิคุ้มกันร่างกายของแต่ละบุคคล ผู้ติดเชื้ออาจจะมีไข้ อ่อนเพลีย ต่อมน้ำเหลืองโต แผลร้อนใน ในช่องปาก ผิวหนังอักเสบที่หนังศีรษะ ฝ้าขาวที่ลิ้น เชื้อราที่เล็บ และโรคสะเก็ดงา อาจมีไข้แบบเป็นๆหายๆ ต่อเนื่องหลายเดือน

อาการระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้นหรือระยะโรคเอดส์ (Progression to AIDS) ผู้ที่ติดเชื้อ HIV ที่มีการดำเนินโรคมายังถึงระยะที่ 3 หรือประมาณ 10 ปีหลังติดเชื้อ HIV หรือระยะโรคเอดส์เต็มขั้นแล้วเท่านั้น จึงจะปรากฏสัญญาณและอาการของโรคเอดส์ โดยส่วนมากอาการของโรคเอดส์คือการเกิดขึ้นของโรคแทรกซ้อนหรือโรคฉวยโอกาสอื่นๆหลายๆ โรคคร่อมเข้าพร้อมๆกัน อันเนื่องมาจากระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลายทำให้เชื้อโรคอื่นๆ เช่น เชื้อรา เชื้อไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว เข้าสู่ร่างกายได้โดยง่าย ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ยากต่อการรักษา

การติดต่อโรคเอดส์

โรคเอดส์ และเชื้อ HIV สามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านการสัมผัสกับสารคัดหลั่งในร่างกาย ได้แก่ เลือด น้ำอสุจิ น้ำเหลือง สารหล่อลื่นตามธรรมชาติในช่องคลอด อวัยวะเพศชาย หรือทวารหนัก และน้ำนมแม่ โรคเอดส์ และเชื้อ HIV สามารถติดต่อกันผ่านพฤติกรรมดังต่อไปนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย โดยมีการสอดใส่ระหว่างอวัยวะเพศชาย-หญิง ทางทวารหนักระหว่างชาย-ชาย หรือระหว่างหญิง-หญิงที่มีการสัมผัสกับสารหล่อลื่นในช่องคลอด ทั้งนี้การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกเกินกว่าร้อยละ 80
2. การใช้เข็มฉีดยา หรือกระบอกฉีดยาร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ HIV โดยมักพบพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดโดยการฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด
3. การติดเชื้อ HIV ผ่านการสัมผัสกับเลือด หรือน้ำเหลืองจากบาดแผลเปิดภายนอกผิวหนัง หรือแผลในช่องปาก รวมถึงการใช้ของใช้ส่วนตัวที่มีลักษณะเป็นของมีคมร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ HIV เช่น เข็มสักผิวหนัง เข็มสักคิ้ว กรรไกรตัดเล็บ มีดโกน เข็มเจาะอวัยวะ เช่น เข็มเจาะหู หรือเข็มเจาะสะดือ
4. การติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกขณะตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอดบุตร และการให้นมบุตร
5. การรับเลือดบริจาคที่ปนเปื้อนเชื้อ HIV ที่ไม่ผ่านการคัดกรองเชื้อมาก่อน ซึ่งไม่พบแล้วในปัจจุบัน เนื่องจากมีกระบวนการตรวจสอบที่มีมาตรฐาน

การวินิจฉัย HIV และโรคเอดส์ (สภาเทคนิคการแพทย์, 2560)

การตรวจวินิจฉัยเอชไอวี (HIV) มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะหากผู้ที่สงสัยว่าอาจติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ และรับยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพโดยเร็ว จะช่วยยับยั้งไม่ให้เกิดการติดเชื้อไวรัสพัฒนาต่อไปเป็นโรคเอดส์ได้ในอนาคต ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัย HIV ที่มีประสิทธิภาพและได้ผลเร็ว มี 3 ประเภท ได้แก่

การตรวจสอบแอนติเจน/แอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (Antigen/antibody tests) เป็นการตรวจสอบที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพที่สุด โดยแพทย์จะทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาแอนติเจนหรือโปรตีนของเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า p24 (p24 antigen testing) และตรวจหาแอนติบอดีของร่างกายในคราวเดียวกัน โดยเป็นวิธีการตรวจหาเชื้อ HIV หลังจากสงสัยว่าได้รับเชื้อประมาณ 18-45 วันแรก ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายจะยังไม่สร้างแอนติบอดีเพื่อต่อสู้กับเชื้อไวรัส จึงทำให้ไม่สามารถตรวจพบด้วยวิธีการอื่น ๆ

การตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody tests) เป็นการตรวจหาเชื้อ HIV โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกัน (Antibody) ต่อเชื้อ HIV เพื่อตรวจปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว CD₄ หรือ T-cells ในร่างกาย พร้อมกับตรวจการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายที่ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อไวรัส HIV โดยเป็นวิธีการตรวจหาเชื้อ HIV ที่สามารถทำได้หลังจากสงสัยว่าได้รับเชื้อประมาณ 23-90 วันแรก

การตรวจหาสารทางพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี (Nucleic acid tests: NATs) เป็นการตรวจหาเชื้อ HIV โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัส HIV โดยเป็นวิธีที่แพทย์นิยมใช้ตรวจหาเชื้อไวรัสในเชิงปริมาณ (Viral load assays) ทั้งก่อนและหลังรับการรักษาเพื่อติดตามประเมินผลการรักษา อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยวิธีการนี้จะไม่สามารถใช้เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV และไม่สามารถใช้ตรวจทารกที่มารดาติดเชื้อ HIV ได้ การตรวจด้วยวิธีการนี้สามารถทำได้หลังจากสงสัยว่าได้รับเชื้อประมาณ 10-33 วันแรก

การรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์

เมื่อได้รับการยืนยันผลการตรวจเลือดเป็นบวกหรือติดเชื้อ HIV แพทย์จะให้ยาต้านไวรัสในกลุ่ม ARV (Antiretroviral drugs) ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายชนิด เพื่อต่อสู้และช่วยกันยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัส HIV โดยการให้ยาในกลุ่มนี้พร้อมกันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษามากกว่าการรักษาด้วยยาชนิดเดียว กลุ่มยา ARV จะช่วยกันออกฤทธิ์เสริมแรงในการลดจำนวนเชื้อไวรัส HIV ให้ถึงจำนวนที่ไม่สามารถตรวจพบเชื้อ HIV ได้อีก

ต่อไปพร้อมกับช่วยฟื้นฟูและชะลอความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงเป็นปกติให้มากที่สุด ผู้ที่สงสัยว่าอาจติดเชื้อ HIV ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังสัมผัสโรค (Post-exposure prophylaxis : PEP) ควรรีบพบแพทย์โดยเร็วที่สุดเพื่อรับยา ARV เพื่อต้านเชื้อไวรัส และป้องกันไม่ให้ไวรัสพัฒนาไปอยู่ในระดับที่ตรวจพบและแสดงอาการได้ (อนุวัฒน์ กิระสุนทรพงษ์, 2559)

2.) วัณโรคลำไส้ใหญ่ (Tuberculosis Colitis) (คูขวัญ สวัสดิ์พาณิชย์, 2565)

พบได้ร้อยละ 10 ของวัณโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งถือว่าเป็นวัณโรคนอกปอดเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยเอดส์ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD₄ < 200 cells/mm³ มีโอกาสเกิดวัณโรคนอกปอดหรือมีการติดเชื้อแบบแพร่กระจายสูงขึ้น

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของวัณโรคลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่มักไม่จำเพาะ ได้แก่ ไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดท้อง หรือมีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย ท้องเสียสลับท้องผูก เลือดออกใน

ระบบทางเดินอาหาร ลำไส้ดูดตัน ลำไส้ทะลุ ลำไส้มีทางทะลุเชื่อมกับอวัยวะอื่น

พยาธิกำเนิดโรค

การติดเชื้อวัณโรคลำไส้ใหญ่ สามารถติดได้หลายทาง ดังนี้

1. การกลืนเสมหะที่มีเชื้อเข้าไป หรือ การดื่มผลิตภัณฑ์นมที่มีเชื้อ Mycobacterium bovis ปนเปื้อนเข้าไป จากนั้นเชื้อวัณโรคแพร่กระจายผ่านทางเลือดและน้ำเหลืองไปยังอวัยวะต่างๆ
2. ติดเชื้อวัณโรคโดยตรงจากอวัยวะข้างเคียงภายหลังจากรับเชื้อเข้าไปเชื้อจะค่อยๆถูกปล่อยจากแคปซูล เมื่อถึงตำแหน่งที่มีต่อมน้ำเหลือง เกิดขบวนการอักเสบ สร้างทูเบอร์คิวโลมา (tuberculoma) ทำให้ผนังลำไส้ใหญ่ หนา บวม เส้นเลือดเล็กๆขยายตัว เกิดการอักเสบในเส้นเลือดและเส้นน้ำเหลืองภายใต้เยื่อหุ้ม เกิดเป็นแผล หลังจากนั้นจะมีขบวนการสร้างคอลลาเจนมาสะสมที่แผลเพื่อซ่อมแซม ทำให้แผลหายจึงเกิดการหดตัวของแผลเป็นรอยตีบแคบขึ้น

การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยวัณโรคลำไส้ใหญ่ประกอบไปด้วยวิธีดังนี้

1. การเพาะเชื้อจากเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่พบเชื้อวัณโรค (Mycobacterium tuberculosis)
2. การส่งตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่ามี Acid fast bacilli (Positive AFB)
3. การส่งตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่ามี Necrotizing granuloma or caseating granuloma

รวมทั้งต้องอาศัยอาการทางคลินิก การส่องกล้อง ภาพถ่ายรังสี พยาธิวิทยา หรือแม้แต่การดูการตอบสนองหลังการรักษาด้วยยาวัณโรค เพื่อเพิ่มโอกาสในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคลำไส้ที่ไม่มีข้อห้ามในการส่องกล้อง ควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารตรวจลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กส่วนปลาย ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาทุกราย รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อตรวจ Polymerase chain reaction (PCR) เนื่องจากสามารถใช้ทั้งวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดลำไส้อักเสบได้

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคลำไส้ใหญ่

1. การใช้ยารักษาวัณโรคเช่นเดียวกับวัณโรคปอด และยารักษาตามอาการ ยารักษา ซึ่งยารักษาวัณโรค ได้แก่ ยา Isoniazid (INH : I : H), Rifampicin (RIF : R), Pyrazinamide (PZA : Z) และ Ethambutal (ETB : E) โดย 2 เดือนแรกเป็นช่วงการรักษาเข้มข้น ใช้นยา IRZE และอีก 4 เดือน เป็นช่วงการรักษาต่อเนื่อง ใช้นยา IR (2 IRZE / 4 IR) (กองวัณโรค, 2564)
2. รักษาด้วยการผ่าตัดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ลำไส้ดูดตัน หรือลำไส้ทะลุ

3.) ความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) หรือภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) (เปรมวดี เต้นศิริอักษร, 2557)

การมีพัฒนาการช้ากว่าปกติหรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป เป็นปัญหาระหว่าง การตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทารก เกิดขึ้นจากปัจจัยทางชีวภาพคือการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ทำให้บุคคลมีข้อจำกัดหรือความพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งบุตรของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เกิดมาแล้วมีความบกพร่องทางสติปัญญาไม่ถือเป็นการถ่ายทอดโรคทางพันธุกรรม

อาการและการวินิจฉัย (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2561)

มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างชัดเจน ร่วมกับความบกพร่องในทักษะการปรับตัว โดยมีอาการให้เห็นตั้งแต่ช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น ส่งผลให้มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวันหลายด้าน

1. ทักษะทางเชาวน์ปัญญา (intellectual functioning)บกพร่อง ยืนยันโดยการประเมินอาการทางคลินิก และการทดสอบเชาวน์ปัญญา (การวัดไอคิว) ได้ต่ำกว่า 70

2. ทักษะการปรับตัว (adaptive functioning)บกพร่อง ซึ่งบอกถึงความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความคิดรวบยอด ทักษะด้านสังคม และทักษะในการดำรงชีวิตและการทำงาน

ระดับความรุนแรง

แบ่งตามทักษะการปรับตัว ความสามารถในการดำรงชีวิต และระดับความช่วยเหลือที่ต้องการเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับน้อย (Mild Mental Retardation) มีระดับไอคิวอยู่ในช่วง 50-69 สามารถฝึกทักษะด้านสังคม อาชีพ พอเลี้ยงตัวเองได้ ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว

2. ระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation) มีระดับไอคิวอยู่ในช่วง 35 ถึง 49 สามารถทำงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะฝีมือ แต่ควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง

3. ระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation) มีระดับไอคิวอยู่ในช่วง 20 ถึง 34 พอจะฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองเบื้องต้นได้บ้างแต่น้อย ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมภายใต้การควบคุมดูแลอย่างเต็มที่ที่ต้องการให้ความช่วยเหลือที่พิเศษเป็นการเฉพาะ

4. ระดับรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation) มีระดับไอคิวต่ำกว่า 20 มีพัฒนาการล่าช้าอย่างชัดเจนในทุกๆ ด้าน ฝึกการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือ ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

แนวทางการดูแลรักษา

1. การส่งเสริมศักยภาพครอบครัว การส่งเสริมพัฒนาการ
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในช่วงแรกเกิด ถึง 6 ปี : กายภาพบำบัด แก้ไขการพูด ฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน กิจกรรมบำบัด
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษา ในช่วงอายุ 7 ถึง 15 ปี
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ เมื่ออายุ 15 ถึง 18 ปี
5. การใช้ยา

การป้องกัน

1. ระยะก่อนตั้งครรภ์ ควรได้รับความรู้ และสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ คู่สมรสควรมีการวางแผนครอบครัวล่วงหน้า
2. ระยะตั้งครรภ์ ควรดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ กลุ่มที่มีความเสี่ยงควรรับการตรวจเพิ่มเติม
3. ระยะคลอด ควรคลอดในสถานบริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น
4. ระยะหลังคลอด ควรติดตามภาวะโภชนาการและประเมินพัฒนาการตามวัย
5. ดูแลให้ได้รับความรักและความเอาใจใส่อย่างเหมาะสม



การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และโรคไวรัสโรคลำไส้ใหญ่ ที่แผนกผู้ป่วยนอก (วารสาร กิตติศรีวารพันธ์, 2565) , (ลัดดา พลพุทธา, 2561) และ (สายฝน เอกวางกูร, จารุวรรณ ประดา และ นฤมล ทีปะปาล, 2559)

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการเรียกชื่อผู้ป่วย ทักทาย แจ้งข้อมูลการรักษาและผลการตรวจทุกครั้ง
2. ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย และรับฟังอย่างตั้งใจใช้การสัมผัสที่นุ่มนวล เอื้ออาทร ขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย
3. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน คัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรค อธิบายถึงพยาธิสภาพ และกลไกการดำเนินโรค ของโรคเอดส์ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โรคไวรัสโรคลำไส้ใหญ่ แผนการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น
4. ทวนสอบความรู้ การปฏิบัติตัว ทุกครั้งที่มารับตรวจตามนัด เมื่อพบส่วนขาดและข้อบกพร่อง ให้ข้อมูลตามส่วนขาด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรคลำไส้ใหญ่ การติดต่อ การป้องกัน วิธีการรักษาของแพทย์ วิธีการป้องกันการแพร่เชื้อ และการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดูแลตนเอง กระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุด และกล่าวชมให้กำลังใจ
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดและพูดในทางบวก หลีกเลี่ยงความคิดในทางลบ ที่จะทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตลดลง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลถึงประสบการณ์ที่ตนเองพึงพอใจ บอกถึงบุคคลหรือสิ่งที่มีความหมายที่ทำให้รู้สึกเพิ่มคุณค่าทางจิตใจ
7. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด โดยหาวิธีหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น การดูทีวี ฟังเพลง สวดมนต์ ปลูกต้นไม้
8. ส่งเสริมประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา ด้วยการให้ผู้ป่วยได้สนทนากับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน ที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์ มีการยอมรับภาวะเจ็บป่วย และเผชิญปัญหาได้ดี
9. อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วย ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิ
10. สอบถามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ เพื่อติดต่อสื่อสาร และส่งยาต้านไวรัสเอดส์ ยารักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ หากผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถมารับยาต่อเองได้ด้วยตนเอง
11. แนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้
12. ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ด้วยการประเมินภาวะโภชนาการทุกครั้ง สังเกตความชุ่มชื้นของผิวหนัง ชั่งน้ำหนัก สอบถามแบบแผนการรับประทานอาหาร
13. ให้คำปรึกษาครอบครัวด้วยความเต็มใจ การจัดการให้ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะ และเจตคติที่ดีในการดูแลผู้มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แนะนำการดูแลสุขภาพของช่องปากและฟัน ด้วยการบ้วนปาก และแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร
14. การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการโดยเน้นทักษะด้านร่างกายและทักษะในการดำรงชีวิต
15. ให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การดูแลตนเอง การป้องกันการถูกล่อลวงทางเพศ และการคุมกำเนิด
16. ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ครอบคลุมปัญหาเรื่องสายตา การได้ยิน ทันตสุขภาพ ปัญหาโภชนาการ รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิต



17. ให้ความตระหนักและคัดกรองโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพต่อเนื่องทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก
18. ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย รวมถึงความสามารถที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน ความสามารถด้านสติปัญญา การควบคุมตนเอง จากการสังเกตพฤติกรรม พัฒนาการด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย ภาษา และสังคม การซักประวัติจากผู้เลี้ยงดูเรื่องพัฒนาการและการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ในสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆของผู้ป่วย
19. ประเมินศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล รวมถึงแหล่งที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อต้องการให้คำปรึกษาครอบครัวในการระบายความรู้สึก และสร้างเสริมกำลังใจ
20. ให้การพยาบาลตามข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนตามระดับความรุนแรงของ ความบกพร่องของระดับสติปัญญา การรับรู้ การคิด และความสามารถในการปรับตัวด้านสังคม ผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อย เน้นให้การดูแลในการประคับประคองและสนับสนุนให้กำลังใจ
21. ให้คำแนะนำผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมต่างๆที่ไม่เหมาะสม การฝึกความมีวินัยให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการมากขึ้น
22. ประเมินผลโดยการสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ความปลอดภัยจากการเกิดอันตราย ประเมินผลเกี่ยวกับศักยภาพของครอบครัว ในการให้การดูแล และความเครียดของผู้ดูแล
23. หลังการมาพบแพทย์ทุกครั้ง พยายามให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจ และเห็นความจำเป็นของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุม ยอมรับการรักษาแบบมีพี่เลี้ยงหรือผู้สนับสนุน กำกับ การรับประทานยาของผู้ป่วย
24. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงที่รักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ในระยะเข้มข้น การรับประทานยาที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายที่พอเหมาะกับสภาพร่างกาย
25. แนะนำให้อยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี สวมใส่หน้ากากอนามัย มีการใช้ผ้าปิดปากจมูก เวลาไอ บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด
26. เน้นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ได้แก่ ยาต้านไวรัสเอดส์ ยารักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ ต้องรับประทานยาจนครบตามแผนการรักษา
27. ติดตามประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่อาการพิษต่อตับเช่นเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องจากยา INH, RIF และPZA ผื่นผิวหนัง จากยา INH, RIF, PZA และETB ชาปลายมือปลายเท้าจากยา INH อาการตามัว ตาพร่า แยกสีแดงและสีเขียวไม่ได้จากยา ETB หรืออาการปวดข้อจากยา PZA ให้คำแนะนำ การจัดการอาการข้างเคียง และการสังเกตอาการผิดปกติ
28. ให้การดูแลด้านจิตใจ ให้กำลังใจ ประสานงานให้การสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ
29. ให้การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษาโดยเร็วที่สุด มีการแจ้งเตือนผู้ป่วยหรือผู้ดูแลล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด ในรายที่มีความเสี่ยงต่อการผิดนัด
30. มีทักษะในการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพที่ดีตลอดการรักษา สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีการคงอยู่ในระบบ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของครอบครัวผู้ป่วย และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจะสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลได้

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและมีโรคร่วมวัณโรคลำไส้ใหญ่
ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 19 ปี น้ำหนัก 45 กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพคู่ อาชีพรับจ้าง

ภูมิลำเนา จังหวัดตราด ระดับการศึกษา เรียนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนได้แค่ชื่อตัวเอง (มีความบกพร่องทางสติปัญญา)

สิทธิการรักษา สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่รับไว้ดูแล วันที่ 25 สิงหาคม 2565

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล วันที่ 18 กันยายน 2566

รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด 1 ปี 1 เดือน ให้การดูแลรวมเป็นจำนวน 10 ครั้ง (10 visit)

แหล่งที่มาของข้อมูล ผู้ป่วย ผู้ดูแล และเวชระเบียน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย และผมร่วงมากขึ้น
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

13 ปีก่อน ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจากการถ่ายทอดเชื้อจากมารดา รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อายุ 6 ปี

7 เดือนก่อน ผิดนัด ขาดการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

7 วันก่อน มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยลง มีปัญหาเรื่องผมร่วงมากขึ้น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

13 ปีก่อน ได้รับวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจากการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก เข้าระบบการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่อายุ 6 ปี รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

8 ปีก่อน ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild mental retardation) ระดับเซวาร์ปัญญา (IQ) 55

4 ปีก่อน มีอาการทางจิตเวช มีปัญหาพฤติกรรม และพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตใจ (Mental disorder) รักษาที่โรงพยาบาลตราด 2 ปี อาการทุเลากลับมาเป็นปกติหยุดยาจิตเวชเอง ไม่มีอาการผิดปกติไม่ได้รับการรักษาทางจิตเวชอีก

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร

ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยาหรือสารเสพติด

ปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ รวมทั้งการใช้ยาและสารเสพติดชนิดอื่นๆ

ประวัติการผ่าตัด

Total abdominal hysterectomy with bilateral salpingectomy (28 พฤศจิกายน 2561)

การประเมินสภาพแรกพบไว้ในความดูแล

หญิงไทยอายุ 19 ปี ผิวคล้ำ ผอมยาวประจำ รู้สึกตัวดี น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร BMI = 18.5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/60 มิลลิเมตรปรอท

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. ระบบผิวหนัง ผิวคล้ำ ผิวก่อนข้างแห้ง ไม่มีผื่น ไม่มีแผล ไม่มีตุ่มPPE (Pruritic Papular Eruption)
2. ศีรษะ ใบหน้าและลำคอ รูปทรงปกติ ใบหน้าไม่ตบ ผอมยาวประจำลักษณะค่อนข้างบาง ศีรษะไม่มีบาดแผล ไม่มีไขมันพอกบริเวณคอด้านหลัง คอไม่โต คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต หูได้ยินเสียงทั้งสองข้าง ตามองเห็นปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติจาก ตา หู จมูก
3. ระบบหายใจ หายใจปกติ ฟังเสียง Breath sound ได้ยินเสียงชัดเจนเท่ากันทั้งสองข้าง ทรวงอกขยายเท่ากัน อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ เสียงปกติ ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีการบวมที่ใบหน้าหรือแขนขา ปลายมือปลายเท้าไม่ซีดเย็น เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง
5. ระบบทางเดินอาหาร ไม่มีแผลหรือฝ้าขาวในปาก ไม่มีริ้วขาวข้างลิ้น ไม่ปวดท้อง คล้ำไม่พบก้อน
6. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ไม่พบอาการผิดปกติของข้อแขน ระดับกำลังกล้ามเนื้อแขนทั้งสองข้างอยู่ในเกณฑ์ปกติ (grade 5) ส่วนข้อเท้าทั้งสองข้างงอเข้าด้านในกว่าปกติ สามารถเคลื่อนไหวเดินได้ในลักษณะปกติ ไม่มีแขนขาลีบ
7. ระบบประสาทและสมอง รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่องแต่ช้ากว่าบุคคลทั่วไป ตรวจกำลังกล้ามเนื้อปกติ เกรด 5 แขนขาไม่อ่อนแรง ตรวจประเมินความรู้สึกของผิวหนังมีการรับรู้ปกติ
8. ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีปัสสาวะลำบาก หรือแสบขัด ปัสสาวะสีปกติไม่ขุ่น วันละ 4-5 ครั้ง ให้ข้อมูลว่าบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ปกติ ไม่มีบาดแผล ผื่นคันและ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ

ประวัติครอบครัว

บิดา มารดา ของผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 5 ปี ยายเป็นผู้เลี้ยงดูในช่วงวัยเด็ก มาตลอด ผู้ป่วยมีพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ จนกระทั่งผู้ป่วยอายุ 8 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อย (Mild mental retardation) ตรวจวัดระดับเชาว์ปัญญา (IQ) = 55 เรื่องความพร่องทางสติปัญญาไม่ได้มีปัญหากับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยตลอดเวลา อาจมีบางครั้งที่หลงเชื่อ ถูกชักชวนไปกับเพศตรงข้ามด้วยคำพูดเยินยอ อ่อนหวาน ผู้ป่วยไม่มีญาติทั้งทางบิดา และมารดา ผู้ดูแลคือยายและสามีต่างวัยอายุ 60 ปี ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสามีเป็นผู้รับผิดชอบ จากการเป็นนิพพิที่แสดงความสามารถ ร้องเพลงเปิดหมวกของชมรมผู้พิการ ยายชายพี่ชายคนเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ปลูกไว้ในพื้นที่บ้าน รายได้ไม่แน่นอน ส่วนตัวผู้ป่วยไม่มีรายได้ประจำ มีบางครั้งที่ไปรับจ้างล้างจานตามร้านอาหาร ซึ่งโดยรวมรายได้ของครอบครัวก็พอเพียงกับการดำเนินชีวิต

ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ				การแปลผล
		29ส.ค.65	22พ.ย.65	31มี.ค.66	1พ.ค.66	
RBC	4.5 - 5.2 $10^3/uL$	4.34	4.39	4.19	4.06	ต่ำกว่าเกณฑ์
HGB	12.0 - 14.3 g/dL	12.5	12.6	11.4	11.9	ปกติ - ต่ำกว่าเกณฑ์
Hct.	36.0 - 47.7 %	37.1	36.6	33.7	34.2	ปกติ - ต่ำกว่าเกณฑ์
Monocyte	3.1 - 9.8 %	11.9	7.6	9.0	13.6	สูงกว่าเกณฑ์

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ				การแปลผล
		29พ.ค.66	10ก.ค.66	21ส.ค.66	18ก.ย.66	
RBC	4.5 - 5.2 $10^3/uL$	4.13	4.57	4.56	4.53	ต่ำกว่าเกณฑ์-ปกติ
HGB	12.0 - 14.3 g/dL	11.9	13.1	12.8	13.2	ต่ำกว่าเกณฑ์-ปกติ
Hct.	36.0 - 47.7 %	35.4	37.9	37.9	38.1	ต่ำกว่าเกณฑ์-ปกติ
WBC	4.6 - 10.6 $10^3/uL$	7.3	2.8	4.9	4.1	ต่ำกว่าเกณฑ์-ปกติ
Monocyte	3.1 - 9.8 %	12.1	12.7	7.1	7.6	สูงกว่าเกณฑ์-ปกติ

การวิเคราะห์ผล มีภาวะโลหิตจาง การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงโดยมีค่า RBC , Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำกว่าปกติ จากการติดเชื้อเอชไอวีและติดเชื้อฉวยโอกาสสวัมโรคลำไส้ใหญ่ หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยารักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ ร่วมกับรับประทานยาFolic acid มีผลตอบสนองต่อการรักษาดี ภาวะโลหิตจาง จึงกลับมาเป็นปกติ ส่วนเม็ดเลือดขาวชนิด Monocyte ยังคงสูงกว่าปกติจากการติดเชื้อวัณโรคทำให้ยังคงต้องกินกินเชื้อโรค และกลับมาสู่เกณฑ์ปกติหลังการรักษาวัณโรคครบระยะ ส่วนค่าเม็ดเลือดขาวรวม (WBC) ในเดือนกรกฎาคม 2566 ที่ต่ำมากเกิดจากการมี adheranceที่ไม่ดีของผู้ป่วย แต่เมื่อกลับมาปฏิบัติตัวดี รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ตรงเวลา สม่าเสมอ ทำให้มีผลตอบสนองต่อการรักษาดี สามารถกดปริมาณไวรัสได้ ค่าเม็ดเลือดขาวจึงกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ประสาร เปรมะสกุล, 2562)

Blood Chemistry : Liver function test

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ			การแปลผล
		31 มี.ค. 66	29 พ.ค. 66	18 ก.ย. 66	
Total Protein	6.8 – 8.3 g/dL	9	8.8	-	สูงกว่าเกณฑ์
Globulin	2.5 – 3.5 g/dL	5.1	4.6	-	สูงกว่าเกณฑ์
AST	< 35 U/L	206.9	20.7	32.1	สูงกว่าเกณฑ์-ปกติ
ALT	< 35 U/L	124.1	9.9	22.6	สูงกว่าเกณฑ์-ปกติ
ALP	30-120 U/L	174.6	83.5	-	สูงกว่าเกณฑ์-ปกติ

การวิเคราะห์ผล ค่า Total Protein และ Globulin สูงกว่าเกณฑ์ปกติบ่งบอกว่าร่างกายมีการติดเชื้อ ตับเริ่มมีการอักเสบ และร่างกายพยายามกำจัดเชื้อออกจากร่างกายอยู่ ส่วนค่าเอนไซม์ตับทั้ง 3 ชนิดสูงขึ้นเป็นการยืนยันว่าตับเกิดความเสียหาย จากการที่มีภาวะตับอักเสบร่วมกับการรับประทานยารักษาวัณโรคสูตรเข้มข้น

โดยเฉพาะยาที่มีผลโดยตรง คือยา Isoniazid , Rifampicin และ Pyrazinamide ซึ่งภายหลังจากการรักษาสูตรเข้มข้นครบ 2 เดือน ลดยา IRZE เหลือ IR ค่าเอนไซม์ตับจึงมีค่ากลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ประสาร เปรมะสกุล, 2562)

Urine Analysis

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ			การแปลผล
		22พ.ย.65	10ก.ค.66	21ส.ค.66	
Leucocyte	Negative	2+	Trace	Negative	พบเม็ดเลือดขาวในน้ำปัสสาวะ 21 ส.ค. 66 ตรวจไม่พบ
WBC	0-6 cell/HPF	10-20	1-2	0-1	พบเม็ดเลือดขาวในน้ำปัสสาวะ ประเมินซ้ำ 2 visit ไม่พบ

การวิเคราะห์ผล มีการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (ประสาร เปรมะสกุล, 2562)

ซีดีโฟลกุล

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ			การแปลผล
		22 พ.ย. 65	10 ก.ค. 66	21 ส.ค. 66	
CD ₄ Count	470-1,404 cell /mm ³	311	124	244	ต่ำกว่าปกติ
% CD ₄	24.1-50.7 %	22.554	9.907	16.733	ต่ำกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล ผลการตรวจ CD₄ ได้ผล CD₄ Count 311 cell /mm³ และ % CD₄ =22.554 บ่งบอกถึงระดับภูมิคุ้มกันที่ลดลงต่ำกว่าปกติ เป็นผลมาจากการขาดยาต้านไวรัสไปนาน 7 เดือน ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสเป็นวัณโรคลำไส้ใหญ่ตามมา ร่วมกับการมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม มีวินัยการรับประทานยา ต้านไวรัสไม่ดีทำให้มีผลการตรวจ CD₄ ลดลง เมื่อได้รับการรักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ร่วมกับการปรับพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ตรงเวลา สม่าเสมอและต่อเนื่องแล้ว มีค่า CD₄ เพิ่มขึ้นจาก CD₄ Count 124 cell /mm³ และ % CD₄ =9.907 เป็น CD₄ Count 244 cell /mm³ และ % CD₄ =16.733 โดยมีค่า CD₄ Count และ % CD₄ เป็นไปในทิศทางเดียวกันแสดงถึงผู้ป่วยมีผลตอบสนองต่อการรักษาดี ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติซึ่งผู้ป่วยยังจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องต่อไป (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2560)

ผลไวรัสวิทยา (Virology)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ		การแปลผล
		14 ก.ค. 66	25 ส.ค. 66	
HIV Viral Load	Undetectable	27,666	<20	ตรวจพบไวรัส HIV ในกระแสเลือด

การวิเคราะห์ผล ตรวจพบปริมาณไวรัสเอชไอวี 27,666 copies/ml จากพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสไม่ถูกต้อง เหมาะสม แต่หลังปรับพฤติกรรมแล้วผลการตรวจปริมาณของเชื้อไวรัสเอชไอวี อยู่ในระดับต่ำกว่าที่การทดสอบจะสามารถตรวจพบได้ (Undetectable) บ่งบอกการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ผล (นिरชา อธิปัญญาศิลป์, 2561)

ผล HIV-1 Drug resistance

วันที่	กลุ่ม	Drug name	Assessment	แปลผล
17ก.ค.66	Reverse	Lamivudine	Susceptible	เชื้อไม่ดื้อยา
	Transcriptase	Tenofovir	Susceptible	เชื้อไม่ดื้อยา
	Integrase	Dolutegravir	Susceptible	เชื้อไม่ดื้อยา

การวิเคราะห์ผล ไม่พบการกลายพันธุ์ที่สัมพันธ์กับการดื้อยาต้านไวรัส ในขณะที่มีปริมาณไวรัสที่ไม่ดื้อยาเพิ่มขึ้น เนื่องจากไวรัสที่มีการกลายพันธุ์มีส่วนลดลงโดยถูกทดแทนด้วยกลุ่มไวรัสที่ไวต่อยาต้านจากการเปลี่ยนมาใช้ ยาต้านไวรัสกลุ่มใหม่ จากเดิมก่อนหยุดยาต้านไวรัสใช้ยาสูตรGPOvirZที่ประกอบด้วย AZT+3TC+NVP ซึ่งเป็น ยากลุ่ม Reverse Transcriptase Inhibitor แต่ปัจจุบันได้รับยาสูตร TLD ที่ประกอบด้วย TDF+3TC+DTG ซึ่งเป็นยากลุ่ม Reverse Transcriptase Inhibitor ร่วมกับIntegrase Inhibitor (นिरชา อธิปัญญาศิลป์, 2561)

ผลการตรวจพิเศษ

วันที่ 14 มีนาคม 2566

1. Esophago Gastro Duodenoscopy (EGD)

Post – Diagnosis : Non - erosive gastritis

2. Colonoscopy

ผล Finding

Cecum : Erythematous mucosa with multiple small cleanbase ulcer.

Terminal Ileum : Erythematous and edematous with circumferential ulcer.

Post – Diagnosis : Ileo – colonic ulcer. DDx. Tuberculosis Colitis. (TB.Colitis.)

วันที่ 15 มีนาคม 2566

MTB/NTM Real – Time PCR (ชิ้นเนื้อในลำไส้)

ผล M.Tuberculosis (MTB) : Positive

Mycobacteria (NTM) : Negative

การวิเคราะห์ผล ตรวจพบวัณโรคลำไส้ใหญ่

การถ่ายภาพรังสี

การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X – RAY)

ครั้งที่ 1 วันที่ 25 สิงหาคม 2565 พบว่า ผลปกติ

ครั้งที่ 2 วันที่ 18 กันยายน 2566 พบว่า ผลปกติ

การวินิจฉัยของแพทย์

Human immunodeficiency virus (HIV) disease with Mild Mental Retardation with Tuberculosis Colitis.

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่เริ่มรับจนถึงจำหน่ายจากความดูแล

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 19 ปี ยายพาเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่อายุ 6 ปี ติดเชื้อเอชไอวี จากการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกและมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับน้อย (Mild Mental Retardation IQ=55) ร่วมด้วย สามารถดูแลและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เรียนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนได้แค่ชื่อตัวเอง ช่วงอายุ 14 ปีมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม หนีออกจากบ้านไปกับเพศตรงข้าม ไม่เชื่อฟังคำตักเตือน ทะเลาะกับยายบ่อยครั้ง และเริ่มมีอาการทางจิตเวช เครียด หงุดหงิดง่ายต่อมาได้ยินเสียงกระซิบข้างหู บางครั้งพูดสับสน ได้รับการรักษาทางจิตเวชในช่วงอายุ 14-16 ปี อาการกลับมาเป็นปกติ เมื่ออายุ 15 ปีมีปัญหาโรคทางนรีเวชได้รับการผ่าตัด Total abdominal hysterectomy with Bilateral Salpingectomy ส่วนการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากคลินิกยาต้านไวรัสเด็กอย่างต่อเนื่อง มีผลตอบสนองต่อการรักษาดี มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) เพิ่มขึ้น ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral Load) มีค่าน้อยกว่าระดับที่สามารถตรวจวัดได้ (Undetectable) มาตลอด ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันล่าสุดก่อนย้ายมารับการรักษาในคลินิกยาต้านไวรัสผู้ใหญ่ CD₄ count 616 cells/mm³ , %CD₄ 25 % ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral Load) Undetectable ย้ายมารับยาต้านไวรัสในคลินิกยาต้านไวรัสผู้ใหญ่ครั้งแรกวันที่ 4 ตุลาคม 2564 และผิคนัดไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ขาดยาต้านไวรัสไปตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2565 ซึ่งมีการติดตามทางโทรศัพท์แล้ว ผู้ดูแลรับปากว่าจะพาผู้ป่วยมารับการรักษา แต่ยังคงไม่ได้พาผู้ป่วยมารับการรักษาและไม่สามารถติดต่อกับหมายเลขโทรศัพท์เดิมได้ รวมทั้งไม่สามารถติดตามจากที่อยู่ที่เคยทราบได้เนื่องจากย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่จังหวัดจันทบุรี

การดูแลครั้งที่ 1 วันที่ 25 สิงหาคม 2565 สามิต่างวัยที่เป็นผู้ดูแลพามาติดต่อเพื่อรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหลังจากผิคนัดการรักษา และขาดยาต้านไวรัสเอชไอวีไปนาน 7 เดือน ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย และผมร่วงมากขึ้นมา 1 สัปดาห์ น้ำหนัก 45 กิโลกรัม อุนหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/64 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ให้บริการปรึกษาสุขภาพและคัดกรองวัณโรคด้วยคำถามตามแนวปฏิบัติ ไม่พบอาการเข้าข่ายวัณโรคในเรื่องมีไข้ น้ำหนักลด เหงื่อออกกลางคืน หรืออาการไอเรื้อรัง คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะเพศและสิ่งคัดหลั่ง สามิตราบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผลการตรวจเป็นลบ แต่บางครั้งยังมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันเนื่องจากมีความเชื่อในเรื่องของความสุภาพทางเพศที่ลดลงจากการใช้ถุงยางอนามัย รับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ ค้นหาความต้องการของผู้ดูแล ประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้วผู้ดูแลมีความรู้ แต่ยังคงมีความเชื่อจากประสบการณ์ตรงของตนเอง ที่ยังมีผลการตรวจเลือดเป็นลบทั้งที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในบางครั้ง ให้ข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องช่องทางการถ่ายทอดเชื้อ และผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้กดไวรัสได้และไม่ถ่ายทอดเชื้อให้กับคู่ แต่ผู้ป่วยเป็นผู้ติดเชื้อที่ขาดนัดขนาดยามานาน 7 เดือน มีโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อได้สูง ผู้ดูแลเข้าใจมากขึ้น รับการสนับสนุนถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อ แนะนำตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประเมินอาการทางจิตเวชไม่พบอาการหลงผิด หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน สามารถโต้ตอบสื่อสารได้ ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกตามแนวปฏิบัติ ผลปกติ นัดส่งตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) และพบแพทย์คลินิกต้านไวรัส วันที่ 29 สิงหาคม 2565

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลครั้งที่ 1

1. มีโอกาสที่อย่าต้านไวรัสเอชไอวี เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ขาดการรักษา
2. มีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ป้องกัน

การดูแลครั้งที่ 2 วันที่ 29 สิงหาคม 2565 ผู้ดูแลพามาพบแพทย์ตามนัด สร้างสัมพันธภาพ ชักประวัติ สอบถามอาการ เตรียมและประเมินความพร้อมในการรับยาต้านไวรัสและจัดเตรียมเอกสารประวัติ พร้อมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) : CD₄ Count=311 cells/mm³, % CD₄=22.554 % ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ยังรับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีไข้ ไม่มีไอ น้ำหนัก 44 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท คัดกรองวัณโรคด้วยคำถาม ไม่พบอาการเข้าข่ายวัณโรค คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คู่ผลเลือดต่าง ช่วงนี้ไม่มีเพศสัมพันธ์ ไม่มีอาการผิดปกติของอวัยวะเพศและสิ่งคัดหลั่ง ประสานส่งต่อและอยู่ร่วมให้ข้อมูลขณะแพทย์ทำการตรวจรักษา แพทย์พิจารณาให้ยาต้านไวรัสรอบใหม่ด้วยสูตร TLD (Tenofovir:TDF + Lamivudine:3TC + Dolutegravir:DTG) 1 เม็ด ทุก 24 ชั่วโมง และ Folic acid 1 เม็ด หลังอาหาร หลังจากรับยาและข้อมูลการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องจากเภสัชกรแล้ว ทวนสอบ การปฏิบัติตัว ร่วมวางแผนเลือกเวลารับประทานยาที่เหมาะสมกับกับบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแล คือ เวลา 7.00 น.เน้นย้ำการรับประทานยาอย่างถูกต้อง รวมถึงข้อห้ามและข้อควรระวังโดยเฉพาะการรับประทาน แคลเซียม ยาบำรุงเลือดที่มีส่วนผสมของธาตุเหล็ก หรือยาลดกรด รวมถึงนม ซึ่งจะรับประทานได้หลังจาก รับประทานยาต้านไวรัสไปแล้ว 2 ชั่วโมงซึ่งจะไม่ลดระดับยา Dolutegravir ในสูตรยาที่ได้รับ ผู้ดูแลแสดงการ รับรู้และเข้าใจพร้อมดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ตรงเวลา นัดรับยาต้านไวรัสครั้งต่อไปวันที่ 16 มกราคม 2566 โดยนัดหมายติดตามประเมินอาการและการรับประทานยาทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ในช่วงเวลา 2 เดือนแรก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลครั้งที่ 2

3. มีโอกาสบริหารยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่ถูกต้อง จากการเริ่มยาต้านไวรัสรอบใหม่ สูตรใหม่

การดูแลครั้งที่ 3 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565 ผู้ดูแลพามาปรึกษา ก่อนถึงวันนัดรับยาต้านไวรัส ด้วยเรื่องผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยเวลาปัสสาวะ ชักประวัติประเมินอาการ น้ำหนัก 45 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/64 มิลลิเมตรปรอท ค้นหาความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยออกจากบ้านไปกับผู้ชายอื่น หลังกลับมามีอาการปวดท้องน้อยเวลา ปัสสาวะและมีตกขาวเล็กน้อย ประสานส่งต่อสูตินรีแพทย์ ได้รับการส่งตรวจปัสสาวะ พบLeucocyte 2+, White blood cell 10-20 cell/HPF แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Acute Cystitis ได้ยาปฏิชีวนะ Norfloxacin (400mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การรักษาความสะอาดของ อวัยวะเพศ และการรับประทานยาปฏิชีวนะจนครบตามคำสั่งแพทย์ พยาบาลสอบถามเกี่ยวกับการ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าในช่วงเวลาที่ออกไปจากบ้านไม่ได้ นำยาไปด้วยจึงไม่ได้ รับประทานยาสม่ำเสมอ เน้นความสำคัญเรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยเข้าใจดี นัดติดตามอาการครั้งต่อไป วันที่ 16 มกราคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลครั้งที่ 3 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 และเพิ่มข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล ดังนี้

4. มีการติดเชื้อกระเพาะปัสสาวะ
5. มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เนื่องจากมีความบกพร่องทางสติปัญญา

วันที่ 16 มกราคม 2566 ผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษาที่คลินิกยาด้านไวรัสตามนัด ติดตามทางโทรศัพท์ ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยออกจากบ้านไปกับผู้ชายคนอื่น รับฟังความรู้สึกของผู้ดูแลและให้กำลังใจ ผู้ดูแลรับปากว่าจะพาผู้ป่วยมารับการรักษาต่อ

การดูแลครั้งที่ 4 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาปรึกษาด้วยอาการปวดจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ ซึ้อยาจากร้านขายยารับประทานแล้วแต่อาการไม่ดีขึ้น ติดตามอาการไม่พบอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คัดกรองวัณโรคด้วยคำถามไม่พบอาการเรื่อง ไข้ ไอ เหงื่อออกกลางคืน แต่มีอาการเข้าข่ายวัณโรคเรื่อง น้ำหนักลดลง 2 กิโลกรัมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (น้ำหนักลดจาก 45 เหลือ 43 กิโลกรัม) มีอาการเบื่ออาหาร อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/49 มิลลิเมตรปรอท ประสานส่งต่อพบแพทย์ห้องตรวจโรคทั่วไป แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Dyspepsia ได้รับยาเม็ด Omeprazole 40 mg. เข้ากลืนแล้ว และยา Omeprazole (20 mg.) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารและการสังเกตอาการผิดปกติ จากการที่ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องร่วมกับการมีน้ำหนักลดลง ทำให้คิดถึงการติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรคทางเดินอาหาร แนะนำผู้ป่วยให้คอยสังเกตอาการปวดท้อง การขับถ่ายอุจจาระ ท้องเสียเรื้อรัง หรือท้องเสียสลับท้องผูก ร่วมกับมีไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง อย่างต่อเนื่อง เน้นย้ำการรับประทานยาอย่างถูกต้องตรงเวลา ต่อเนื่อง นัดพบแพทย์คลินิกยาด้านไวรัสครั้งต่อไปวันที่ 6 มีนาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในการดูแลครั้งที่ 4 พบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1,5 และเพิ่มข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังนี้

6. เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การดูแลครั้งที่ 5 วันที่ 3 เมษายน 2566 ผู้ดูแลพามาตรวจที่คลินิกอายุรกรรมทางเดินอาหารตามนัด หลังการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 5 ถึงวันที่ 21 มีนาคม 2566 ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น วัณโรคลำไส้ใหญ่ (Tuberculosis Colitis) จากผลการส่องกล้องตรวจลำไส้(Colonoscopy) : Ileo – colonic ulcer Differential Diagnosis : TB Colitis และผลการตัดชิ้นเนื้อจากแผลในลำไส้ใหญ่ส่งตรวจรหัสพันธุกรรม(PCR)พบMTB Positive ชักประวัติ ประเมินอาการและอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค น้ำหนัก 43 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ยังคงมีอาการปวดท้องแต่ทุเลาลงจากเดิม มีอาการคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน ไม่มีอาการถ่ายเหลว ผื่นคัน ชาปลายมือปลายเท้า ปวดข้อ หรือตามัว ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีปัญหาเรื่อง ซีดเล็กน้อย ค่าHemoglobin(HGB)=11.4 g/dL ค่า Hematocrit(Hct.)=33.7% และมีค่าเอนไซม์ตับสูงขึ้นกว่าค่าปกติ ค่า AST=206.9 U/L, ALT=124.1 U/L และ ALP=174.6 U/L ไม่พบอาการตัวเหลืองตาเหลือง ไม่เจ็บใต้ชายโครงขวา ชักประวัติเพิ่มเติม ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ได้รับประทานสมุนไพรหรือยาอื่น ๆ นอกจากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนและการระวังสังเกตอาการผิดปกติ แล้วส่งข้อมูลแจ้งแพทย์ทราบ แพทย์ให้การรักษาด้วยยาวัณโรคแบบเดิมที่เริ่มมาตั้งแต่วันที่ 21 มีนาคม 2566 ได้แก่ Isoniazid : INH (100mg) 3 เม็ด ก่อนนอน, Rifampicin : RIF (450 mg) 1 เม็ดก่อนนอน, Pyrazinamide : PZA (500 mg) 2 เม็ด ก่อนนอน และ Ethambutal : ETB (400 mg) 2 เม็ดก่อนนอน ปรับเพิ่มยาด้านไวรัสจาก TLD 1 เม็ด เวลา 07.00 น. เป็น TLD 1 เม็ด เวลา 07.00 น.และDTG(50 mg) 1 เม็ด เวลา 19.00 น.เนื่องจากยารักษาวัณโรค RIF ทำให้ระดับยาด้านไวรัสDTGในสูตร TLDลดลง และให้ยาอื่นๆ ได้แก่ Omeprazole (20 mg) 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า , Pyridoxine (B6) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Folic acid 1 เม็ดหลังอาหารเช้า และ Tramadol (50 mg) 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า, กลางวัน, เย็น ผู้ดูแลมีความกังวลใจ ให้กำลังใจ ข้อมูล และทวนสอบวิธี



การรับประทานยา ค้นหาผู้ควบคุมกำกับกับการรับประทานยาวัณโรค แนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว ผู้ป่วยวัณโรค(Directly Observed Therapy:DOT) พบว่าเป็นนายและอาของผู้ป่วย แนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค เน้นย้ำการสังเกตอาการแพ้ยา การดูแลตนเองระหว่างการรักษา การลงบันทึกเวลารับประทานยา ผู้ดูแลแสดงความเข้าใจตอบได้ถูกต้อง ให้ข้อมูลเรื่องการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลที่ต้องเฝ้าระวังเรื่องภาวะตับอักเสบกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ส่งพบนักสังคมสงเคราะห์รับการสนับสนุนค่าเดินทางเพื่อส่งเสริมการมารับยาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง นัดตรวจครั้งต่อไป วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 พร้อมLab CBC , AST และ ALT

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลครั้งที่ 5

7. ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรคลำไส้ใหญ่
8. มีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยารักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่
9. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

การดูแลครั้งที่ 6 วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 ผู้ดูแลพามาพบอายุรแพทย์ทางเดินอาหารตามนัด อาการทั่วไปดีขึ้น ปวดท้องน้อยลง ยังคงรับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดเหลือ 42 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย 17.28 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/75 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลCBC มีค่าHGB=11.9 g/dL,ค่าHct.=34.2 % ค่าเม็ดเลือดขาวชนิดMonocyte=12.6% ค่าเอนไซม์ตับอยู่ในระดับปกติ AST=24.8 U/L ALT = 12.4 U/L ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการ อาหารที่ควรรับประทาน การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ทราบ ได้รับยาวัณโรค INH, RIF, PZA และ ETB ต่อเนื่อง ได้ยาต้านไวรัสเอชไอวี TLD 1 เม็ด เวลา 7.00น และ DTG 1 เม็ดเวลา 19.00 น. และยาอื่น ๆ ได้แก่ Omeprazole, B6,Folic acid และ Tramadol เหมือนเดิม นัดตรวจครั้งต่อไป วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 พร้อมLab CBC และLFT

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลครั้งที่ 6 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7,9 และเพิ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

10. มีโอกาสเกิดภาวะทุโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

การดูแลครั้งที่ 7 วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 มาตรวจติดตามอาการตามนัด ไม่พบปัญหาเพิ่มเติม อาการทั่วไปปกติดี ไม่ปวดท้อง ไม่มีไข้ ไม่มีอาการท้องเสีย ยังรับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนัก 42 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/70 มิลลิเมตรปรอท ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจ CBC ยังพบภาวะซีดเล็กน้อย ค่า HGB = 11.9 g/dL ค่า Hct.=35.4 % และค่าเม็ดเลือดขาวชนิด Monocyte ยังคงสูงกว่าเกณฑ์ = 12.1 % ผลLFT มีค่าAST, ALTและ ALP อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 20.7 ,9.9 และ 83.5 U/L ส่วนTotal protein=8.8 g/dL รักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ได้ 2 เดือน แพทย์ปรับลดยาวัณโรคจาก 4 ชนิดเหลือ 2 ชนิด ได้แก่ INH และ RIF ตามแนวทางการรักษาวัณโรค ส่วนยาต้านไวรัสยังให้DTG เพิ่มเช่นเดิม ครั้งนี้แพทย์หยุดให้ยาOmeprazole และให้ยาอื่น ๆคงเดิม ได้B6, Folic acid และ Tramadol ให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการมารับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลสบายใจขึ้นไม่แสดงอาการกังวล นัดตรวจครั้งต่อไป วันที่ 26 มิถุนายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลครั้งที่ 7 พบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 10 ไม่พบปัญหาเพิ่มเติม

การดูแลครั้งที่ 8 วันที่ 26 มิถุนายน 2566 มาตรวจติดตามอาการตามนัดไม่พบปัญหาเพิ่มเติม อาการทั่วไปปกติ รับประทานอาหารได้ 10 เดือน รับการรักษาวัณโรคได้ 3 เดือน น้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 42 กิโลกรัม เป็น 43 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/61 มิลลิเมตรปรอท คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่มีอาการ ผิดปกติบริเวณอวัยวะเพศและสิ่งคัดหลั่ง ให้ข้อมูลว่าช่วงนี้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เสริมแรงให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยต่อไป แพทย์ให้การรักษาด้วยยารักษาวัณโรค ยาต้านไวรัส และยาอื่นๆ คงเดิม ประเมินอาการทางจิตเวช ยังคงไม่พบอาการหลงผิด หูแว่ว หรือมองเห็นภาพหลอน แพทย์นัดส่ง CBC, CD₄ และ HIV Viral load เพื่อประเมินผลการรักษา และนัดตรวจครั้งต่อไปวันที่ 24 กรกฎาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลครั้งที่ 8 ไม่พบปัญหาเพิ่มเติม

การดูแลครั้งที่ 9 วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 มารับการรักษาต่อเนื่อง ซักประวัติ ประเมินอาการ มีอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียนเป็นบางวัน มีผื่นร่วงเพิ่มขึ้น น้ำหนัก 43 กิโลกรัม อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/75 มิลลิเมตรปรอท ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล CD₄ Count ลดลงจาก 311 เหลือ 124 cells/mm³, % CD₄ ลดจาก 22.554 เหลือ 9.907 % ผลตรวจ HIV-1 Viral Load = 27,666 copies/mL จากเดิมที่ผลตรวจ Undetectable ผลตรวจ HIV-1 drug resistance มีผล Susceptible ต่อยา Tenofovir, Lamivudine และ Dolutegravir ในสูตรยาต้านไวรัส TLD ที่รับประทานอยู่ ชัดแย้งกับปริมาณไวรัสที่ตรวจพบ ประเมินค่า Adherence Index Score = 9 คะแนน ค้นหาปัญหาาร่วมกันพบว่าผู้ดูแลไม่ได้ดูแลให้รับประทานยาต่อหน้าเป็นบางครั้งเนื่องจากติดภารกิจ ผู้ป่วยดูแลตัวเองไม่เป็น ในช่วงก่อนการตรวจเลือดมีวินัยการรับประทานยาที่ไม่ดี บางครั้งไม่ได้รับประทานยา บางครั้งรับประทานยาเลยเวลา หากทางออกร่วมกันพบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจเรื่องความสวยงาม จึงให้ข้อมูลผลดีของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องตรงเวลา ต่อเนื่องไม่ขาดยาจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส ร่างกายไม่ทรุดโทรม และผลเสียของการที่ไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องตรงเวลา สม่่าเสมอและต่อเนื่อง ผู้ป่วยรับปากจะรับประทานยาอย่างถูกต้อง ประสานส่งต่อข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา ทราบเรื่องผล CD₄ Count น้อยกว่า 200 cells/mm³ แพทย์พิจารณาให้ยาป้องกันโรคฉวยโอกาสคือ Cotrimoxazole 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ให้การรักษาด้วยยารักษาวัณโรค ยาต้านไวรัส และยาอื่นๆ คงเดิม หลังรับยาจากเภสัชกรแล้ว ทวนสอบการรับประทานยา การสังเกตอาการแพ้ยาแล้วผู้ดูแลเข้าใจดี เพิ่มช่องทางการเข้าถึงการดูแลรักษาด้วยการปรึกษาทางโทรศัพท์กรณีมีอาการผิดปกติ นัดติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสและประเมินอาการทางโทรศัพท์ พร้อมให้กำลังใจและเสริมแรงผู้ดูแล นัดตรวจ CD₄ และ HIV Viral load ก่อนพบแพทย์ และนัดครั้งต่อไปวันที่ 18 กันยายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลครั้งที่ 9 พบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 1,6 และเพิ่มข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลดังนี้

11. มีความพร้อมในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องที่บ้าน

การดูแลครั้งที่ 10 วันที่ 18 กันยายน 2566 Visit สุดท้ายก่อนจำหน่ายจากการดูแล ผู้ดูแลสามารถรับการรักษา ตามนัด ให้ข้อมูลว่าหลังจากวันที่มารับการรักษาครั้งล่าสุดผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ตั้งใจรับประทานยาตรงเวลา สม่่าเสมอต่อเนื่องมาตลอด สุขภาพแข็งแรงดี น้ำหนักเพิ่มขึ้นจาก 43 เป็น 46 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย 18.93 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/64 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีปัญหาเรื่องปวดจุกท้องหรือถ่ายเหลว ผู้ดูแลคอยดูแลให้รับประทานยาครบ ตรงเวลาทั้งยารักษาวัณโรคและยาต้านไวรัส ให้กำลังใจเสริมแรงให้รับประทานยาถูกต้อง



ตรงเวลาต่อเนื่องต่อ มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วยการใช้ถุงยางอนามัย แนะนำให้สามีรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้งถ้ามีความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และตรวจติดตามทุกปี พร้อมสนับสนุนแจกถุงยางอนามัยให้ ส่งเสริมให้รักษาสถานะคู่อีกต่างวัยที่มีผลเลือดต่างไปตลอด พบว่าผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄)ของผู้ป่วย ค่าCD₄ Count เพิ่มขึ้นจาก 124 เป็น 244 cells/mm³ , % CD₄ จาก9.907 เป็น 16.733 % และผลการตรวจ HIV Viral Load < 20 (ผล Undetectable) ให้ข้อมูลผลตรวจแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย ชื่นชมและให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวดีต่อไป ส่วนการประเมินอาการของจิตเวช ไม่พบอาการมองเห็นภาพหลอนหูแว่ว ไม่มีพฤติกรรมกามอนผิดปกติ ส่งต่อข้อมูลเรื่องผลตรวจ CD₄ ให้แพทย์ทราบ แพทย์หยุดยาป้องกันโรคฉวยโอกาส Cotrimoxazole ผู้ป่วยได้รับการรักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ด้วยยาวัณโรคครบ 6 เดือน จำหน่ายการรักษาวัณโรคครบ ยังคงได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด 1 ปี 1 เดือน ให้การดูแล 10 ครั้ง (10 visit)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสดื้อยาด้านไวรัส เนื่องจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม
ขาดการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยให้ข้อมูล รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
- O : ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่องขาดการรักษาไปนาน 7 เดือน
- O : ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 7เดือน
- O : อาการทางคลินิกของผู้ป่วยเข้าข่ายโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความตระหนักในการมารับการรักษาต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมี Adherence ที่ดี

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ และเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความตระหนักในการรักษา มารับการรักษาต่อเนื่องไม่ขาดนัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การรับรู้และความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. ทบทวนความรู้เรื่องโรคเอดส์และความรู้เรื่องการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
4. แนะนำชนิดของยาต้านไวรัส TLD พร้อมอธิบายขนาดและจำนวนยาที่ต้องรับประทาน
5. ให้ข้อมูลถึงผลเสียของการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาไม่ต่อเนื่องครบถ้วน จะทำให้เกิดการดื้อยาและมีผลเสียต่อสุขภาพ
6. อธิบายอาการไม่พึงประสงค์ของยาพร้อมวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ
7. ร่วมค้นหา care giver วางแผนกับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องเวลาการรับประทานยา และหาผู้ดูแลที่จะสามารถดูแลได้ต่อเนื่อง
8. แนะนำให้พบกับอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

9. จัดกิจกรรม วางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ได้อย่างต่อเนื่อง

10. แนะนำ หน่วยงานการบริการดูแลด้านสังคมที่สามารถช่วยเหลือค่าใช้จ่าย การเดินทางมาพบแพทย์ หากพบปัญหาไม่สามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่องตามนัด

การประเมินผล

หลังได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแผนการรักษาและผลดีของการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องตรงเวลา เข้าใจว่าควรมาพบแพทย์ตามนัด เพราะจะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วยด้วยโรคแทรก ทวนสอบข้อมูลถึงการปฏิบัติตัว สามารถตอบได้ถูกต้อง แจ้งว่านัดครั้งต่อไปจะมาพบแพทย์ตามนัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ป้องกัน

ข้อมูลสนับสนุน

S : สามีผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ายังคงมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

S : สามีผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าตนเองมีความเชื่อว่าความสุขทางเพศลดลงถ้าใช้ถุงยางอนามัย

S : สามีผู้ป่วยให้ ข้อมูลว่ายังคงมีผลเลือดเป็นลบ ถึงแม้ว่ามีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
2. เพื่อคงไว้ซึ่งการเป็นคู่ ที่มีผลเลือดต่าง (serodiscordant couple)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและสามีมีความรู้และเข้าใจสามารถตอบได้ถึงพฤติกรรมเสี่ยงและการปฏิบัติทางเพศที่ปลอดภัย
2. ผู้ป่วยและสามีเห็นความสำคัญและปรับพฤติกรรมความเชื่อ ลดพฤติกรรมเสี่ยง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ช่องทางการแพร่เชื้อ พฤติกรรมเสี่ยง และการป้องกันการติดเชื้อ
2. สอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัย ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพของถุงยางอนามัยในการป้องกันเชื้อเอชไอวี วิธีการใช้และการเก็บรักษาถุงยางอนามัยอย่างเหมาะสม
3. ลดพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ คือ ไม่มีการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ไม่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
4. สนับสนุนถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
5. แนะนำสามีตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล
6. เน้นผู้ป่วยให้รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา เพื่อให้ยาสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ลดโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อในคู่ผลเลือดต่างได้
7. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสามีเข้าใจดี สามารถตอบได้ถึงช่องทางความเสี่ยงและวิธีการป้องกันความเสี่ยง หลังสิ้นสุดการพูดคุยได้รับการสนับสนุนถุงยางอนามัย เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสบริหารยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่ถูกต้อง จากการเริ่มยาต้านไวรัสรอบใหม่ สูตรใหม่

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยขาดการรักษาและขาดการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี นาน 7 เดือน
- O : แพทย์พิจารณาให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีรอบใหม่สูตร TLD
- O : มีประวัติรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่สม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์

เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวี รอบใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมในการรับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างครอบคลุมทุกด้าน ในเรื่องของ เวลารับประทานยา การจัดการเมื่อลืมรับประทานยา การจัดเก็บยา การจัดการตนเองเมื่อไม่สามารถมารับบริการได้
2. ให้คำปรึกษา อธิบายและเสริมสร้างแรงจูงใจในการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีรอบใหม่ ด้วยท่าที่เป็นมิตรไม่ตำหนิ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ
4. เป็นสื่อกลางดูแลผู้ป่วยให้เข้าพบอายุรแพทย์พูดคุยถึงแผนการรักษา และประสานเข้าพบเภสัชกร เป็นรายบุคคลเพื่อรับคำแนะนำเรื่องยา การจัดเก็บรักษา และการจัดการเมื่อลืมรับประทานยา
5. แนะนำหลังการรับยาทดสอบโดยให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล จัดยาให้ดูเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย
6. แนะนำนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือทุกครั้งเมื่อกลับมาใช้บริการตามนัด เพื่อประเมินพฤติกรรมและความมีวินัยของผู้ป่วยที่บ้าน
7. ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน รวมถึงช่องทางการเข้าถึงบริการ ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์ หรือทาง Line Official หากผู้ป่วยพบอาการผิดปกติ
8. เสริมสร้างแรงเสริมทางบวก ให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษา ตระหนักรู้และเข้าใจปัญหาที่แท้จริง ของตนเอง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
9. ร่วมค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อสร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน ทีมบุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อ ของโรงพยาบาลตราด

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความกังวลใจเล็กน้อยเมื่อเริ่มการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่ สอบถามอาการข้างเคียง ของยาหลังได้พบแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดยาด้วยตนเอง สามารถบอกการรับประทานยาได้ถูกต้อง โดยกำหนดเวลาที่สะดวก คือเวลา 07.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีการติดเชื้อกระเพาะปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยให้ข้อมูล “มีอาการปวดท้องน้อยเวลาถ่ายปัสสาวะใกล้สุด”
- O : ผลการตรวจปัสสาวะพบ เม็ดเลือดขาว WBC 10 -20 cell/ HPF และ Lymphocyte 2+

วัตถุประสงค์

เพื่อลดการติดเชื้อที่กระเพาะปัสสาวะ และไม่มีการลุกลาม จนถึงมีการติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีปัสสาวะปกติไม่มีอาการแสบขัดปวดท้องน้อย
2. ผลการตรวจปัสสาวะไม่พบเม็ดเลือดขาว หรือเม็ดเลือดแดง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย ชักประวัติเรื่องอาการไข้หนาวสั่น
2. แนะนำให้ผู้ปวยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 - 2 ลิตรซึ่งเป็นปริมาณที่เพียงพอสำหรับการขับปัสสาวะได้ดี
3. แนะนำไม่ให้ผู้ปวยกลั้นปัสสาวะเนื่องจากจะเป็นการสะสมเชื้อโรคในกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้อาการรุนแรงขึ้น
4. สอนให้สังเกตลักษณะของปัสสาวะ โดยให้สังเกตสีปัสสาวะ กลิ่น ความใสหรือขุ่น รวมทั้งมีสิ่งเจือปนในปัสสาวะหรือไม่
5. ติดตามผลการส่งตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
6. ให้การดูแลทางด้านจิตใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ปวยและญาติซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆเพื่อคลายความวิตกกังวล ให้ข้อมูลด้านอาการ อาการแสดงและแผนการรักษาของแพทย์
7. แนะนำการรับประทานยาปฏิชีวนะให้ครบจำนวนที่แพทย์สั่งการรักษา
8. สอนวิธีทำความสะอาดอวัยวะเพศและแนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกครั้งหลังการขับถ่าย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจข้อมูลที่ให้คำแนะนำ ส่วนการประเมินอาการ นัดประเมินครั้งหน้าเมื่อมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เนื่องจากมีความบกพร่องทางสติปัญญา

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า “ผู้ป่วยมักออกจากบ้านไปกับผู้ชายอื่นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลควบคุมได้ตลอดเวลา”

S : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ผู้ชายที่ชวนหนุบอกว่า หนุสวย เขาชอบหนุ”

O : ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาการประเมินระดับสติปัญญา IQ = 55

O : มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องน้อย มีตกขาว

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมการมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยโดยมีสัมพันธ์กับคู่เพียงคนเดียว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยยินดี และเต็มใจปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อความปลอดภัยของตนเอง
3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศที่ เหมาะสม และไม่เป็นเหยื่อถูกล่อลวง ทางเพศ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย และผู้ป่วยพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร เข้าใจ ไม่ตำหนิใช้ความนุ่มนวลอ่อนโยน
2. ให้การปรึกษารอบครัว ส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ยอมรับไม่กล่าวโทษ
3. ฝึกทักษะการดูแลช่วยเหลือตนเอง การป้องกันโรค การป้องกันการถูกล่อลวง สอนเทคนิคการปฏิเสธ
4. ส่งเสริมการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม ระบุเบี่ยงเบนเกณฑ์ ให้มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นผ่านกิจกรรมกลุ่ม
5. ส่งพบอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อ พูดคุยให้ได้แสดงออก ลดความแปลกแยก
6. ชื่นชมในส่วนที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี ปฏิบัติได้ถูกต้อง
7. หาข้อตกลงที่ชัดเจนในการควบคุมร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับกติกาเช่น ข้อกำหนดเวลาการออกจากบ้าน การขออนุญาตทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน
8. ติดตามดูแลพฤติกรรมทางเพศด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ และการพูดคุยเมื่อมารับการตรวจตามนัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัย ยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำ รับทราบข้อตกลงร่วมกัน ส่วนเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ยังไม่สามารถประเมินได้ในครั้งนี้วางแผนเฝ้าระวังติดตามเมื่อมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย”
- O : ผู้ป่วยมีประวัติ ปวดท้องบ่อย น้ำหนักลดลง
- O : ผล การตรวจภูมิคุ้มกัน CD₄ count = 311 cells/mm³ (วันที่ 26 พ.ย. 2565)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่พบอาการเข้าข่ายโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตอาการอาการแสดงของการติดเชื้อภาวะไข้ ซิฟเจอร์เร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อวันที่ อาการหนาวสั่น เหงื่อออก หายใจเหนื่อย หรือมีปลายมือปลายเท้าเขียว เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวินิจฉัยโรค
2. ซักประวัติถามอาการที่เกี่ยวกับวัณโรคด้วยคำถามเรื่องไข้ ไอ ลักษณะของเสมหะ อาการเหงื่อออกตอนกลางคืน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย การรับประทานอาหารได้น้อย อาการปวดท้องน้ำหนักลดลง ซักประวัติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เรื่องการมีท้องเสียสลับท้องผูก หรือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารหรือไม่
3. ประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย จากการคัดกรองวัณโรคด้วยคำถามว่ามีอาการเข้าข่ายวัณโรคทั้งในปอด/นอกปอดหรือไม่
4. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการที่เข้าข่ายวัณโรค เรื่องไข้ ไอ ลักษณะของเสมหะ การมีเหงื่อออกตอนกลางคืน อาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีการชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการ ถ้ามีอาการเหล่านี้ให้มาก่อนนัด เพื่อค้นหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ทันที่



5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันที่ดีป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

6. ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน ลื่น รักษาสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด

7. พักผ่อนอย่างเพียงพอ หากิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด วิตกกังวล เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันที่ดี

8. วางแผนติดตามและประเมินผล นัดพบแพทย์คลินิกยาต้านไวรัสครั้งต่อไปวันที่ 6 มีนาคม 2566

การประเมินผล

จากการสังเกตอาการพูดคุยให้ข้อมูลครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความเข้าใจข้อมูลดี พยาบาลวางแผนติดตาม ครั้งต่อไปด้วยสงสัยอาการเข้าข่ายวัณโรคระบบทางเดินอาหาร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรคลำไส้ใหญ่

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “มีอาการอ่อนเพลีย ปวดท้อง ผอมลง”

S : ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า “ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลครึ่งเดือน หมอบอกว่าเป็นวัณโรคลำไส้ใหญ่”

O : ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงจาก 45 กิโลกรัมเหลือ 43 กิโลกรัม ในช่วงระยะเวลา 5 เดือน

O : ดูท่าทางอ่อนเพลีย ไม่มีแรง

O : ผลการตรวจหา รหัสพันธุกรรมของชิ้นเนื้อในลำไส้ใหญ่ พบว่า มี Mycobacterium

Tuberculosis Positive วันที่ 15 มีนาคม 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบระยะเวลาการรักษา ไม่เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะลุกลามของโรคหรือโรคแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

2. ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องไม่ขาดนัด ไม่ขาดยา

3. ได้รับความร่วมมือในการดูแลจากครอบครัวและชุมชน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทวนสอบข้อมูลการรับประทานยารักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ ในช่วงรักษาเข้มข้น จำนวนยา ที่ใช้ในการรักษา 4 ชนิด ระยะเวลา 2 เดือน และรับทราบผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง มีผื่นผิวหนัง ชาปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว และมีอาการปวดข้อ

2. หากเกิดอาการผิดปกติจากการใช้ยารักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด ไม่หยุดยาเอง

3. เน้นการรับประทานยาทุกวันจนครบระยะเวลาการรักษา ระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก พร้อมทั้งให้กำลังใจว่า ขณะนี้รักษาได้ 2 สัปดาห์ เหลืออีก 6 สัปดาห์ จะปรับยาลดลงเหลือ 2 ชนิด

4. ร่วมค้นหาผู้สนับสนุน กำกับการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย

5. แนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย แนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารประเภทโปรตีนเช่นเนื้อสัตว์ ไข่ขาว หรืออาหารประเภทถั่ว

6. แนะนำดูแลสุขภาพให้แข็งแรงพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายที่พอเหมาะกับสภาพร่างกาย

7. แนะนำให้อยู่ในที่สถานที่อากาศถ่ายเทสะดวกดี ไม่ไปในที่แออัด

8. ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเสริมพลังทางบวกให้ได้รับการรักษาครบระยะเวลา 6 เดือน

9. ประสานงานหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม
10. มีการติดตามแจ้งเตือนล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดโดยเจ้าหน้าที่
11. มีทักษะในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีตลอดการรักษา

การประเมินผล

หลังการให้คำแนะนำ ถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหรืออาการข้างเคียงผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบได้และสามารถบอกแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือในชุมชนได้ และรับทราบว่าจะมีการติดตามการรักษาหรืออาการ จากทีมเจ้าหน้าที่ รวมถึง หาผู้สนับสนุนกำกับการรับประทานยาในครอบครัวคือยายและสามี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยารักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดจุกเสียดท้อง”
- O : ผู้ป่วยรับประทานยารักษาวัณโรคสูตรเข้มข้นมานาน 14 วัน
- O : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีค่าLiver Function Test สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (ตรวจวันที่ 3 เมษายน 2566)
 - SGOT = 206.9 U/L
 - SGPT = 124.1. U/L
 - ALK = 174.6 U/L

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบ 6 เดือน
3. ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรับประทานยาให้ครบถ้วนถูกต้อง
4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นและทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่มีอาการข้างเคียงของยา
2. ผู้ป่วยทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียง
3. มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง รับประทานยาครบระยะเวลาการรักษา 6 เดือน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้กำลังใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้สึก ผ่อนคลายและเกิดความไว้วางใจ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ อาการและผลเลือดที่ผิดปกติ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับยารักษาวัณโรคลำไส้ และสามารถจัดการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้
3. เน้นย้ำถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยา ที่จะทำให้อาการทรุดลง
4. สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัว ถึงระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคเมื่อกลับสู่ชุมชน พร้อมทั้งเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการดูแล ด้วยการปรึกษาทางโทรศัพท์ ได้ตลอดเวลาหากมีอาการผิดปกติ
5. สอนวิธีแก้ปัญหาอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้น เช่นอาการคลื่นไส้ แนะนำให้ ดูแลความสะอาดปากฟัน บ้วนปากบ่อยๆ หลีกเลี่ยงอาหารมันจัด รับประทานอาหารรสเปรี้ยว ส่วนอาการผื่นคันบริเวณผิวหนัง ให้ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นไม่แห้ง ใช้สบู่สำหรับเด็ก

6. แนะนำสังเกตอาการดวงตาพร่ามัว ระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน
7. แนะนำไม่ควรรับประทานอาหารเสริมยาสมุนไพร หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หากจำเป็นต้องรับประทานยาตัวอื่นร่วมด้วยให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง
8. เน้นความสำคัญเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด
9. วางแผนดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าเอนไซม์ตับ ในการมาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการปัจจุบันที่เป็นอยู่และวิธีการจัดการแก้ไขเบื้องต้นอาการข้างเคียงของยาได้รับทราบนัดครั้งต่อไปว่ามีการส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามค่าการทำงานของตับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอก “ทำไมหนูเป็นหลายโรคจึงต้องทานยาหลายอย่าง”
- S : สามีผู้ป่วยสอบถามอาการ และระยะเวลาของการรักษา บอกว่ากังวล
- O : ผู้ป่วยและสามี มีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและสามีมีสีหน้าดีขึ้น มีความรู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวล ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้การดูแลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เป็นกันเอง แสดงความเต็มใจ พร้อมให้ความช่วยเหลือ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสามีได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อที่กังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย รับฟังข้อมูลด้วยความตั้งใจและใส่ใจ
3. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่างๆของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วย แสดงความเห็นใจด้วยการสัมผัสมือผู้ป่วยรวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น
4. เป็นสื่อกลาง จัดให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ที่ทำการรักษา รวบรวมข้อมูลรายละเอียดผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการของโรค ให้ครบถ้วน พร้อมทั้งอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะเวลา ขณะที่ผู้ป่วยพบแพทย์
5. หลังพบแพทย์ให้ข้อมูลผู้ป่วยและสามีอีกครั้งถึงอาการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
6. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
7. ให้ความรู้ผู้ป่วยและสามีในการดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการหายของโรค
8. แนะนำให้รู้จักอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อ ว่าจะเป็นผู้ติดตามอาการเป็นระยะๆและ คอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้นบอกว่ารู้สึกคลายความวิตกกังวลและพร้อมให้ความร่วมมือในการรักษา จะตั้งใจปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง รับประทานยาอย่างมีวินัย



ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยให้ข้อมูล “รู้สึกร่างกายอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย”
- S : ผู้ป่วยให้ข้อมูล “หนูมีผมร่วงมากขึ้นกว่าปกติ”
- O : น้ำหนักลดลง จาก 45 กิโลกรัมเหลือ 42 กิโลกรัม ภายในระยะเวลา 5 เดือน
- O : ค่าดัชนีมวลกาย = 17.28 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- O : ผู้ป่วยคู่อ่อนเพลีย ซีดเล็กน้อย ผมบางลงจากที่เคยมารักษาในระยะแรก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำ ที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันของร่างกายมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความรู้สึกเบื่ออาหารลดลง สามารถรับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1/2 กิโลกรัมต่อสัปดาห์
3. ไม่พบภาวะ Malnutrition หรือภาวะ Dehydration

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เมื่อมารับบริการที่แผนกอายุรกรรม สังเกตความชุ่มชื้นของผิวหนัง ชั่งน้ำหนักตัว ตรวจสอบระดับของอัลบูมิน ฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต ดูความแข็งแรงของเยื่อภายในช่องปาก ความสามารถในการกลืนอาหาร ตรวจฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้และสังเกตอาการท้องอืด ชักถามเกี่ยวกับประวัติอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
2. สอบถามเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานอาหาร ชนิดของอาหารที่ชอบหรือไม่ชอบรับประทาน
3. สอนวิธีการดูแลสุขภาพของช่องปากฟันและลิ้นด้วยการแปรงฟัน ใช้แปรงขนอ่อน ยาสีฟันชนิดที่มีคุณสมบัติไม่กัดเยื่อช่องปาก แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก หรือน้ำเกลือออร์มัลซาลีน ทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร
4. อธิบายความสำคัญของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
5. แนะนำให้รับประทานอาหาร ตรงเวลาวันละ 3 มื้อ ไม่อดอาหารมื้อเช้าเพราะเป็นมื้อที่ให้ประโยชน์ต่อร่างกายสูง รับประทาน อาหาร ธรรมดา หรืออาหารอ่อนให้เพียงพอ อาหารที่มีประโยชน์ให้คุณค่าทางโภชนาการสูงประเภทแป้ง น้ำตาล โปรตีนและไขมัน ดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำต้มสุกอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
6. ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเสริมเช่น นม โอวัลตินหรือผลไม้ระหว่างมื้ออาหาร
7. แนะนำรับประทานอาหารเช้าและเพิ่มจำนวนมื้อเป็นวันละ 5-6 มื้อหากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารในมื้อเดียวได้ปริมาณมากพอ
8. หลีกเลี่ยงอาหารที่มี รสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด อาหารหมักดอง หรือที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม
9. ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตัวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เครื่องชั่งเดิม เวลาชั่งเวลาเดียวกัน
10. แนะนำให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 8 ชั่วโมงเพื่อลดการใช้พลังงาน
11. วางแผนติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum Albumin, Total Protein

การประเมินผล

ในการพูดคุยให้ข้อมูลครั้งนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจข้อมูลที่แนะนำส่วนเรื่องการรับประทานอาหาร หรือน้ำหนักตัว วางแผนติดตามการประเมินผลในการมาพบแพทย์ครั้งต่อไป วันที่ 29 พฤษภาคม 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 มีความพร้อมในการปฏิบัติตัว อย่างถูกต้อง ต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า “บางครั้งหนูไม่ได้กินยา บางครั้งกินเลยเวลา เพราะหนูดูนาฬิกาไม่เป็น”
- S : ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า “ไม่ได้ดูให้กินยาต่อหน้าทุกครั้ง เนื่องจากติดงาน”
- O : ก่อนมาตรวจเลือด ผู้ป่วยมีวินัยการรับประทานยาไม่ดี
- O : ผลการประเมิน Adherence Index Score = 9 คะแนน
- O : ผล CD₄ count ลดลงจาก 311 เหลือ 124 cells/mm³ ค่า HIV Viral Load = 27,666 copies /ml.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องในการรับประทานยาต้านไวรัส
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะดื้อยาต้านไวรัส

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัส อย่างถูกต้องตรงเวลา ต่อเนื่อง สม่าเสมอ
2. ผล CD₄ count > 200 cells/mm³ ผลการตรวจ HIV Viral Load = undetectable

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ ที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อความร่วมมือที่ดีในการรักษา
2. ส่งเสริมผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยา โดยการเสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีตามบริบทของครอบครัว
3. ขอความยินยอมรับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยสมัครใจทุกสัปดาห์เพื่อติดตามประเมินปัญหาและการรับประทานยา
4. กรณีที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความจำเป็นเดินทางไปต่างจังหวัด ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบพร้อมให้ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เพื่อการสื่อสารติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
5. ดูแลช่วยเหลือสนับสนุนการรับประทานยาตรงเวลาด้วยการฝึกทักษะการดูนาฬิกา และการตั้งปลุกเตือนในโทรศัพท์
6. ค้นหาแรงจูงใจที่สนับสนุนการรับประทานยาอย่างมีวินัยของผู้ป่วย คือเรื่องความสวยงามในวัยรุ่นพยาบาลให้ข้อมูลผลดีของการรับประทานยาอย่างถูกต้องจะช่วยให้มีสุขภาพดี แข็งแรงไม่เจ็บป่วยร่างกายไม่ทรุดโทรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยสวยงามตามวัยได้
7. ส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อรับยา ป้องกันโรคชวยโอกาสเนื่องจากผล CD₄ = 124 cells /mm³
8. หลังพบแพทย์ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องยา Cotrimoxazole ป้องกันการติดเชื้อชวยโอกาส ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเพิ่ม อธิบายวิธีการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น
9. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงการดูแลด้วยการปรึกษาทางโทรศัพท์เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถประสาน ขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
10. ให้กำลังใจและเสริมแรงผู้ดูแลวางแผนติดตาม ประเมินปัญหาจากการเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมให้มีการเยี่ยมที่บ้านโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยแสดงความกระตือรือร้นในการที่จะรับประทานยาถูกต้องหลังได้ข้อมูลเรื่องความสวยงาม ส่วนเรื่อง ผลการตรวจ CD₄ และ HIV Viral Load รอติดตามนัดครั้งต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์

- ใช้เป็นแนวทางในการให้พยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและมีโรคร่วม วัณโรคลำไส้ใหญ่
- เป็นเอกสารวิชาการสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานใหม่ หรือผู้ที่สนใจ
- เป็นแนวทางในการ Approach ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อความร่วมมือในการดูแลรักษา

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และมีโรคร่วมวัณโรคลำไส้ใหญ่ จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 18 กันยายน 2566 ในระหว่างการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสเอชไอวีควบคู่กับการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรคลำไส้ใหญ่ ติดตามดูแลอาการต่อเนื่อง รวมระยะเวลา 1 ปี 1 เดือน ให้การดูแล 10 ครั้ง (10 visit)

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และทักษะการดำรงชีวิต จากการมีความบกพร่องทางสติปัญญา มีการขาดการติดตามการรักษาและ ขาดยาต้านไวรัส ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นวัณโรคลำไส้ใหญ่ ให้การเตรียมความพร้อมก่อนการเริ่ม การรักษาด้วยยาต้านไวรัสรอบใหม่ โดยเฉพาะการให้ความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล และผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่กระบวนการรักษา ปรึกษา และ ให้ติดตามอย่างต่อเนื่อง บูรณาการการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคคู่กับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพิ่มการ ติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และผลข้างเคียงของยา ให้การปรึกษารายบุคคลอย่างต่อเนื่อง พร้อมการ เสริมแรงบวกแก่ผู้ดูแล ให้การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามอาการ เตือนความจำสร้างความสะดวก ในการศึกษา และให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาจากการศึกษา ผู้ป่วยรับการรักษาวัณโรคลำไส้ใหญ่ครบ 6 เดือน ไม่มีปัญหาวัณโรคดื้อยา รับประทานไวรัสเอชไอวีต่อเนื่อง หลังปรับพฤติกรรมมีผลตอบสนองต่อ การรักษาดี ล่าสุดมีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) เพิ่มขึ้น ไม่ต้องใช้ยาป้องกันโรคฉวยโอกาสใดๆ ปริมาณไวรัสเอชไอวี ในเลือดต่ำกว่าค่าระดับที่สามารถตรวจวัดได้ (HIV Viral load Undetectable) อาการทางคลินิกคงที่ มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคฉวยโอกาส ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมเจ้าหน้าที่ ให้ความสำคัญในการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่อเนื่อง คงอยู่ในระบบการรักษา มารับยาตามนัด



เอกสารอ้างอิง

กองวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการควบคุมโรคในประเทศไทย พ.ศ.*

2564. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์.

คู่ขวัญ สวัสดิ์พาณิชย์. (2565). *โรคโปลิโอ. ใน เณลิมรัฐ บัญชรเทวกุล, ประเดิมชัย คงคำ, รักษ์ พิทยานนท์,*

ศักรินทร์ จิรพงศธร, สมบัติ ตริประเสริฐสุข และกำธร เผ่าสวัสดิ์ (บ.ก.), หนังสือโรคระบบทางเดิน

อาหาร การวินิจฉัยและแนวทางการดูแลรักษาในปัจจุบันเล่ม2 (น. 342-348). โรงพยาบาลวิชัยยุทธ.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เลขา. (2561). *คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็กกลุ่มปัญหาการเรียน พิมพ์ครั้งที่ 2. พรอสเพอริสพลัส*

การพิมพ์.

นิรชา อธิปัญญาศิลป์. (2561). *การตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ต่อยาต้านไวรัสและความสำคัญของฐานข้อมูลที่ใช้*

ในการวิเคราะห์ผล. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/150676>

ประสาร เปรมะสกุล. (2562). *คู่มือแปลผลLab ตรวจเลือด เล่มแรก (ฉบับเรียบเรียง & เพิ่มคำศัพท์ใหม่).*

สำนักพิมพ์อรุณการพิมพ์.

เปรมวดี เด่นศิริอักษร. (2557). *ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา.*

<https://th.rajanukul.go.th/preview-4002.html>

รพีพรรณ รัตนวงศันรา มอร์ด. (2566). *ความรู้เบื้องต้นโรคติดเชื้อHIV. <https://www.thaihealth.or.th>*

ลัดดา พลพุทธา. (2561). *การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี:กรณีศึกษา.*

<https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/4582/4328>

วารสารณ กิตติศรีวรพันธุ์. (2565). *การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์โดยการจัดการรายกรณี.*

<https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/12700>

สภาเทคนิคการแพทย์. (2560). *คู่มือการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเทคนิคการแพทย์. P.S.service.*

สายฝน เอกวางกูร, จารุวรรณ ประดา และนฤมล ทีปะपाल. (2559). *จิตเวชเด็กและวัยรุ่นกับการบำบัด*

ทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวางกูร (บ.ก.), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และ

ศิลป์สู่การปฏิบัติ 2 (น. 207-228). สำนักพิมพ์สามลดา.

สุภาวดี พงษ์ประภาส และคณะ. (2566). *การพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่ให้คำปรึกษาด้านการตรวจเอชไอวี*

โดยการใช้ข้อความสำคัญและการใช้บทบาทสมมติในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

<https://he01.tci-thaijo.org>

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2560). *แนวทางการตรวจรักษาและ*

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี2560. บริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

อนุวัฒน์ กิระสุนทรพงษ์. (2559). *ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์.*

<https://www.bumrungrad.com>