



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะสุดท้าย
ที่มีภาวะแทรกซ้อน

ศิริภรณ์ อุณหะนันท์ พย.บ.

งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแหลมงอบ

E.mail : takip2152@hotmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๖๓ ปี ไม่ได้ทำงาน ขณะป่วยมีบุตรสาวคนโตและบุตรสาวคนเล็กเป็นผู้ดูแล U/D DM HT DLP Anemia CVD รับยาร.พ.แหลมงอบต่อเนื่อง และCirrhosis with Chronic hepatitis B เคยรักษาร.พ.ตราดและส่งกลับมารักษาต่อร.พ.แหลมงอบ เมื่อวันที่ ๓๐ พ.ย. ๒๕๖๕ เคยติดเชื้อโควิด๑๙ หลังจากนั้นเริ่มป่วยบ่อยมักมีอาการรับประทานอาหารได้น้อย ท้องเริ่มโตขึ้นไม่เหนียว ไม่แน่นท้อง ถ่ายปกติ(ทานยาระบายและสวนอุจจาระบางครั้ง) อ่อนเพลีย รับการรักษาในร.พ.แหลมงอบ ทั้งหมด ๖ ครั้ง นอนร.พ.แหลมงอบ ๕ ครั้ง ส่งรักษาต่อร.พ.ตราด ๑ ครั้ง วันที่ ๒๒ พ.ย. ๒๕๖๕ Admit ครั้งที่ ๑ ด้วยอาการเพ็ชามากขึ้น ไม่มีแรง วินิจฉัยโรค Fibrosis and cirrhosis of liver with Chronic hepatitis B แพทย์ให้นอนร.พ.เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อ รวมนอนร.พ.จำนวน ๖ วัน ยังไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Palliative care วันที่ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๖ Admit ครั้งที่ ๒ ด้วยอาการไข้ ถ่ายเหลวมีเนื้อปน ๒ ครั้ง คลื่นไส้อาเจียน ๑ ครั้ง วินิจฉัยโรค Gastroenteritis and colitis with Fibrosis and cirrhosis of liver แพทย์ให้นอนร.พ.เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อ รวมนอน ร.พ.จำนวน ๔ วัน เริ่มดูแล Palliative care ครั้งที่ ๑ จากผู้ป่วยเป็นตับแข็งระยะสุดท้าย แต่ญาติยังไม่ยอมรับให้การดูแลแบบประคับประคอง เพราะเห็นอาการผู้ป่วยยังไม่แย่มากตามที่แพทย์ลงความเห็นไว้ วันที่ ๑๑ ก.พ. ๒๕๖๖ Admit ครั้งที่ ๓ ด้วยอาการปวดสับสน วกไปวนมา เคยมาร.พ.ในวันที่ ๓ ก.พ.๒๕๖๖ ด้วยอาการท้องโต แน่นท้อง แพทย์เจาะท้องระบายน้ำออกได้ปริมาณ ๒๔๐๐ ml. ครั้งนี้ผลเลือดพบมีการติดเชื้อในกระแสเลือด วินิจฉัยโรค Septicaemia with Fibrosis and cirrhosis of liver แพทย์ให้นอนร.พ.เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อ รวมนอนร.พ.จำนวน ๘ วัน และแพทย์ดูแล Palliative care ครั้งที่ ๒ จากผู้ป่วยเป็นตับแข็งระยะสุดท้าย แต่ญาติยังไม่ยอมรับให้การดูแลแบบประคับประคอง เพราะเห็นอาการผู้ป่วยยังไม่แย่มากตามที่แพทย์ลงความเห็นไว้เหมือนคราวที่แล้ว วันที่ ๒๘ ก.พ. ๒๕๖๖ Admit ครั้งที่ ๔ ด้วยอาการอาเจียน ซึม ตาลอย วินิจฉัยโรค Hepatic failure with Ascites แพทย์ให้นอนร.พ.สังเกตอาการต่อ ขณะนอนร.พ.มีหัตถการเจาะท้องระบายน้ำและมีอาการคล้ายวันแรกรับกำเริบ ตาลอย ซึม แพทย์จึงดูแล Palliative care ครั้งที่ ๓ จากการดำเนินของโรคที่แยกลง ญาติยอมรับและเซ็นใบยินยอมให้การดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ทีม Palliative care ทำ Family meeting สำเร็จ ผู้ป่วยบอกต้องการเห็นหลานชาย คนโตบวชก่อนเสียชีวิต ทางทีม Palliative care แนะนำให้ญาติทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย จึงมีการจัดงานบวชในวันที่ ๑๒ มี.ค. ๒๕๖๖ โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยไปร่วมพิธีทางศาสนาแล้วกลับมานอนรักษาตัวต่อ วินิจฉัยโรค Hepatic failure with Ascites นอนร.พ.จำนวน ๑๓ วัน วันที่ ๒๖ พ.ค. ๒๕๖๖ มาร.พ.ด้วยอาการซึมลง เรียกแล้วตาลอย ไม่มองหน้าถามตอบอ้ออ่า แพทย์ดูแล Palliative care ครั้งที่ ๔ พร้อมอธิบายการดำเนินของโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลันเกิดขึ้น ครั้งนี้ญาติขอเปลี่ยนใจให้รักษาเต็มที่ ให้ใส่ท่อช่วยหายใจได้ แต่ไม่รอดหัวใจ แพทย์จึง On ETT Refer รพ.ตราด ทำ CT SCAN ด้วย Hepatic failure with Acute renal failure ผล CT SCAN ปกติ Off ETT แต่ให้อยู่รักษาเรื่องไตวายเฉียบพลัน โดยให้ยา ๒๐% Albumin vein drip นอนร.พ.ตราด จำนวน ๘ วัน วันที่ ๒๙ มี.ย. ๒๕๖๖ Admit ครั้งที่ ๕ ด้วยอาการซึม ถ่ายเหลว เพ็ช ผลเลือดพบค่าวิกฤต CR= ๓.๖๐ CO๒=๑๐.๕ แพทย์แจ้งแผนการรักษาแก่ญาติต้องฟอกไตทางเส้นเลือดที่รพ.ตราดหลังอาการคงที่ ญาติตัดสินใจเลือกนอนรักษาตัวที่ร.พ.แหลมงอบ

งอบก่อน วินิจฉัยโรค Acute renal failure with Palliative care ขณะนอนรพ.ปัสสาวะไม่ออก Retained Foley's catheter ไว้ ระดับPPS=๔๐% แพทย์คุย Palliative care ครั้งที่๕ ญาติยอมรับให้การดูแลแบบประคับประคอง วันที่ ๒ ก.ค.๒๕๖๖ เวลา๐๘.๐๐ น. มีภาวะ Acute renal failure with shock มี BP drop หายใจ air hunger ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะไม่ออกเลย ท้องโตขึ้น ผิวน้ำตามร่างกายมีจุดจ้ำเลือดสีแดงมากขึ้น ญาติขอให้ส่งตัวไปรพ. ทรราช และยังต้องการให้ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยไม่ขนาดหัวใจ แต่ให้การรักษาด้วยยาเต็มที่ แพทย์อธิบายการดำเนินโรคของผู้ป่วยมีแนวโน้มแยลงเรื่อยๆและเสียชีวิตในที่สุด ระดับPPS=๑๐% แพทย์คุยPalliative careครั้งที่๖ ญาติยอมรับ และให้ผู้ป่วยจากไปโดยไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน ก่อนเสียชีวิตให้บุตรตามหลานชายคนโตและน้องชายที่ผู้ป่วยรักและเป็นห่วงที่สุดมาบอกว่าเป็นครั้งสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

บทนำ

จากนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยบุคลากรพยาบาลต้องมีคุณภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย และเพิ่มประสบการณ์ที่ดีต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความทันสมัย ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม(ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, ๒๕๖๑) การสร้างวิถีใหม่ของการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพของประเทศจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะให้บุคลากรทางการแพทย์ ในทีมสาขาวิชาชีพทุกระดับสามารถจัดการอาการได้เป็นอย่างดี ปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายแบบองค์รวมทุกมิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีความมุ่งหวังให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในการดูแลอาการ สามารถให้คำปรึกษาแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้านได้ รวมทั้งผู้ป่วยยังได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย(กรมการแพทย์, ๒๕๖๓)

ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ โรงพยาบาลแหลมฉบังเริ่มดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยงานพยาบาลผู้ป่วยในได้จัดทำ Work Instruction เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(End of life) ให้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ให้ชัดเจนมากขึ้นและปรับปรุงแก้ไขทุก ๒ปี เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล จากข้อมูลการเสียชีวิตในโรงพยาบาลย้อนหลัง ๓ ปี ๒๕๖๔,๒๕๖๕,๒๕๖๖ มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด ๘,๑๑,๒๓ ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆและญาติยินยอมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากกว่ากลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลแหลมฉบังมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นแบบองค์รวม(Holistic care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

โรคตับแข็งระยะสุดท้าย เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแหลมฉบัง ซึ่งเป็นสภาวะของโรคตับเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดได้ตลอดเวลา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยและญาติ อาจทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้านหรือขณะนอนในโรงพยาบาลจนถึงขั้นเสียชีวิต การบริการดูแลของพยาบาลมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนและการดูแลแบบประคับประคองในงานพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน ๑ ราย ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ระยะของโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องอาหาร ยา การขับถ่าย การออกกำลังกาย แก่ผู้ป่วยและญาติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะของโรคและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคตับ

แจ้งระยะสุดท้ายมีภาวะแทรกซ้อนทั้งภาวะท้องมาน ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะสมองพิการ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หากผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคตับแข็งที่เป็นอยู่ มีความเข้าใจในการดูแลตนเองก็จะทำให้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนลดลง การยอมรับการดำเนินของโรคตับแข็งระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยที่เกิดขึ้นมีตั้งแต่อาการไม่รุนแรงไปจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิต และญาติยินยอมให้ดูแลแบบประคับประคองจนวาระสุดท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคอง(Palliative Care)

“ประคับประคอง” ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานหมายถึงคอยระมัดระวังพยุงไว้คอยบำรุงรักษาทะนุถนอมอย่างดี

“การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)” หมายถึง การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจสังคมตามความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยจากความโศกเศร้าเนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

คำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก(WHO) “การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)” หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายด้วยการป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆที่อาจเกิดขึ้น นับเป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคม

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Palliative team)

การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วยเครื่องมือ Palliative Performance Scale (PPS) แบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้ ระยะคงที่(stable) PPS = ๗๐-๑๐๐% ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) PPS = ๕๐-๖๐% ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต(end of life) PPS = ๑๐-๓๐% เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ใช้สื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาเพื่อวางแผนการดูแลรักษาและใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการแพทย์

๑. ประเมินการรับรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วย ญาติสายตรง หรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วย

๒. ประสานทีม palliative care จัดทำ Family meeting โดยแพทย์เป็นผู้แจ้งรายละเอียด การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา/การให้ยา strong opioid เน้นผู้ป่วยเป็นหลักในการเลือกทางเลือกในผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวดี กรณีที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรืออยู่ในระยะสุดท้าย แพทย์ผู้ดูแลจะให้คำปรึกษาแก่ญาติ และลงบันทึกใน progress note เกี่ยวกับผลการปรึกษาร่วมกับญาติในการรักษา พยาบาลบันทึกในกิจกรรมการพยาบาลและให้ญาติลงนามในใบยินยอมรับการรักษาไว้เป็นหลักฐาน

๓. ทำความตกลงเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) สิ่งสำคัญในการเลือกวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ทุกฝ่ายควรคำนึงร่วมกันคือ

๓.๑ ควรมีการสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลรักษาอย่างไรเช่นแบบแพทย์แผนปัจจุบันแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือแบบผสมผสานหรือไม่บำบัดด้วยวิธีใดเลยหรืออื่นๆ

๓.๒ ต้องการอยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาลหรือผสมผสาน

๓.๓ เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงจะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ยืดชีวิตหรือไม่เช่นการเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู.การกระตุ้นให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆที่ช่วยให้ผู้ป่วยทำงานต่อไปได้ ผู้ป่วยจะมอบหมายให้ญาติคนใดทำหน้าที่ตัดสินใจแทนกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

๓.๔ วิธีการที่จะดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจสังคมและเศรษฐกิจเช่นระบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของทีมดูแลการจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วยใครจะเป็นผู้ดูแลการดูแลค่าใช้จ่ายเพราะบางครั้งครอบครัวอาจมีปัญหาเนื่องจากฐานะยากจนหรือผู้ป่วยเป็นคนหารายได้หลัก

๔. ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิต ด้วยการจัดการกับอาการรบกวนครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมตามแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานวิชาชีพใช้แบบประเมิน ESAS ประเมินอาการรบกวนเมื่อค่าคะแนนมากกว่า ๔ ประเมินแพทย์เพื่อให้การดูแลบรรเทาอาการรบกวนเหล่านั้น

๕. พยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้การประคับประคองด้านจิตใจ และให้บริการปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการต่างๆ ที่ไม่ขัดต่อกฎระเบียบ พร้อมทั้งบันทึกความต้องการของครอบครัวและผลการปฏิบัติกิจกรรมในบันทึกทางการแพทย์ โดยพยาบาลสอบถามความต้องการในเรื่องของกิจกรรมจากญาติสายตรง/ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย

๕.๑ ให้การดูแลผู้ป่วยและให้ความเคารพนับถือในความเป็นบุคคล และพูดคุยกับผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาล

๕.๒ ประสานทีม Palliative care เพื่อรับฟังปัญหา/ความต้องการเพิ่มเติมของผู้ป่วยและญาติ และตอบสนองตามความเหมาะสม

๕.๓ เมื่อเข้าสู่ระยะ end of life care จัดสถานที่ สนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกัน ให้ผู้ป่วยได้อยู่กับญาติ และทำกิจกรรมตามความต้องการโดยจัดให้อยู่ห้องพิเศษ ไม่คิดค่าห้องและควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้โอกาสนี้ทำเรื่องต่างๆ ทั้งต่อตนเองและญาติ และประสานเรื่องที่กำลังค้างใจอยู่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรทำความเข้าใจกับภาวะของโรค วิธีการรักษา รวมถึงให้ความร่วมมือกับทีมผู้ดูแลและญาติในการรักษาพยาบาล เช่น การกินยา การปฏิบัติดูแลตนเอง ควรสังเกตอาการที่ประสพทางร่างกายและบอกอาการตามที่เป็นจริงแก่ญาติหรือทีมผู้ดูแลโดยไม่ปิดบัง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล(End of life care)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย(End of life) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลามเรื้อรังหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า ๑ ปี ฉะนั้นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การยอมรับว่าผู้ป่วยเหลือเวลาไม่นานซึ่งหากเข้าใจตามนั้นแล้วการดูแลจึงเป็นไปเพื่อความสะดวกมีความสุขทั้งทางกายและใจของผู้ป่วยด้วยหวังให้ผู้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบไม่มีเรื่องติดค้างไว้เบื้องหลังหรือจะสรุปง่าย ๆ คือ ตายดี ตายอย่างมีศักดิ์ศรีนั่นเอง แต่ความพยายามที่จะปฏิเสธความตายของมนุษย์และการที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าตนเองมีสิทธิ์ที่จะเลือกและวางแผนการตายล่วงหน้าได้บ่อยครั้งที่ความหวังดีของญาติด้วยการพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุดเพียงหวังให้เกิดปาฏิหาริย์นั้นทราบหรือไม่ว่าการพยายามยับยั้งความตายนั่นเปล่าประโยชน์จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือกักขังต่างๆไม่ว่าจะเป็นการเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจการปั๊มหัวใจการใส่สายให้อาหาร เป็นต้น เมื่อแพทย์แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วย Palliative care พยาบาลจะทำหน้าที่แนะนำทั้งการดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ มี ๓ เรื่องหลัก ดังนี้

๑. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
๒. การดูแลสุขภาพร่างกายผู้ป่วยเบื้องต้น
๓. การดูแลทางจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ

แนวคิดและหลักการของการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางในการดูแลที่ให้ความสำคัญเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ครอบคลุมทั้งการดูแลจิตใจทั้งของผู้ป่วยและญาติให้สามารถเผชิญหน้ากับเสี้ยววินาทีสุดท้ายของชีวิตอย่างปราศจากความกลัวและกังวลอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่สำคัญ เป็นการคืนสิทธิการเลือกตายโดยผู้ป่วยเอง เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิต หรือกำลังจะเสียชีวิต มีแผนการล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและญาติว่าต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยให้การดูแลระยะ dying ดังนี้

ประเมินและวางแผนการพยาบาล

- ดูแลจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆที่มักพบบ่อย (Pain, dyspnea , nausea/vomiting ,Agitation, death rattle)
- ประเมินการรับรู้โรคและการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความตายที่กำลังมาถึง
- ประเมินปัญหาด้าน จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ

เริ่มให้การพยาบาล

- ปรีกษาแพทยพิจารณาญาติยาที่ไม่มีประโยชน์ เช่น ยาวิตามิน ยาลดไขมัน ยาเบาหวาน ยาลดความดัน เป็นต้น
- ปรีกษาแพทยยุติการรักษาหรือการพยาบาลที่ไม่จำเป็น เช่น ยาปฏิชีวนะ สารน้ำ อาหารทางสายยาง การบันทึกสัญญาณชีพบ่อยๆ การพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง ไม่จำเป็นอีกต่อไป
- สื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตจะมีอะไรเกิดขึ้นบ้างต่อจากนี้ อธิบายแผนการดูแลต่างๆที่เน้นความสบายไม่ทรมานและไม่คุกคามต่อผู้ป่วย สื่อสารแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์เวร ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๑. ประเมินอาการไม่สุขสบาย ดูแลจัดการอาการไม่สุขสบาย โดยเฉพาะอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดการอาการไม่สุขสบายตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว
๒. ให้ nursing care ทุก ๔ ชม. ได้แก่ mouth care , eye care , ear care , skin care ,Bowel and bladder care
๓. พลิกตัวตามความเหมาะสมทุก ๘ -๑๒ ชม. พิจารณาความจำเป็นในการใช้ที่นอนลม
๔. Nursing care ทุก ๑๒ ชม. ได้แก่ การอาบน้ำแปรงฟัน
๕. สนับสนุนกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อต่างๆที่ไม่ผิดกฎระเบียบของโรงพยาบาล
๖. อำนวยความสะดวกและสนับสนุนครอบครัวให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการอาการต่างๆ
๗. ตระหนักและเคารพในความส่วนตัว ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
๘. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแล
๙. ให้การดูแลหรือตอบสนองต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทุกวัยในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย
๑๐. เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรมให้มีการจัดการกับร่างกายอย่างสมศักดิ์ศรีมีความเป็นมนุษย์และเหมาะสมตามความเชื่อและศาสนาของแต่ละบุคคล ไว้อาลัยและขอขมาด้วยการยืนสงบนิ่ง และอ่านคำไว้อาลัยตามคำกล่าวของแต่ละศาสนา
๑๑. จัดเตรียมเอกสาร ใบรับศพ ใบรับรองการตาย ให้แก่ญาติ
๑๒. ให้การดูแลความเศร้าโศกเสียใจของญาติ

โรคตับแข็ง (Cirrhosis) เป็นความผิดปกติในการทำหน้าที่อย่างเรื้อรังเนื่องจากเนื้อเยื่อตับจำนวนมากถูกทำลายอย่างถาวรจนกลายเป็นพังผืด (Fibrous tissue) มีลักษณะแข็งกว่าปกติ จนตับไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเป็นปกติ ทำให้ร่างกายไม่สามารถขจัดสารพิษและเชื้อโรคออกจากร่างกาย สร้างภูมิคุ้มกัน สร้างโปรตีนที่เป็นส่วนประกอบสำคัญในการแข็งตัวของเลือด และการสร้างน้ำดีไม่สามารถสร้างโปรตีน กำจัดเชื้อโรค ฟอกเลือดย่อยอาหารตลอดจนสะสมพลังงานจึงก่อให้เกิดอาการต่างๆขึ้นตามมา อาการแรกเริ่มมักเกิดขึ้นในช่วงอายุระหว่าง ๔๐-๖๐ ปี แต่ถ้าพบในคนอายุน้อยอาจเกิดจากโรคตับอักเสบจากไวรัสชนิดรุนแรงจากการใช้ยาผิดหรือสารเคมีบางชนิด (พวงทอง ไกรพิบูลย์, ๒๕๕๖)

พยาธิสภาพของโรคตับแข็ง (cirrhosis)

ตับแข็งเป็นภาวะหรือโรคที่มีการอักเสบของเซลล์ตับ(parenchyma cell)อย่างเรื้อรังเซลล์ตับที่ถูกทำลายบางส่วนจะมีการเจริญเติบโตเป็นเซลล์ใหม่ บางส่วนเป็นเนื้อเยื่อที่เป็นพังผืดมีไขมันแทรก จึงทำให้ตับมีลักษณะไม่เรียบ ขรุขระมีการงอกเป็นปุ่มๆ ซึ่งเรียกว่า micro nodule การเปลี่ยนแปลงที่เซลล์ตับทำให้โครงสร้างของเซลล์ตับเปลี่ยนไปจากเดิมและทำให้ตับมีขนาดใหญ่ในระยะแรกและฝ่อในระยะสุดท้ายซึ่งมีผลทำให้ตับทำหน้าที่ต่างๆลดลง

ตับแข็งเป็นระยะสุดท้ายในโรคตับ การแข็งของตับมีลักษณะเนื้อเยื่อตับถูกทำลายจนกลายเป็นพังผืดที่มีลักษณะคล้ายแผลไปแทรก และเบียดเนื้อตับที่ดีทำให้เลือดไปเลี้ยงตับได้น้อยลงซึ่งการทำลายเซลล์ตับจำนวนมากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบน้ำเหลืองและน้ำดี มีการคั่งของสาร

บิลิรูบินหรือสารสีเหลืองซึ่งสร้างจากตับทำให้เกิดอาการดีซ่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง และอาการคันตามตัวหรือผิวหนัง มี

การสังเคราะห์สารที่ช่วยห้ามเลือดได้น้อยลงทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย มีภาวะความดันในหลอดเลือดพอร์ทัลสูง ทำให้ท้องมานหรือมีน้ำคั่งในช่องท้อง หลอดเลือดขดที่หลอดเลือดอาหารที่อาจแตก และทำให้อาเจียนเป็นเลือด ริดสีดวงทวาร การเผาผลาญโปรตีนไม่สมบูรณ์มีของเสียคั่งแอมโมเนียสูงขึ้นนำไปสู่ภาวะทางสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคตับแข็ง

ในระยะแรกที่ร่างกายมีการปรับในระยะชดเชย (Compensation) ผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการชัดเจน ต่อมาหลอดเลือดในตับจะค่อยๆมีการเปลี่ยนแปลงทีละน้อยจนส่งผลให้ความดันพอร์ทัลสูง (Portal-hypertension) และสุดท้ายอาจทำให้มีโอกาสดังกล่าวที่ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้(Decompensation) ซึ่งผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการตีชาน ท้องมาน น้ำ (Ascites) และอาเจียนเป็นเลือดได้

ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ ตามการพยากรณ์การเกิดโรค ดังนี้ (อรอุษา แสนไพโร.๒๕๕๙)

๑. โรคตับแข็งระยะแรก ผู้ป่วยมักไม่มีอาการหรือมีอาการผิดปกติเล็กน้อยหรือไม่ชัดเจนอาจมีเพียงอาการท้องอืดท้องเฟ้อคล้ายอาหารไม่ย่อย แต่ต่อมาเป็นแรมปีจะเริ่มรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ยาเจียนเป็นบางครั้ง น้ำหนักตัวลดลง เท้าบวม ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บบริเวณขาโครงด้านขวาเล็กน้อย ตัวเหลือง ตาเหลือง(ตีชาน) คันตามผิวหนัง ความรู้สึกทางเพศลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจสังเกตเห็นฝ่ามือแดงผิดปกติ หรือมีจุดแดงที่หน้าอก หน้าท้อง ในผู้ชายอาจรู้สึกนิ่มโตและเจ็บ อัณฑะฝ่อตัว หรือมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือองคชาติไม่แข็งตัว ในผู้หญิงอาจมีประจำเดือนขาดหรือมาไม่สม่ำเสมอ มีหน้าอกบวมขึ้น หรือมีเสียงแหบห้าวคล้ายผู้ชาย
๒. โรคตับแข็งระยะสุดท้าย เมื่อเป็นโรคตับแข็งอยู่หลายปีหรือยังดื่มแอลกอฮอล์จัด ผู้ป่วยจะมีอาการท้องมาน เท้าบวม เนื่องจากตับไม่สามารถสร้างโปรตีนอัลบูมิน (Albumin)ซึ่งเป็นตัวควบคุมความดันน้ำในหลอดเลือดได้เพียงพอ พังผืดที่ติ่งรังในตับก็จะมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดผิดปกติ มีแรงดันในเลือดเพิ่มมากขึ้น เกิดการแตกแขนงเป็นเส้นเล็ก ๆ ซึ่งจะเปราะบางและแตกได้ง่าย จึงทำให้เห็นเป็นหลอดเลือดพองที่หน้าท้อง เกิดหลอดเลือดขดที่หลอดเลือดอาหาร (Esophageal varices) ซึ่งอาจจะแตกและทำให้อาเจียนเป็นเลือดสด ๆ ทำให้เสียเลือดมากและอาจถึงขั้นช็อก และเสียชีวิตได้ในระยะสุดท้ายเมื่อตับทำงานไม่ได้ (ตับวาย) ผู้ป่วยก็จะเกิดอาการทางสมอง เช่น หลงลืมง่าย สับสน ซึม เพ้อ มือสั่น และจะค่อย ๆ ไม่รู้สึกตัวจนกระทั่งหมดสติไป เรียกว่า "ภาวะหมดสติจากตับวาย" (Hepatic coma)

สาเหตุของโรคตับแข็ง

โรคตับแข็งสามารถเกิดจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่ส่งผลต่อการทำงานของตับและนำไปสู่การเกิดโรคตับแข็งมากที่สุดมักมาจาก ๓ สาเหตุ ดังนี้

- ๑.การดื่มสุราที่มากเกินไปติดต่อกันนานหลายปี
- ๒.โรคเรื้อรังจากการติดเชื้อของตับโดยเฉพาะไวรัสตับอักเสบบี และโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่พบได้บ่อย
- ๓.ภาวะไขมันพอกตับที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ เช่น จากภาวะโรคอ้วนหรือโรคเบาหวาน เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคตับแข็ง

- ๑.การซักประวัติ ได้แก่ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด ท้องมาน เป็นต้น ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์หรือประวัติทางการแพทย์ การใช้จ่ายต่างๆ รวมถึงประวัติโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง หรือมะเร็งตับในครอบครัว
- ๒.การตรวจร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง และปัสสาวะสีเข้มขึ้น (Jaundice) ฝ่ามือแดงทั้งสองข้าง (Palmar erythema) มีจุดแดงรูปแมงมุมที่หน้าอก หน้าท้อง จมูก ตันแขน (Spider telangiectasia), ต่อม้ำลายที่บริเวณกรามทั้งสองข้างโตขึ้น (Parotid gland enlargement) เท้าบวม ท้องบวม (Ascites), เส้นเลือดที่บริเวณรอบสะดือขยาย (Caput medusae) ถ้าเป็นมากจะพบว่า ผู้ป่วยมีรูปร่างผอมแห้ง ซีด ท้องโตมาก หลอดเลือดพองที่หน้าท้อง มือสั่น ม้ามโต ภาวะนิ้วป้อม มีจุดแดงจ้ำเขียวตามผิวหนัง เป็นต้น
- ๓.การตรวจเลือดเพื่อทดสอบการทำงานของตับและหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี และผู้ที่ เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ควร

ตรวจเลือดหาสารแอลฟาฟีโตโปรตีน (Alpha fetoprotein - AFP) ทุก ๓ - ๖ เดือน เพื่อตรวจกรองหาโรคมะเร็งตับ
ระยะแรกเริ่มเพราะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งชนิดนี้ได้สูง

๔. การตรวจพิเศษต่าง ๆ มีดังนี้

๔.๑ การตรวจภาพตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวนด์ (Ultrasound)

๔.๒ การตรวจคอมพิวเตอร์ (computerized tomography scan : CT scan)

๔.๓ การตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging : MRI)

๔.๔ การตรวจตับและม้ามด้วยรังสี (radioisotope scan)

๔.๕ การเจาะผ่านผิวหนัง (biopsy)

๔.๖ การตรวจไฟโบรสแกน (Fibro Scan)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็ง

โรคตับแข็งมักมีโรคแทรกซ้อนซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ ๕๐-๖๐% หลังจากการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับแข็งแล้ว ๑๐-๑๕ ปี
โรคแทรกซ้อนของตับแข็ง มีดังนี้

๑. **ท้องมาน** ผู้ป่วยจะมีท้องโตขึ้นเนื่องจากมีน้ำคั่งอยู่ภายในช่องท้องและมักมีขาบวมทั้ง ๒ ข้างด้วยภาวะนี้เกิดขึ้น
เนื่องจากตับสร้างโปรตีนที่เรียกว่าอัลบูมินขึ้นมาไหลเวียนในกระแสเลือดได้น้อยกว่าปกติ อัลบูมินในเลือดมีหน้าที่ช่วย
อุ้มน้ำไว้ในกระแสเลือด เมื่อปริมาณอัลบูมินในเลือดลดลงร่วมกับการที่หลอดเลือดดำในตับมีความดันสูงขึ้น (ภาวะ
hypertension) ในผู้ป่วยตับแข็งก็จะมีน้ำและเกลือแร่รั่วลงมาอยู่ในช่องท้องและในเนื้อเยื่อของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะ
ท้องมานและขาบวมขึ้น

๒. **ภาวะไส้เลื่อนที่สะดือ** (umbilical hernia) พบได้ ๒๐ % ของผู้ป่วยท้องมานจากตับแข็ง ผู้ป่วยจะมีท้องมานโต และ
น้ำคั่งในช่องท้องที่สะดือออกมาจนเป็นสะดือจุ่นขนาดโต โรคแทรกซ้อนที่พบได้ คือผิวหนังบริเวณสะดือจุ่นนี้เป็นแผลและ
เกิดการติดเชื้อ ถ้าผิวหนังบริเวณนี้บางมากอาจโป่งและแตกออกมีน้ำท้องมานไหลรั่วออก เกิดการติดเชื้อของน้ำ
ท้องมานได้ง่าย ในกรณีนี้มีอัตราการตายสูงถึง ๕๐% ในบางรายอาจมีลำไส้ยื่นเข้ามาอยู่ในสะดือจุ่นนี้และขอบรูรั่วของผนัง
หน้าท้องกดรัดจนไม่มีเลือดเข้ามาเลี้ยงลำไส้ส่วนยื่นเข้ามา จนในที่สุดลำไส้ส่วนที่ยื่นนี้หน้าอกเสกจนต้องรักษาโดยการ
ผ่าตัด การรักษาภาวะไส้เลื่อนที่สะดือคือ พยายามควบคุมลดน้ำท้องมาน หรืออาจจำเป็นต้องผ่าตัดเย็บปิดรูรั่วที่สะดือ

๓. **ภาวะสมองเสื่อมจากตับวาย** (hepatic encephalopathy) เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญที่
ตับ เนื่องจากตับไม่สามารถเปลี่ยนแอมโมเนียให้เป็นยูเรียได้ ทำให้ระดับแอมโมเนียในเลือดสูงขึ้นและไหลเวียนไปสู่
สมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมึนงง สับสน และเมื่อจับมือผู้ป่วยตั้งขึ้นจะมีอาการสั่น (flapping tremor) ในผู้ป่วยที่มี
อาการรุนแรงอาจทำให้หมดสติไม่รู้สึกรู้ตัวได้

๔. **ภาวะความดันสูงในระบบหลอดเลือดดำของตับ** (portal hypertension) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีการ
อุดตันภายในเนื้อตับจากเยื่อพังผืด โดยที่พังผืดในเนื้อตับไปเบียดรัดเส้นเลือดดำขนาดใหญ่ที่ไหลผ่านตับ (Portal vein)
ทำให้ความต้านทานและความดันโลหิตของ Portal vein สูงขึ้นกว่าปกติ เป็นผลให้เลือดดำเปลี่ยนทิศทางการไหลกลับสู่
หัวใจไม่ผ่านตับไปตามผิวหนังและเส้นเลือดดำอื่นๆ ภายในช่องท้องที่มีความต้านทานต่อการไหลต่ำกว่าแทนทำให้เห็น
เส้นเลือดดำเส้นโตๆ ที่ผนังหน้าท้องทำให้เกิด esophageal varices, gastric varices และอาจทำให้เกิดการโป่งพอง
ของหลอดเลือดบริเวณทวารหนักทำให้เกิดริดสีดวงทวาร(hemorrhoid)

๕. **ภาวะไตวายเฉียบพลัน** (Acute renal failure) เนื่องจากโรคตับแข็งระยะสุดท้าย (hepatorenal syndrome :
HRS) เป็นภาวะทางการแพทย์อย่างหนึ่งซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยโรคตับแข็งหรือตับวายเต็มขั้นมีการ
ทำงานของไตเสื่อมลงอย่างเฉียบพลัน หากไม่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนตับ การรักษาอื่นๆ เช่น การฟอกเลือดทางเส้น
เลือด อาจช่วยชะลอการดำเนินโรคได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตับแข็งระยะสุดท้าย ซึ่งส่วนใหญ่จะท้องมานและขาบวม
เนื่องจากมีน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย อาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ การรักษาจะให้ยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว

ร่วมกับอัลบูมิน หรือ Norepinephrine ให้ร่วมกับอัลบูมิน และFurosemide ผลข้างเคียงค่อนข้างมาก โดยเฉพาะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคตับแข็งระยะสุดท้ายมีภูมิต้านทานร่างกายต่ำจะติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย จึงพบการติดเชื้อบ่อยคือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ถ้าไม่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะโดยเร็ว มักเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้เช่นกัน ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีปัสสาวะน้อยลง จนกระทั่งไม่มีปัสสาวะออกและเสียชีวิตในที่สุด

๖. **โรคมะเร็งตับ** ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งอยู่นานๆบางรายจะเกิดมะเร็งตับขึ้นได้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอาการทรุดเร็วกว่าปกติ เช่น ตาเหลืองมากขึ้น หรือท้องมานโตเร็วขึ้น เป็นต้น ในบางรายอาจไม่มีอาการอะไรนอกจากเจ็บบริเวณชายโครงขวา ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ตับตั้งอยู่หรือคลำพบก้อนใต้ชายโครงขวา (ตับโตขึ้น)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง (เสริมทรง จันทร์เพ็ญ, ๒๕๖๔)

การรักษาโรคตับแข็งจึงมีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อหยุดหรือชะลอการทำลายของเนื้อเยื่อตับหรือการดำเนินของโรค และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยมีหลักสำคัญ คือ การรักษาที่สาเหตุและชะลอสาเหตุของการเกิดโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญในการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยชะลอการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

๑. การเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว

๒. การเลิกหรือหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคตับแข็งสามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงหรือไม่ใช้ยาหรือสารใดๆ

๓. การรักษาโดยใช้ยาเพื่อประคับประคองตามอาการและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากโรคตับแข็ง เช่น มีอาการบวมหรือท้องมาน (มีน้ำในท้อง) แพทย์จะให้ยาขับปัสสาวะฟูโรซีไมด์ (Furosemide) หรือสไปโรโนแลคโตน (Spironolactone) งดอาหารเค็ม และจำกัดปริมาณน้ำที่ดื่ม ถ้าพบว่ามีความดันของหลอดเลือดในตับสูง แพทย์จะให้ยาลดความดันกลุ่มเบต้า-บล็อกเกอร์(Beta-blocker) เช่น โพรพราโนลอล(Propranolol) เป็นต้น หรือการรักษาด้วยยาแพทย์แผนการรักษาโรคตับแข็งด้วยยาแพทย์แผนจีนนั้นมีประวัตินานแล้วโดยการรักษาจะมุ่งเน้นไปที่การปรับสมดุลของตับทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกเพื่อช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วยโรคตับแข็ง และป้องกันไม่ให้เนื้อเยื่อตับเกิดพังผืด

๔. การปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation) เมื่อการดำเนินของโรคอยู่ในระยะลุกลามมากขึ้นจนตับสูญเสียการทำงานที่ ทางเลือกในการรักษาเพียงทางเดียว คือ การปลูกถ่ายตับแต่การรักษาด้วยวิธีนี้ยังมีข้อจำกัดอยู่มากเพราะเป็นการรักษาที่ยุ่ยาก ราคาสูง ขาดแคลนผู้บริจาคตับ และหาตับที่มีผู้บริจาคซึ่งเข้ากับเนื้อเยื่อของผู้ป่วยได้ค่อนข้างยาก

๕. การปรับพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคตับแข็ง (Behavior and life change) ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำดังต่อไปนี้ รับประทานโปรตีนในปริมาณที่เหมาะสมโดยควรรับประทาน โปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น ปลา หรือ โปรตีนจากพืช (เช่น ถั่วเหลือง) เป็นต้น หากมีอาการบวมที่ข้อเท้าและท้องควรจำกัดเกลือ และอาหารรสเค็ม อาหารจำพวกไขมันควรรับประทานให้น้อยลงกว่าปกติ การรับประทานโปรตีนมากเกินไปจะเกิดอันตรายต่อร่างกายได้เนื่องจากของเสียที่ได้จากการสลายโปรตีน คือแอมโมเนีย ที่ไม่สามารถขับออกได้ เนื่องจากภาวะตับแข็ง ซึ่งจะมีผลเสียต่อสมองซึ่งเรียกภาวะนี้ว่า"Hepatic encephalopathy" ดังนั้น ผู้ป่วยในระยะนี้จำเป็นต้องลดอาหารจำพวกโปรตีนลงให้เหลือวันละ ๒-๓ ช้อนเท่านั้น และในขณะเดียวกันเมื่อต้องควบคุมปริมาณของโปรตีนเป็นระยะเวลานานก็อาจทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารอย่างมากและมีสุขภาพแย่ลงได้ ซึ่งแพทย์อาจจะสั่งให้รับประทานโปรตีนชนิดพิเศษที่เรียกว่า "กรดอะมิโน"

๖. เข้ารับการฉีดวัคซีนสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ไขหวัดใหญ่ และโรคปอดบวม เนื่องจากผู้ป่วยโรคตับแข็งมีความเสี่ยงในการติดเชื้อที่รุนแรงมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี

๗. พบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และรีบไปพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติไปจากเดิม เช่น มีอาการตัว ตาเหลือง ตัวบวม ท้องบวมโต อาเจียนเป็นเลือดสด เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็ง

๑. การพยาบาลด้านร่างกาย แบ่งตามวิธีการรักษา ดังนี้

๑.๑ ด้านอาหาร จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุจัดอาหารอ่อนย่อยง่าย งดอาหาร ไขมันสูง หากผู้ป่วยทานได้น้อยมักขาดวิตามินบี๑ เหลือแร่ และโพแทสเซียมควรให้อาหารหรือยาเสริมบำรุงตามอาการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง

๑.๒ ด้านการปรับตัว ปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม บางรายพอมลงรู้สึกตัวเองสูญเสียภาพลักษณ์ แนะนำให้ญาติ มาเยี่ยมพูดคุยและให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ บางรายอาจมีภาวะสับสน หลงลืม เอะอะโวยวาย คุ่มสติไม่ได้ ควรจัดให้อยู่บริเวณไม่มีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบปลอดภัย และมีผู้ดูแลที่เข้าใจอย่างใกล้ชิด

๑.๓ ด้านการดูแลตนเองในการเจ็บป่วยผู้ป่วย และญาติจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจรับทราบอาการ อาการแสดง พยากรณ์โรค ข้อดี ข้อเสียในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตต้องให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

๒. การพยาบาลด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยให้คลายความกังวล ให้กำลังใจ และสร้างเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการสังเกตการเปลี่ยนแปลง และร่วมกันดูแลผู้ป่วยเมื่อยอมรับเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับไว้ในการดูแลถึงวันที่จำหน่ายออกจากการดูแล ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖

รวมจำนวนวันที่รับไว้ดูแล จำนวน ๔ วัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

๑. **ผิวหนังและสภาพทั่วไปภายนอก:** น้ำหนัก ๓๗ กิโลกรัม สูง ๑๕๒ เซนติเมตร (BMI ๑๖.๐๑) ผิวหนังเย็น วัดอุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส สีผิวดำคล้ำ ผิวแห้งเล็กน้อย ไม่คันไม่มีผื่น แต่มีจุดจ้ำเลือดตามบริเวณลำคอ หน้าอก แขน ๒ ข้าง ท้อง และหลัง

๒. **ศีรษะ ใบหน้าและลำตัว:** ไม่มีแผลหรือก้อนใด ๆ ไม่มีสะเก็ดหรือตุ่มหนองใบหน้า หน้าไม่บวม ปากแห้ง ตาขาวเหลืองเล็กน้อยและเปลือกตาล่างซีดทั้ง ๒ ข้างไม่มี ต่อม้ำเหลืองไม่โต คลำไม่พบก้อน ลำตัวมีจุดจ้ำเลือดบริเวณหน้าอก ท้อง และหลัง

๓. **ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ:** ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๗ % การขยายตัวของ ทรวงอกขณะหายใจเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง ฟังเสียงปอดโล่งคืออัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที

๔. **ระบบหัวใจและหลอดเลือด:** ลักษณะของทรวงอกปกติเสียงหัวใจ S๑,S๒ ปกติ ไม่มี Murmur อัตราการเต้นของหัวใจเร็วแต่สม่ำเสมอ ๑๑๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๗/๖๕ มิลลิเมตรปรอท

๕. **ระบบต่อม้ำเหลือง:** ต่อม้ำเหลืองที่รักแร้ คอและขาหนีบไม่โต

๖. **ระบบทางเดินอาหาร:** ลักษณะของหน้าท้องบวมโต วัดรอบท้อง ๙๘ ซม. กดหน้าท้องไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด มีจุดจ้ำเลือด เสียงคลื่นไหวของลำไส้ ๓-๔ ครั้ง/นาที ขับถ่ายปกติทุกวัน (ทานยาระบายและสวนอุจจาระบางครั้ง)

๗. **ระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์:** ใส่สายสวนปัสสาวะปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกคาศายประมาณ ๑๐ ml. และไม่มีปัสสาวะออกเพิ่มอีกเลย อวัยวะสืบพันธุ์ไม่มีแผล

๘. **ระบบประสาท :** รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องแต่ช้า พูดสับสนบ้างไม่มีแขนขาอ่อนแรง มือ แขน ทำงานประสานกันดี ไม่มีอาการคอแข็งหรือปากเบี้ยว

๙. **ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก:** กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง ไม่เบี้ยว ไม่มีอาการข้อมือและข้อเท้าติดแข็ง ไม่มีอักเสบหรือบวมแดง กล้ามเนื้อบริเวณแขนและขาเล็กแต่ไม่ลีบ มือและขา ๒ ข้างใช้งานได้ แต่สันเล็กน้อยเวลาทำกิจกรรม



ผลการตรวจพิเศษ: Chest x-ray ผลอ่าน No infiltration Both lung วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลตรวจ	แปลผล	ผลตรวจ	แปลผล
CBC		๒๙ มิ.ย.๖๖		๒ ก.ค.๖๖	
WBC	๔,๔๐๐-๑๐,๓๐๐ cell/ul	๑๓,๑๙๐	สูงกว่าปกติ	๑๕,๙๑๐	สูงกว่าปกติ
Neut.	๕๐-๗๐ %	๘๗	สูงกว่าปกติ	๘๐	สูงกว่าปกติ
lymp.	๒๐-๔๐ %	๗	ต่ำกว่าปกติ	๑๑	ต่ำกว่าปกติ
Hb	๑๒-๑๖ g/dl	๙	ต่ำกว่าปกติ	๑๔.๗	ปกติ
Hct	๓๖-๕๐	๒๖.๖	ต่ำกว่าปกติ	๔๓.๘	ปกติ
platelet	๑๔๐,๐๐๐-๔๐๐,๐๐๐	๘๒,๐๐๐	ต่ำกว่าปกติ	๑๓๓,๐๐๐	ต่ำกว่าปกติ

กรณีศึกษา มีค่าเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ แสดงว่า มีการติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งเม็ดเลือดขาว Neutrophils ค่าสูงกว่าปกติ Lymphocytesต่ำกว่าปกติ บ่งบอกถึง การติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ มีค่าฮีโมโกลบิน (Hb) ในเลือดต่ำ และมีค่าฮีมาโทคริต(HCT) ในเลือดต่ำ บ่งบอกว่ามีภาวะโลหิตจาง จำเป็นต้องให้ยาเพิ่มเม็ดเลือดแดง ซึ่งผู้ป่วยมียาบำรุงเลือดรับประทานอยู่ส่วนจำนวนเกล็ดเลือด(Platelet count) มีค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีภาวะตับวายจากตับแข็งระยะสุดท้าย ซึ่งตับทำหน้าที่สร้างเกล็ดเลือด เมื่อตับสูญเสียหน้าที่ส่งผลให้เกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงคือ มีจ้ำเลือดตามบริเวณลำคอ หน้าอก แขน ๒ ข้าง ท้อง และแผ่นหลัง และเลือดจะหยุดไหลช้าเมื่อเจาะเลือดให้จึงต้องกดห้ามเลือดนาน ๆ อย่างน้อย ๕ นาที

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลตรวจ	แปลผล	ผลตรวจ	แปลผล
Liver function test		๑ ก.ค.๖๖		๒ ก.ค.๖๖	
Total Protein	๖.๔-๘.๓g/dl	๔.๕	ต่ำกว่าปกติ	๔.๔	ต่ำกว่าปกติ
Albumin	๓.๕-๕.๐g/dl	๒.๑	ต่ำกว่าปกติ	๑.๗	ต่ำกว่าปกติ
Total Bilirubin	๐.๕-๑.๕ mg/dl	๓.๖๗	สูงกว่าปกติ	๒.๔๐	สูงกว่าปกติ
Direct Bilirubin	๐-๐.๕ mg/dl	๓.๒๗	สูงกว่าปกติ	๑.๘๑	สูงกว่าปกติ
SGOT(AST)	๑๕- ๓๕ U/L	๒๒๔	สูงกว่าปกติ	๒๖๔	สูงกว่าปกติ
SGPT(ALT)	๑๕- ๕๐ U/L	๗๙	สูงกว่าปกติ	๗๗	สูงกว่าปกติ
ALP	๓๐-๑๒๐ U/L	๑๘๕	สูงกว่าปกติ	๒๑๑	สูงกว่าปกติ

กรณีศึกษา มีค่า enzyme AST สูงขึ้น ๖ เท่าของค่า upper normal limit ค่า ALT และ Bilirubin สูงกว่าปกติ ร่วมกับผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็งระยะสุดท้ายมีอาการตาขาวเหลืองเล็กน้อยและเปลือกตาล่างซีดทั้ง ๒ ข้าง แสดงว่าน่าจะมีการอักเสบของตับเพิ่มขึ้นและผลเลือด enzyme ALP สูงกว่าปกติ พร้อมกับค่า ALT กับ AST สูงกว่าปกตินั้น บ่งชี้ได้ว่าเป็นโรคตับ และค่า Albumin ที่ต่ำกว่าปกติ บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยต้องเป็นโรคตับในขั้นที่รุนแรงมาก ซึ่งผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็งระยะสุดท้าย เซลล์ตับถูกทำลายจึงไม่สามารถสร้างอัลบูมินออกมาได้แล้ว

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลตรวจ	แปลผล
UA		๓๐มิ.ย.๖๖	
pH	๔.๕-๘.๐	๕.๐	ปกติ
Albumin	๐	๓+	สูงกว่าปกติ
Sugar	negative	negative	ปกติ
Blood	negative	๓+	สูงกว่าปกติ
Ketone	negative	negative	ปกติ
WBC	๐ HPF	>๓๐๐	สูงกว่าปกติ



RBC	o HPF	๒๐-๓๐	สูงกว่าปกติ
Squa.epith	o HPF	๐-๑	ปกติ
Bacteria	Not found	numerous	สูงกว่าปกติ

กรณีศึกษา มีค่า Albumin หรือโปรตีนในปัสสาวะที่สูงกว่าปกติ ในภาวะปกติอัลบูมินจะไม่ถูกกรองออกไปกับปัสสาวะและจะพบในกระแสเลือดเท่านั้น แต่ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มีเนื้อไตเสียหายจะมีอัลบูมินรั่วออกมากับปัสสาวะได้มีค่า Blood สูงกว่าปกติ จากเนื้อไตเสียหายเช่นกัน ส่วนค่าWBC,RBC และ Bacteriaสูงกว่าปกติ บ่งบอกถึงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะแล้ว

รายการตรวจ Electrolyte	ค่าปกติ	ผลตรวจ ๒๙ มิ.ย.๖๖	แปลผล	ผลตรวจ ๓๐ มิ.ย.๖๖	แปลผล	ผลตรวจ ๒ ก.ค.๖๖	แปลผล
Na+	๑๓๕-๑๔๕ mmol/L	๑๒๓.๔	ต่ำกว่าปกติ	๑๒๙.๐	ต่ำกว่าปกติ	๑๒๖.๑	ต่ำกว่าปกติ
K+	๓.๕-๕.๐ mmol/L	๓.๙๑	ปกติ	๔.๑๑	ปกติ	๔.๖๗	ปกติ
Cl-	๙๘-๑๐๘ mmol/L	๙๘.๙	ปกติ	๑๐๒.๘	ปกติ	๙๙.๗	ปกติ
CO๒-	๒๒-๓๐ mmol/L	๑๐.๕	ต่ำกว่าปกติ	๑๑.๘	ต่ำกว่าปกติ	๖.๔	ต่ำกว่าปกติ

กรณีศึกษา มีค่าโซเดียมในเลือดต่ำ จากการทำงานของไตผิดปกติ เนื่องจากมีภาวะไตวายเฉียบพลันส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถขับน้ำส่วนเกินออกไปทางปัสสาวะได้ และส่งผลให้ระดับโซเดียมในเลือดลดลงมีค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ เกิดขึ้นเมื่อไตมีภาวะเป็นด่างมากเกินไป ภาวะเลือดเป็นกรดเกิดขึ้นเมื่อร่างกายมีกรดแลคติกมากเกินไป มีสาเหตุจากภาวะตับวาย และจากหลอดเลือดฝอยเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อไตไม่สามารถขับกรดออกทางปัสสาวะได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะสุดท้ายที่มีไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อน

รายการตรวจ Renal function test	ค่าปกติ	ผลตรวจ ๒๙มิ.ย.๖๖	แปลผล	ผลตรวจ ๓๐มิ.ย.๖๖	แปลผล	ผลตรวจ ๒ ก.ค.๖๖	แปลผล
BUN	๖-๒๐ mg/dl	๔๘.๗	สูงกว่าปกติ	๕๔.๒	สูงกว่าปกติ	๖๖.๐	สูงกว่าปกติ
Cr	๐.๖-๑.๔ mg/dl	๓.๖๐	สูงกว่าปกติ	๓.๗๘	สูงกว่าปกติ	๔.๕๖	สูงกว่าปกติ
eGFR	>๙๐ ml/min/๑.๗๓ ^๒	๑๒.๗๗	ต่ำกว่าปกติ	๑๒.๐๔	ต่ำกว่าปกติ	๙.๖๐	ต่ำกว่าปกติ

กรณีศึกษา มีค่า BUN สูงกว่าปกติ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและสูงขึ้นเรื่อยๆ บ่งชี้ว่า การทำงานของไตผิดปกติ สารยูเรียไม่ถูกขับทางปัสสาวะ ส่งผลให้สารยูเรียคั่งในกระแสเลือดแทน นำไปสู่ภาวะไตวายเฉียบพลัน มีค่าCreatinine สูงกว่าปกติตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่นกัน สาเหตุมาจากผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำ ส่วนค่า eGFR ต่ำกว่าปกติ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและต่ำลงเรื่อยๆ เนื่องจากการกรองของเสียภายในไตแยลงเรื่อยๆ แปลผลได้ว่า ค่าไตอยู่ระยะที่ ๕ บ่งชี้ว่า การทำงานของไตอยู่ภาวะไตวาย จำเป็นต้องล้างไตทางเส้นเลือดอย่างเร่งด่วน

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Acute renal failure with Hepatic failure with Palliative care

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองอย่างเฉียบพลัน
2. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการคั่งของแอมโมเนียในกระแสเลือดจากตับเสียหายที่
3. เกิดภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และขาดสารอาหาร เนื่องจากถ่ายเหลวเป็นน้ำบ่อยและรับประทานอาหารได้น้อย
4. มีภาวะหายใจลำบาก เนื่องจากมีภาวะท้องมานจากพยาธิสภาพของโรคตับแข็งระยะสุดท้าย
5. มีภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากพยาธิสภาพของโรคตับแข็ง
6. บุตรและญาติมีความเครียด ความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะไตวายเฉียบพลันและกระบวนการรักษา เนื่องจากพร่องความรู้
7. บุตรและญาติพร่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล
8. บุตรและญาติขาดความมั่นใจในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 : มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองอย่างเฉียบพลัน

- ข้อมูลสนับสนุน**
1. ผล BUN ๔๘.๗ ↑ mg/dl Cr ๓.๖๐ ↑ mg/dl eGFR ๑๒.๗๗ ↓ ml/min/๑.๗๓*๒ (๒๙ มิ.ย.๖๖)
 2. ที่ ER หลังใส่สายสวนปัสสาวะมีปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกคาสาย
 3. ผล UA ค่า WBC > ๓๐๐ ↑ HPF , RBC ๒๐-๓๐ ↑ HPF Albumin ๓+ ↑ (๓๐ มิ.ย.๖๖)
 4. มีไข้ T ๓๘.๑ °C บ่นร้อนๆหนาวๆ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อลดการคั่งของของเสียในร่างกายและไม่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

- เกณฑ์การประเมินผล**
1. ผล BUN Cr ลดลงจากเดิม eGFR เพิ่มขึ้นจากเดิม
 2. ผล UA ค่า WBC, RBC ลดลงจากเดิมจนอยู่ในค่าปกติ
 3. ไข้ลดลง T อยู่ใน ๓๖.๕-๓๗.๔ °C ไม่บ่น ร้อนๆหนาวๆ
 4. ไม่มีอาการของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย บวม คันตามตัว หอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย บวม คันตามตัว หอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูง เป็นต้น เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกายและรายงานแพทย์ให้การรักษาอย่างเหมาะสม
2. ดูแลให้สารน้ำ NSS ๑๐๐๐ ml iv drip rate ๑๐๐ ml/hr ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ Ceftriaxone ๒ gm iv drip OD *๗วัน และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น เจ็บบริเวณที่ฉีด ยา ผื่นคันขึ้นตามตัว ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
4. อธิบายสาเหตุของการมีไข้ และวิธีการปฏิบัติตัวขณะมีไข้ โดยแนะนำยาตีเซ็ดตัวลดไข้ที่ถูกวิธีให้ผู้ป่วย นาน ๑๕-๒๐ นาที แต่ให้เซ็ดตัวไม่แรงมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดต่ำจากพยาธิสภาพของโรคตับแข็ง ขณะเซ็ดตัวกระตุ้นดื่มน้ำ ORS ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง พร้อมติดตามวัดไข้ซ้ำ ๓๐ นาทีถัดไป และบันทึกในฟอร์มปรอท
5. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่ห่มผ้าหนาจนเกินไป
6. ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง

๗. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกทุก ๘ ชม. เพื่อเป็นการประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออก
๘. แจ้งบุตรและญาติเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่การติดเชื้อลดลงแต่ค่าไตยังสูงอยู่ แพทย์เตรียมวางแผนส่งตัวไปล้างไตทางเส้นเลือดที่ร.พ.ตราด ให้บุตรและญาติเตรียมตัดสินใจเลือกการรักษาไว้

๙. ติดตามค่าผล Lab BUN Cr eGFR เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย

๑๐. ติดตามค่าผล Lab UA เพื่อประเมินการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การประเมินผล หลังบุตรเช็ดตัวลดไข้ให้ ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่า ไม่ร้อนไม่หนาวแล้ว ดื่มน้ำORS ได้ ๒ แก้วต่อ
แวน วัดไข้ซ้ำ $T = ๓๗.๒^{\circ}C$ รับประทาน cef-๓ ๒ gm iv ตามเวลา บริเวณที่ให้ยา No Phlebitis นอนหลับพักผ่อนได้นาน ๓-๔
ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยยังมีอาการของของเสียคั่งในร่างกาย ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อย คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องบวมโต
หอบเหนื่อย ผล BUN $๖๖ \uparrow$ mg/dl Cr $๔.๕๖ \uparrow$ mg/dl eGFR $๙.๖๐ \downarrow$ ml/min/๑.๗๓*๒ (๓๐ มิ.ย.๖๖)
ผล BUN $๕๔.๒ \uparrow$ mg/dl Cr $๓.๗๘ \uparrow$ mg/dl eGFR $๑๒.๐๔ \downarrow$ ml/min/๑.๗๓*๒ (๑ ก.ค.๖๖) แนวโน้มแยกลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒ : ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีการคั่งของแอมโมเนียในกระแสเลือด
จากตับเสียหายที่

ข้อมูลสนับสนุน ๑. เป็นโรคตับแข็งระยะสุดท้าย

๒. ซึมลง ตาลอยๆ ถามตอบช้า

๓. SGOT(AST) $๒๒๔ \uparrow$ SGPT(ALT) $๗๙ \uparrow$ ALP $๑๘๕ \uparrow$ (๑ธ.ค.๖๖)

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะการคั่งของแอมโมเนียในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล รู้สึกตัวดี พูดคุยปกติ ทำตามคำสั่งได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

๒. ดูแลความปลอดภัยยกไม่กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล

๓. หลีกเลี่ยงการเพิ่มแอมโมเนีย เช่น ลดปริมาณอาหารโปรตีน โดยให้ไม่เกิน ๒๐ กรัมต่อวัน ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ไก่
เต้าหู้ ขนมจีน กวยเตี๋ยว วุ้นเส้น เป็นต้น

๔. ดูแลการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่ให้ผู้ป่วยท้องผูก ให้ยาระบาย Lactulose ๓๐ ml. oral ทุก ๖ ชั่วโมง

๕. ฝ้าระวังและสังเกตอาการเริ่มแรกของอาการทางสมอง

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มองปกติ ไม่มีตาลอย จำบุคคล เวลา และสถานที่ได้ดี พูดคุยโต้ตอบได้ดี ไม่มีอาการมึน
งง และสับสน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๓ : เกิดภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และขาดสารอาหาร เนื่องจากถ่าย
เหลวเป็นน้ำบ่อยและรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน ๑. ญาติให้ประวัติ ๑วันก่อนมารพ.ถ่ายเหลวเป็นน้ำ ๑๐ครั้ง ออกครั้งละ ๕๐ ml

๒. ญาติให้ประวัติ อยู่บ้านรับประทานอาหารได้น้อย ๓-๕ คำต่อมื้อ คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน

๓. ถึง ER อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

๔. Na^+ $๑๒๓.๔ \downarrow$ CO_2- $๑๐.๕ \downarrow$ (๒๙ มิ.ย.๖๖)

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้เกิดภาวะความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์และขาดสารอาหารในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล ๑. ถ่ายอุจจาระเป็นก้อนนิ่ม

๒. รับประทานอาหารได้มากกว่า ๑๐ คำต่อมื้อ

๓. ค่าผลเลือดอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑.ดูแลการได้รับสารน้ำและสารอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

๒.ดูแลการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย ๖-๘ ชม.

๓.เฝ้าระวังสังเกตอาการจากภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เช่น โปแทสเซียมต่ำจะมีอาการอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ชีพจรเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ หรือ โซเดียมต่ำ จะมีอาการเป็นตะคริว กระตุกตามตัว มือ แขน ขา มือสั่น เป็นต้น

๔.ติดตามค่าผลเลือดอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

การประเมินผล ผู้ป่วยยังอ่อนเพลียเล็กน้อย มีแรงมากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันได้คนเดียว
รับประทานอาหารที่รพ.จัดให้ได้ ๕-๖ คำต่อมื้อ ยังมีคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน ไม่มีท้องเสีย ถ่ายเป็นก้อนนิ่มปกติ ๒ ครั้ง
ผลเลือดอิเล็กโทรไลต์ $Na^{+} ๑๒๙.๐ \downarrow$ $CO_2-๑๑.๘ \downarrow$ (๓๐มิ.ย.๖๖) ยังต่ำกว่าค่าปกติ แต่สูงกว่าวันแรกรับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๔ : มีภาวะหายใจลำบาก เนื่องจากมีภาวะท้องมานจากพยาธิสภาพของโรคตับแข็ง
ระยะสุดท้าย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. หายใจ ๒๘ ครั้งต่อนาที ลักษณะเร็วตื้น

๒. ค่า O_2 saturation ๙๐-๙๒% room air

๓. บอกว่าหายใจไม่อิ่ม ถอนหายใจบ่อยครั้ง

๔. ท้องโตชัดเจน สะดือจูน วัดรอบท้อง ๑๐๑ ซม.จากเดิม ๘๕ ซม.(วัดที่บ้านล่าสุด ๒๕ มิ.ย.๖๖)

๕. สีหน้าไม่สดชื่น ทำกิจกรรมทุกครั้งที่ทำกิจกรรมคนเดียว

๖. ผุดลุกผุดนั่ง บ่นแน่นอึดอัดท้อง เอามือลูบท้องบ่อยครั้ง

๗. นอนราบไม่ได้ ต้องนั่งทำศีรษะสูง ๖๐ องศา

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกและไม่ทุกข์ทรมานจากภาวะหายใจลำบาก

เกณฑ์การประเมินผล ๑.หลังเจาะน้ำในช่องท้อง วัดรอบท้องลดลงจากเดิม

๒.ไม่บ่นแน่นท้อง ไม่กระสับกระส่าย

๓.หยุดถอนหายใจ

๔.อยู่ท่านอนศีรษะสูงน้อยกว่า ๖๐ องศา หรือนอนราบได้นานขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะหายใจลำบากและอธิบายถึงการดูแลเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก โดยพูดคุยด้วยวาจาสุภาพอ่อนโยนและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล

๒.แนะนำวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและหายใจดีขึ้นเช่น การจัดท่านอนศีรษะสูงใช้

หมอนหนุนบริเวณหลังและแขนเพื่อให้ปอดขยายตัวได้มากที่สุด เป็นต้น

๓.อธิบายอาการล่วงหน้าถึงรูปแบบการหายใจที่จะเปลี่ยนไปในระยะสุดท้าย

๔.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน On O_2 cannular ๓ LPM

๕.ประเมินและติดตามการให้MOควบคุมอาการ

๖.ดูแลช่วยแพทย์เจาะระบายน้ำในช่องท้องเพื่อดูของเหลวดูไม่เกิน ๒๐๐๐-๓๐๐๐ มิลลิลิตร หรือตามสภาวะของผู้ป่วยพร้อมบันทึกปริมาณของเหลว ดูเลว็ดสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที*๔ครั้ง ทุก ๓๐ นาที*๔ ครั้ง และทุก ๑ ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่พร้อมสังเกตการรั่วซึมของของเหลวให้ปิดบริเวณที่เจาะด้วยผ้าก๊อซและพลาสติก

๗.ให้ญาติช่วยกิจวัตรประจำวันคนเดียว เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า ขับถ่ายปัสสาวะ เป็นต้น

๘.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมงหรือนอนตะแคงข้างที่เจาะ

๙.ติดตามวัดรอบท้องอย่างน้อยวันละ๑ครั้งหลังตื่นนอนตอนเช้า

๑๐.ประเมินความไม่สุขสบายของผู้ป่วยต่อ เช่น สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง พูดจา การหายใจ เป็นต้น



การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีบนหายใจเหนื่อยเล็กน้อยเวลาทำกิจกรรมบนเตียง ไม่กระสับกระส่าย หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที O๒ saturation ๙๘-๑๐๐ % ขณะ On O๒ cannular นอนหลับได้ ยังไม่ต้องให้ MO หลังเจาะน้ำในช่องท้องระบายน้ำออก ๒๐๐๐ มิลลิลิตร วัดรอบท้องกลางสะดือได้ ๘๖ ซม. สะดือไม่จูน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๕ : มีภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากพยาธิสภาพของโรคตับแข็ง

- ข้อมูลสนับสนุน**
๑. Platelet ๘๒,๐๐๐ ↓
 ๒. มีจุดจ้ำเลือดตามบริเวณลำคอ หน้าอก แขน ๒ ข้าง ท้อง และหลัง
 ๓. หลังเจาะเลือดบริเวณที่เจาะจะเขียวช้ำ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

- เกณฑ์การประเมินผล**
๑. ไม่มีจุดจ้ำเลือดเพิ่ม
 ๒. ไม่พบรอยฟกช้ำตามร่างกาย
 ๓. ไม่มีเลือดกำเดาไหล ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำ
 ๔. ค่า Platelet สูงกว่าเดิมจนเข้าสู่ภาวะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะเลือดออก เช่น จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย รอยฟกช้ำตามร่างกาย เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ เป็นต้น
๒. ดูแลให้พักผ่อนมากๆอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมงต่อวัน
๓. ให้ญาติช่วยผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง
๔. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล
๕. ฝ้าระวังอุบัติเหตุ หลีกเลี่ยงการกระแทก ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง
๖. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนงดสีน้ำตาล และหลีกเลี่ยงอาหารแข็งเหนียวที่ต้องเคี้ยวนาน
๗. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเลือดออกง่าย และแจ้งพยาบาลที่ดูแลทันที
๘. ติดตามค่า Platelet ต่อ

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการเลือดออกง่ายที่เกิดขึ้นและดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามคำแนะนำ ยังมีจุดจ้ำเลือดตามบริเวณลำคอ หน้าอก แขน ๒ ข้าง ท้อง และหลัง แต่ไม่เพิ่มขึ้น ไม่พบรอยฟกช้ำตามร่างกายไม่มีเลือดกำเดาไหล ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีถ่ายดำสีดำ นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่เกิดอุบัติเหตุใด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๖ : บุตรและญาติมีความเครียด ความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะไตวายเฉียบพลันและกระบวนการรักษา เนื่องจากพร่องความรู้

- ข้อมูลสนับสนุน**
๑. บุตรให้ประวัติว่า “อยู่บ้านผู้ป่วยปัสสาวะออกน้อย กะปริดกะปรอย แต่ไม่เคยปัสสาวะไม่ออก”
 ๒. บุตรถามพยาบาลทุกเวรว่า “เพราะอะไรยังไม่ปัสสาวะลงถุงปัสสาวะเลย”
 ๓. บุตรบอกพยาบาลทุกครั้งที่ได้เข้ามาให้การพยาบาลว่า “ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น ทำคิ้วขมวดตลอด ดูกระสับกระส่าย บนปวดหน่วงท้องน้อย ปัสสาวะยังไม่ออกเหมือนเดิม”
 ๔. บุตรและญาติมีสีหน้าเคร่งเครียด ทำคิ้วขมวดบางครั้ง น้ำเสียงเรียบเฉยเวลาสอบถามอาการของอาการของผู้ป่วย แนวทางการรักษา และระยะเวลาการรักษา
 ๕. ญาติบอกแพทย์เจ้าของไข้ว่า “ผู้ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังเดิม รับประทานยาและควบคุมอาหารต่อเนื่อง ปัสสาวะไม่น่าจะผิดปกติ”
 ๖. บุตรถามว่า “ผู้ป่วยล้างไตแล้วจะดีขึ้นหรือไม่ ค่าใช้จ่ายล้างไตแพงหรือไม่”

๗. บุตรยังไม่ตัดสินใจให้ล้างไต ขอคุยกับญาติคนอื่นก่อน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้บุตรและญาติคลายความวิตกกังวล และมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนขณะมีภาวะไตวายเฉียบพลันแทรกซ้อนให้ถูกต้อง และสามารถตัดสินใจเลือกแผนการรักษาได้

เกณฑ์การประเมินผล ๑. บุตรและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่ทำคิ้วขมวด

๒. บุตรและญาติพูดคุย สอบถาม ตอบคำถามด้วยน้ำเสียงสุภาพอ่อนหวาน

๓. บุตรและญาติพยักหน้ารับฟัง บอกว่าเข้าใจอาการแสดงของภาวะไตวายเฉียบพลัน

๔. บุตรและญาติเข้าใจกลไกการเกิดของโรค การดำเนินของโรค และแผนการรักษา

๕. บุตรและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธ์ภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรค และแนวทางการรักษาพร้อมลงชื่อในเอกสาร

๒. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงอาการเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ และอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องล้างไตทางหลอดเลือดดำที่โรงพยาบาลตราดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

๓. วางแผนการส่งตัวต่อไปล้างไตทางเส้นเลือดและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน

๓.๑ อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโดยอธิบายง่ายๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ให้เกิดความวิตกกังวล

๓.๒ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยขณะมีภาวะไตวายเฉียบพลัน

๔. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการที่ยังมีอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย แน่นท้อง ปัสสาวะไม่ออก เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รับการรักษาอาการ

๕. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วยและญาติต่อความเจ็บป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

๖. อธิบายแผนการรักษา การให้อาหาร อาการข้างเคียงที่ต้องสังเกต และอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

๗. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจโดยการใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนหวานและการสัมผัสที่นุ่มนวลอ่อนโยน

๘. ทีม palliative care จัด Family meeting โดยแพทย์เป็นผู้แจ้งรายละเอียด การดำเนินโรค ทางเลือกการรักษาการแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

การประเมินผล บุตรและญาติที่เฝ้ามีสีหน้าคลายวิตกกังวลลง ยิ้มแย้มขณะพูดคุย บอกว่าสบายใจขึ้น และจากการสอบถามบุตรและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้องพยาบาลที่ดูแลให้ข้อมูลการพยาบาลให้เข้าใจง่ายขึ้น ตัดสินใจเลือกกระบวนการรักษาแบบประคับประคองที่ร.พ.แหลมงอบต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๗ : บุตรและญาติพร่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน ๑. ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นโรคไตแข็งระยะสุดท้าย ญาติประสงค์ไม่ให้แจ้งผู้ป่วย

๒. ญาติไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย

๓. ประวัตินอนโรงพยาบาลทั้งหมด ๔ ครั้ง ญาติยินยอมให้ดูแลแบบประคับประคอง

แต่ผู้ป่วยอาการทุเลา จำหน่ายกลับบ้าน

๔. แรกรับระดับ PPS ๔๐ % (๒๙ มิ.ย.๖๖)



วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้บุตรและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล ๑.บุตรปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้อง

๒.บุตรและญาติดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑.ทีม palliative care จัด Family meeting โดยแพทย์เป็นผู้แจ้งรายละเอียด อธิบายการดำเนินของโรคที่เจ็บป่วยครั้งนี้ การพยากรณ์โรค ระยะเวลาการมีชีวิต แผนการรักษาของแพทย์ ทางเลือกการรักษา การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลแก่บุตรและญาติผู้ป่วย

๒.แนะนำญาติในการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

๓.แนะนำญาติช่วยเหลือผู้ป่วยทุกด้าน กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายใจที่สุดขณะนอนรักษาอาการเจ็บป่วยครั้งนี้

๔.ดูแลบริหารจัดการรบกวนทางกายทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

๕.ทำแบบประเมินPPS (Palliative Performance Scale) ทุกวัน

๖.ประเมินการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

๗.เปิดโอกาสให้ญาติติดต่อกับพยาบาลได้ ๒๔ ชั่วโมงทางโทรศัพท์

การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินของโรคที่เจ็บป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันแทรกซ้อนพร้อมบอกรับว่าจะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และตามที่พยาบาลให้ทำ ญาติมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้นและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ระดับPPS = ๔๐ % ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๘ : บุตรและญาติขาดความมั่นใจในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

ข้อมูลสนับสนุน ๑.รู้สึกตัวช้า ซึม ต้องเรียกปลื้มตา ทำตามคำสั่งได้แต่ต้องกระตุ้น E๓M๔V๒

๒.P ๑๓๒ /min R ๒๘/min BP ๘๗/๕๕ mmHg

๓.O๒ saturation > ๙๔ % ขณะOn O๒ cannular

๔.ผลเลือดค่าไต BUN๖๖ ↑ mg/dl Cr๔.๕๖ ↑ mg/dl eGFR ๙.๖ % ↓ (๒ กค.๖๖)

๕.ปัสสาวะไม่ออกเพิ่มตั้งแต่แรกรับ

๖.บุตรและญาติร้องไห้ น้ำตาซึมไม่กล้าจับตัวผู้ป่วย

๗.บุตรเรียกผู้ป่วยให้ตื่นเป็นระยะ ๆ

๘.ญาติสอบถามอาการผู้ป่วยและการดูแลเมื่อผู้ป่วยหมดลมหายใจ

๙.บุตรสอบถามพยาบาลต้องทำอะไรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

๑๐.ระดับ PPS ๒๐ % (๒.ก.ค.๖๖)

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายตายอย่างสงบและครอบครัวมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

เกณฑ์การประเมินผล ๑.บุตร หลาน และญาติที่สนิทมีกิจกรรมขอขมาผู้ป่วย

๒.ครอบครัวรับทราบขั้นตอนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

กิจกรรมการพยาบาล

๑.อธิบายญาติเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะช็อกและแผนการรักษาของแพทย์พร้อมแจ้งญาติให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้าย(End of life care)



- ๒.ประเมินPPS (Palliative Performance Scale) แจ้งญาติผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของชีวิต
- ๓.ดูแลให้ยาเพิ่มความดันโลหิต NorEpinephrine ๔ mg (๒:๘) iv rate ๒๕ ml/hr พร้อมดูแลวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก ๓๐ นาที พร้อมแจ้งบุตรและญาติจะให้ยาต่อเนื่องจนผู้ป่วยไปอย่างสงบ
- ๔.ดูแลให้ได้รับออกซิเจน On O๒ cannular ๓ LPM ตามแผนการรักษา พร้อมแจ้งบุตรและญาติจะให้ได้รับออกซิเจนต่อเนื่องจนผู้ป่วยไปอย่างสงบ
- ๕.อธิบายการควบคุมอาการให้สุขสบายและการพยากรณ์อาการที่อาจเกิดขึ้นในช่วงท้ายก่อนการเสียชีวิต
- ๖.แนะนำส่งเสริมด้านจิตวิญญาณแก่บุตรและญาติ
 - ๖.๑ จัดสภาพแวดล้อมที่เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบให้สุขสบายใจ เยียบสงบ
 - ๖.๒ เปิดวิทยุธรรมะให้ผู้ป่วยฟังต่อเนื่องจนหมดลมหายใจ ถ้าผู้ป่วยไม่ชอบไม่ต้องทำกิจกรรมนี้
 - ๖.๓ ให้ตามบุตร หลาน ญาติสนิทที่ผู้ป่วยรัก เป็นห่วง น้บถือ มาราบลาเป็นครั้งสุดท้าย
 - ๖.๔. นิมนต์พระมารับสังฆทานจากผู้ป่วยก่อนหมดลมหายใจ
- ๗. เปิดโอกาสให้บุตรและญาติอยู่เฝ้าอย่างใกล้ชิดก่อนการเสียชีวิต
- ๘. ช่วยญาติอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า หรือแต่งชุดที่ผู้ป่วยชอบ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
- ๙. แจ้งญาติเตรียมเอกสาร เตรียมจัดหาสถานที่ทำพิธีกรรมทางศาสนา ระหว่างรอรับศพ ๒ ชั่วโมง
- ๑๐.วางแผนติดตามเยี่ยมครอบครัวหลังการสูญเสียภายใน ๑๔ วัน

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวลดลงE๑M๒V๑ กลับตาลดอด พุดอือๆในลำคอ ปากซีด หายใจ Air hunger R ๒๖/min O๒ saturation ๘๘ % ขณะOn O๒ cannular หลังให้ยา NorEpinephrine P๑๑๔-๑๒๖ /min BP๘๗/๔๕-๙๑/๕๓ mmHg นอนหลับบนเตียงแต่สายหัวไปมาเป็นพักๆ ไม่มีปัสสาวะออกเพิ่ม หลังให้การพยาบาลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย บุตรและญาติสนิทอยู่เฝ้าอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยกลับตาลดอด แต่ยังคงทำคิ้วขมวด E๑M๑V๑ หายใจ air hunger ผ่าเบา ระดับ PPS ๑๐ % ผู้ป่วยอยู่ในระยะวาระสุดท้ายของชีวิต สอบถามบุตรสาวคนโตว่าผู้ป่วยมีเรื่องติดค้างอะไรในใจหรือเป็นห่วงใครหรือไม่ จึงให้ตามหลานชายและน้องชายที่ผู้ป่วยรักและเป็นห่วงที่สุดมาบอกลาเป็นครั้งสุดท้าย หลังจากนั้นผู้ป่วยสีหน้าเรียบเฉยไม่ทำคิ้วขมวดหยุดหายใจ ระดับ PPS ๐ % ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี เวลา ๑๑.๐๐ น. บุตรและญาตินำตาซิม ไม่ร้องให้พุ่มพวย ช่วยกันอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าแต่งชุดที่ผู้ป่วยชอบ รอเคลื่อนย้ายศพไปวัด หลังเสร็จงานพิธีบำเพ็ญกุศลศพ ติดตามเยี่ยมครอบครัวในสัปดาห์ที่ ๒ ครอบครัวบอกรู้สึกเศร้าอยู่ แต่นอนหลับได้และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ บุตรสาวคนโตใส่บาตรทุกเช้า

การนำไปใช้ประโยชน์

ใช้เป็นคู่มือ แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้การพยาบาลโดยนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรคตับแข็งระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน ๑ ราย วันที่รับไว้ในความดูแล ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ จำหน่ายจากการดูแลวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ รวมจำนวนวันที่รับไว้ในความดูแล ๔ วัน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด ญาติเข้าใจการดำเนินของโรคครั้งนี้ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์และยอมรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจนวาระสุดท้ายของชีวิต และเสียชีวิตอย่างสงบในโรงพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรี



เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์.(๒๕๖๓).คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์).

พิมพ์ครั้งที่๑.กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
กำพล ศรีวัฒนกุลและคณะ.(๒๕๕๕).คู่มือการใช้อายลบบัสมบรูณ์.พิมพ์ครั้งที่๔.ปทุมธานี:บริษัทสยามบุ๊ค จำกัด.

ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ และคณะ.(๒๕๖๑).คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง(Palliative Care)
แบบบูรณาการ.พิมพ์ครั้งที่๑.กรุงเทพมหานคร: บริษัท เบสท์ สเต็ป แอ็ดเวอร์โทซิ่ง จำกัด.

ชวนพิศ วงศ์สามัญ.(๒๕๕๒).การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ ๑๓.ขอนแก่น:หจก.ขอนแก่นการ
พิมพ์.

ฉัญญลักษณ์ วจนะวิเศษ และ ภัสพร ขำวิชา.(๒๕๕๓).การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ:การพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม ๒.กรุงเทพฯ:บริษัท โอกรูปเพรส จำกัด.

ประสาร เปรมสกุล.(๒๕๕๔).คู่มือแปลผลตรวจเลือด.พิมพ์ครั้งที่ ๕.กรุงเทพฯ:หจก.อรุณาการพิมพ์.

พรทิวียอดมงคล.(๒๕๕๘).คู่มือสำหรับประชาชน:การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง(Palliative
Care).พิมพ์ครั้งที่๘.นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

พวงทอง ไกรพิบูลย์.(๒๕๕๖).โรคตับแข็ง Liver cirrhosis.พิมพ์ครั้งที่๑.กรุงเทพมหานคร:อมรินทร์สุขภาพ.

รุ่งฤดี ชัยธีรกิจ, ปิยวัฒน์ โกมลิมศรี และสมบัติ ตริประเสริฐสุข(๒๕๕๕).ปัญหาไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยตับแข็ง:โรค
ทางเดินอาหารและการรักษา ๕.กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำกัด.

เสริมทรง จันทรเพ็ญ.(๒๕๕๘).การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อน:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ.(ออนไลน์)
สืบค้นได้จากวารสารวิชาการแพทย์เขต๑๑.ปีที่๒๙.ฉบับที่๑ม.ค.-มี.ค.๒๕๕๘:หน้า๑๗๑-๑๘๑ สืบค้นเมื่อวันที่
๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖.

เสริมทรง จันทรเพ็ญ.(๒๕๖๔).การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง.(ออนไลน์).สืบค้นได้จาก
<http://webportal.bangkok.go.th> สืบค้นเมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖.

อรอุษา แสนไพร.(๒๕๕๙).การพยากรณ์การเกิดโรคตับแข็ง.(ออนไลน์).สืบค้นได้จาก
<http://webportal.bangkok.go.th> สืบค้นเมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖.