



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน ๒๙ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพัชรนันท์ เยาวนิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวอสิยา วรรณอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓.	นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๔.	นางวิยะดา เจริญกิตติวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๖. นางสาว...

๖. นางสาววันทนา หินเภาว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗. นางลิขิต จินตามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปราณี ปานเฉ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางบุญยงษ์ ฉิมชั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๐. นางสาวธนาธิป มาพูน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๑. นางดอกไม้ บุตรดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๒. นางสาวอรพรรณ เท่งนาเลน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๓. นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๑๔. นางศิริรัตน์ พรจรัสสมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

๑๕. นางสาวศศิวิมล อยู่ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๖. นางอำภา กิตติเดชชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๗. นางศิริกาญจน์ โภคะสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๘. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลวิสัญญี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๑๙. นางสาวนิศารัตน์ ธรรมวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒๐. นางพิมพ์ลภัส บัวครั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๑. นางสาวสุรีย์รัตน์ สดาร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๒. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒๓. นางธิดารัตน์ บุญประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๒๔. นางจิตาภา รอดโพธิ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๒๕. นางจิราพร ศิลาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๖. นางชวิศสินี สุทธิวัฒน์ธนากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒๗. นางสาวลักษณณ์ ถาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒๘. นางสาวลักษมีพร หอมคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๙. นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๖, ๖

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑๓	นางทิพย์วัลย์ ชำเจริญ	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลบางกรวย</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยใน</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล	๕๖๘๐	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลบางกรวย</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยใน</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	๕๖๘๐	เลื่อน ระดับ ๑๐๐ % ๗๐%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๕ จัดตั้งคณะทำงานวิชาการของหน่วยงาน เพื่อพัฒนาระบบบริการด้านต่าง ๆ ของหน่วยงาน เช่นการประเมินและเฝ้าระวังอาการ การบริหารความเสี่ยง การระบุตัวบุคคล การบริหารยาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นต้น

๓.๖ เป็นผู้นำทีมในการทบทวน ๑๒ กิจกรรม ในหน่วยงานทุกเดือน มีการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ทบทวนอุบัติการณ์และเหตุการณ์สำคัญ เพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อ

๓.๗ จัดทำคู่มือในการบริหารงานของหน่วยงาน และคู่มือปฏิบัติงานต่าง ๆ และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๓.๘ จัดให้มีการให้ความรู้ทางวิชาการ ร่วมกับการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานเพื่อเสริมความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

๓.๙ ร่วมจัดประชุมวิชาการ ฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ การฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ

๓.๑๐ เป็นที่ปรึกษาและคณะกรรมการตรวจเอกสารวิชาการของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการเพื่อเลื่อนระดับชำนาญการ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑.เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย

๒.ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๖ - ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖

๓.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ โรคเอดส์ (AIDS ย่อมาจากคำว่า Acquired immunodeficiency syndrome) หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง คือ ระยะสุดท้ายของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ที่ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 หรือ T-cells ในระบบภูมิคุ้มกันร่างกายถูกทำลาย ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดต่ำ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ และนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค โรคปอดอักเสบ หรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ รวมถึงมะเร็งบางชนิด ปัจจุบันการรักษา HIV มีความก้าวหน้า สามารถวินิจฉัยโรคได้เร็ว มียาด้านไวรัสประสิทธิภาพสูงที่ให้ผลดีในการรักษา ช่วยเพิ่มปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ที่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

พยาธิสรีรวิทยา โรคเอดส์ เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในร่างกาย และมีการดำเนินโรคไปแล้วเป็นระยะเวลาประมาณ ๑๐ ปี เชื้อ HIV จึงพัฒนาสู่โรคเอดส์เต็มขั้น เมื่อเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกายจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย จนทำให้ไม่มีภูมิคุ้มกันเพียงพอในการป้องกันตนเองจากเชื้อโรคนอกที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคเฉียบพลัน โรคแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีความรุนแรงและยากแก่การรักษา

โรคเอดส์เป็นเชื้อไวรัสในตระกูลรีโทรไวรัส (Retrovirus) ซึ่งเป็นไวรัสที่มีสารพันธุกรรมเป็นแบบ RNA มีคุณสมบัติพิเศษ คือการเปลี่ยนสารพันธุกรรม ของตนเองให้เป็น DNAของเซลล์โฮสต์ได้ จากนั้นจะแทรกแซงการทำงานในโครโมโซมของเซลล์โฮสต์ และป้อนคำสั่งแทนที่ DNA ของเซลล์โฮสต์ และแบ่งตัวเพิ่มจำนวนไปเรื่อย ๆ

ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อ HIV (Primary infection : Acute HIV) เป็นระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง ๒ - ๔ สัปดาห์แรกหลังการได้รับเชื้อ ในระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อ HIV นี้ ไวรัสจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 หรือ T-cells ให้ลดจำนวนลงอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะต่อสู้โดยการค่อย ๆ เพิ่มจำนวน CD4 ในร่างกายเพื่อต่อต้านเชื้อไวรัส แม้ว่า

ปริมาณ CD4 จะไม่มากเท่ากับขณะก่อนติดเชื้อก็ตาม ในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ จึงจำเป็นต้องป้องกันการแพร่เชื้ออย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อบางรายอาจไม่แสดงอาการใด ๆ เลย จึงทำให้สูญเสียโอกาสในการพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรับยาต้านไวรัสตั้งแต่แรกเริ่ม จนนำไปสู่การแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นในเวลาต่อมา

ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Clinical Latent infection : Chronic HIV) เป็นการติดเชื้อระยะแฝงที่เชื้อไวรัส HIV อยู่ในร่างกายโดยไม่แสดงอาการใด ๆ (Asymptomatic HIV infection) ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีสภาพร่างกายเป็นปกติเหมือนบุคคลทั่วไป ในระยะนี้เชื้อ HIV จะแบ่งจำนวนไปเรื่อย ๆ และค่อย ๆ ทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 หรือ T-cells ในระบบภูมิคุ้มกันร่างกายให้ลดจำนวนน้อยลงไปเรื่อย ๆ โดยจะมีระดับ CD4 ในร่างกายระหว่าง ๒๐๐-๑,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดต่ำ และเกิดการเจ็บป่วยง่ายขึ้น โดยทั่วไปการดำเนินของโรคในระยะนี้จะใช้ระยะเวลาประมาณ ๕-๑๐ ปี ผู้ติดเชื้อที่มีการดำเนินโรคเร็ว (Rapid progressor) อาจใช้ระยะเวลาในระยะนี้เพียง ๒-๕ ปี แต่ในผู้ติดเชื้อที่ร่างกายสามารถควบคุมเชื้อได้ดีเป็นพิเศษ (Elite controller) อาจใช้ระยะเวลาการดำเนินโรคในระยะนี้ได้ ๑๐-๑๕ ปี

ระยะเอดส์เต็มขั้นหรือระยะโรคเอดส์ (Progression to AIDS) เป็นระยะที่การติดเชื้อ HIV ได้พัฒนากลายเป็นโรคเอดส์โดยสมบูรณ์ ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะมีระดับ CD4 ในร่างกายน้อยกว่า ๒๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงอย่างมากจนนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection)

อาการและอาการแสดง

ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อ จะเข้าสู่ภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อ (Acute retroviral syndrome : ARS) โดยจะปรากฏอาการประมาณ ๑-๒ สัปดาห์แรกหลังจากติดเชื้อ จากนั้นอาการจะหายไป โดยจะมีอาการคล้ายไข้หวัด มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีเหงื่อออกตอนกลางคืน ผื่นขึ้น ต่อม้ำเหลืองโต เป็นแผลในปาก ผู้ที่ติดเชื้อบางรายอาจมีอาการเวียนหัว คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว น้ำหนักตัวลดลง และมีผ้าขาวในช่องปาก

ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ โดยทั่วไปผู้ที่ติดเชื้อไวรัส HIV จะติดเชื้อโดยไม่มีระยะอาการหรือระยะสงบทางคลินิก (Clinical latency stage) ในช่วง ๕ - ๑๐ ปี โดยประมาณหลังติดเชื้อ HIV โดยจะไม่แสดงอาการใด ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของเชื้อ HIV ที่ได้รับและภูมิคุ้มกันร่างกายของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามผู้ที่ติดเชื้อไวรัส HIV ระยะนี้ที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำอาจแสดงออกซึ่งอาการหรือโรคบางโรค ดังนี้

ระยะติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีระดับ CD4 ในร่างกายมากกว่า ๕๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ติดเชื้ออาจจะมีไข้ อ่อนเพลีย ต่อม้ำเหลืองโต แผลร้อนในในช่องปาก ผิวน้ำหนักอกเสบที่หนังศีรษะ ผื่นขาวที่ลิ้น เชื้อราที่เล็บ และโรคสะเก็ดเงิน (ในผู้ที่เคยเป็นมาก่อน)

ระยะติดเชื้อที่มีอาการปานกลาง ได้แก่ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีระดับ CD4 ในร่างกายระหว่าง ๒๐๐ - ๕๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ติดเชื้ออาจมีไข้แบบเป็น ๆ หาย ๆ ต่อเนื่องหลายเดือนติดต่อกัน ต่อม้ำเหลืองโตที่คอ รักแร้ หรือขาหนีบ เริ่มที่ปาก หรือเริ่มที่อวัยวะเพศ (แบบเรื้อรัง) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เชื้อราในช่องปากหรือบริเวณปากมดลูก ท้องเสียแบบเรื้อรัง น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ งูสวัด ไข้น้ำสออักเสบเรื้อรัง และโรคปอดอักเสบ

ระยะเอดส์เต็มขั้นหรือระยะโรคเอดส์ ผู้ที่ติดเชื้อ HIV ที่มีการดำเนินโรคมายังถึงระยะที่ ๓ หรือ ๑๐ ปี โดยประมาณ หลังติดเชื้อ HIV หรือระยะโรคเอดส์เต็มขั้นแล้วเท่านั้น จึงจะปรากฏสัญญาณและอาการของโรคเอดส์ โดยส่วนมากอาการของโรคเอดส์คือการเกิดขึ้นของโรคแทรกซ้อนหรือโรคฉวยโอกาสอื่น ๆ หลาย ๆ โรค

รวมเร้าพร้อม ๆ กัน อันเนื่องมาจากระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลาย ทำให้เชื้อโรคอื่น ๆ เช่น เชื้อรา เชื้อไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว เข้าสู่ร่างกายได้โดยง่าย ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อน และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ยากต่อการรักษา เช่น ไข้เรื้อรัง วัณโรค โรคปอดอักเสบ PJP เยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อคริปโตคอคคัส ท้องเสียเรื้อรัง ร่างกายอ่อนเพลียน้ำหนักลด ภาวะกลืนลำบาก หรือเจ็บคอเวลากลืนเนื่องจากหลอดอาหารอักเสบ มีผื่นตามตัว ผิวซีด สายตาพร่ามัว ไอเป็นเลือด มีเลือดออกจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เป็นจำเริญ แดง มีอาการตกขาวบ่อย (ในเพศหญิง) ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน อาการทางระบบประสาท เช่น หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อม แขนขาอ่อนแรง และอาจหมดสติ จากการติดเชื้อในสมอง ผู้ที่เป็นโรคเอดส์เต็มขั้นมักมีอายุได้เพียง ๒ - ๓ ปี จึงเสียชีวิต

การติดต่อ

โรคเอดส์และเชื้อ HIV สามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านการสัมผัสกับสารคัดหลั่งในร่างกาย ได้แก่ เลือด น้ำอสุจิ น้ำเหลือง สารหล่อลื่นตามธรรมชาติในช่องคลอด อวัยวะเพศชายหรือทวารหนัก และน้ำนมแม่ โรคเอดส์และเชื้อ HIV สามารถติดต่อกันผ่านพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

๑. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย โดยมีการสอดใส่ระหว่างอวัยวะเพศชาย-หญิง ทางทวารหนัก ระหว่างชาย-ชาย หรือระหว่างหญิง-หญิงที่มีการสัมผัสกับสารคัดหลั่งในช่องคลอด ทั้งนี้การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกเกินกว่าร้อยละ ๘๐

๒. การใช้เข็มฉีดยา หรือกระบอกฉีดยาร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ HIV โดยมักพบพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดโดยการฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด

๓. การติดเชื้อ HIV ผ่านการสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองจากบาดแผลเปิดภายนอกผิวหนังหรือแผลในช่องปาก รวมถึงการใช้ของส่วนตัวที่มีลักษณะเป็นของมีคมร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ HIV เช่น เข็มสักผิวหนัง เข็มสักคิ้ว กรรไกรตัดเล็บ มีดโกน เข็มเจาะอวัยวะ เช่น เข็มเจาะหู หรือเข็มเจาะสะดือ

๔. การติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกขณะตั้งครรภ์ในระหว่างการคลอดบุตร และการให้นมบุตร

๕. การรับเลือดบริจาคที่ปนเปื้อนเชื้อ HIV ที่ไม่ผ่านการคัดกรองเชื้อมาก่อน โดยแทบไม่พบแล้วในปัจจุบันเนื่องจากกระบวนการตรวจสอบที่มีมาตรฐานหลายขั้นตอน

การวินิจฉัย

๑. การตรวจสอบแอนติเจน/แอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (Antigen/antibody test) เป็นการตรวจสอบที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพที่สุด โดยแพทย์จะทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาแอนติเจน หรือโปรตีนของเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า p๒๔ (p๒๔ antigen- testing) และตรวจหาแอนติบอดีของร่างกายในคราวเดียวกัน โดยเป็นวิธีการตรวจหาเชื้อ HIV หลังจากสงสัยว่าได้รับเชื้อประมาณ ๑๘ - ๔๕ วันแรก ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายจะยังไม่สร้างแอนติบอดีเพื่อต่อสู้กับเชื้อไวรัส จึงทำให้ไม่สามารถตรวจพบด้วยวิธีการอื่น ๆ

๒. การตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody tests) เป็นการตรวจหาเชื้อ HIV โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกัน (Antibody) ต่อเชื้อ HIV เพื่อตรวจปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว CD๔ หรือ T-cells ในร่างกาย พร้อมกับตรวจการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายที่ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อไวรัส HIV โดยเป็นการตรวจหาเชื้อ HIV ที่สามารถทำได้หลังจากสงสัยว่าได้รับเชื้อประมาณ ๒๓ - ๙๐ วันแรก

๓. การตรวจหาสารทางพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี (Nucleic acid tests: NATs) เป็นการตรวจหาเชื้อ HIV โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัส HIV โดยเป็นวิธีที่แพทย์นิยมใช้ตรวจหาเชื้อไวรัสในเชิงปริมาณ (Viral load assays) ทั้งก่อนและหลังรับการรักษาเพื่อติดตามประเมินผลการรักษา อย่างไรก็ตาม

การตรวจด้วยวิธีนี้จะไม่สามารถใช้เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV และไม่สามารถใช้ตรวจทารกที่มารดาติดเชื้อ HIV ได้ การตรวจหาเชื้อ HIV ด้วยวิธีนี้ สามารถทำได้หลังจากสงสัยว่าได้รับเชื้อประมาณ ๑๐ - ๓๓ วันแรก

การรักษา

๑. ทันทีที่ผู้รับการตรวจ HIV ได้รับการยืนยันผลการตรวจเลือดเป็นบวก หรือติดเชื้อ HIV แพทย์จะให้ยาต้านไวรัสในกลุ่ม ARV (Antiretroviral drugs) ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายชนิด เพื่อต่อสู้ และช่วยกันยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัส HIV โดยการให้ยาในกลุ่มนี้พร้อมกันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษามากกว่าการรักษาด้วยยาชนิดเดียว กลุ่มยา ARV จะช่วยกันออกฤทธิ์ เสริมแรง ในการลดจำนวนเชื้อไวรัส HIV ให้ถึงจำนวนที่ไม่สามารถตรวจพบเชื้อ HIV ได้อีกต่อไป พร้อมกับช่วยฟื้นฟูและชะลอความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ช่วยให้ผู้ที่ติดเชื้อมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงเป็นปกติให้มากที่สุด

๒. ผู้ที่สงสัยว่าอาจติดเชื้อ HIV ภายในระยะเวลา ๗๒ ชั่วโมงหลังสัมผัสโรค (Post-exposure prophylaxis: PEP) ควรรีบพบแพทย์โดยเร็วที่สุดเพื่อรับยา ARV เพื่อต้านเชื้อไวรัส และป้องกันไม่ให้ไวรัสพัฒนาไปอยู่ในระดับที่ตรวจพบและแสดงอาการได้

๓. ผู้ที่ไม่มีเชื้อ HIV ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สามารถพบแพทย์เพื่อขอรับยา ARV เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น ถือเป็นการใช้ยาเพื่อกันเชื้อไวรัส HIV ก่อนการสัมผัสโรค (Pre-exposure prophylaxis: PrEP) โดยผู้ที่มีความเสี่ยง จะต้องทานยาทุกวัน และพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายหลังจากสัมผัสกับความเสี่ยงแล้ว

จากผลการรายงาน พบว่าผู้ที่สัมผัสกับเชื้อ HIV ที่ทานยา ARV ภายใน ๗๒ ชั่วโมง มีผลการตรวจร่างกายเป็นลบ หรือไม่พบเชื้อ HIV ในขณะที่ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งสามารถรักษาอาการติดเชื้อจนหายขาดด้วยวิธีการรักษาแบบพิเศษ เช่น การปลูกถ่ายไขกระดูก ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ รวมทั้งเพื่อป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อไวรัส HIV สู่อื่นได้ ทั้งนี้ ผู้ติดเชื้อจะต้องมีวินัยในการทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำทุกวัน และรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

การป้องกัน

โรคเอดส์ และการติดเชื้อ HIV สามารถป้องกันได้โดยโดยการลด ละ เลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อไวรัส โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ติดเชื้อ HIV แล้วควรป้องกันการตนเองไม่ให้แพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ โดยวิธีการป้องกันโรคเอดส์ และการติดเชื้อ HIV มีดังนี้

๑. สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งก่อนมีเพศสัมพันธ์
๒. หากมีแผลเปิดที่มีเลือดไหล ควรทำความสะอาดและปิดแผลให้สนิท
๓. ไม่ใช้เข็มฉีดยา หรือกระบอกฉีดยาร่วมกันกับผู้อื่น
๔. ไม่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
๕. ตรวจสุขภาพก่อนแต่งงาน
๖. พบแพทย์เพื่อรับยาต้านไวรัส HIV ทันทีที่สงสัยว่าอาจสัมผัสกับเชื้อหรือก่อนการสัมผัสกับเชื้อ HIV
๗. ตรวจเลือด หรือตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละครั้งเพื่อวัดระดับภูมิคุ้มกันร่างกาย

๓.๒ โรคฮิสโตพลาสโมซิส (Histoplasmosis) มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อราชนิดหนึ่ง ที่เรียกว่า *Histoplasma capsulatum* โดยเชื้อราชนิดนี้พบได้ทั่วไปในสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งบนพื้นดินที่ปนเปื้อนมูลนกและค้างคาวในบริเวณโพรงต้นไม้ ใต้ต้นไม้ใหญ่หรือในถ้ำ เชื้อราก่อโรคชนิดนี้จะมีรูปร่าง ๒

ลักษณะ (dimorphic fungi) โดยในธรรมชาติจะอยู่เป็นสายราที่สามารถสร้างสปอร์ได้และเมื่อเราหายใจเอาสปอร์ของเชื้อเข้าไปในปอดหรือมีการติดเชื้อในร่างกายเชื้อดังกล่าวจะมีลักษณะเป็นยีสต์ โรคนี้พบการติดเชื้อได้ทั้งในคนปกติและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีประวัติเดินป่าหรือไปเที่ยวในป่าที่มีมูลนกหรือมูลค้างคาวปริมาณมากโดยไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันเช่น หน้ากากอนามัย พื้นที่ระบาดของโรคนี้อยู่ในแถบทวีปอเมริกา แอฟริกา และในบางพื้นที่ของทวีปเอเชีย ในขณะที่ประเทศไทยพบความชุกอยู่ที่ร้อยละ ๐.๓-๑ โดยมักพบการระบาดเป็นหย่อม ๆ ในบางพื้นที่แถบภาคตะวันตกและภาคใต้ของประเทศ

การติดต่อ

ผู้ป่วยได้รับเชื้อจากการหายใจเอาสปอร์ของเชื้อในดินที่ปนเปื้อนมูลนกและค้างคาวเข้าไป ปัจจุบันยังไม่พบการติดต่อของโรคจากคนสู่คนหรือสัตว์สู่คน กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผู้ที่เข้าไปยังแหล่งที่มีการระบาดหรือมีความชุกของโรคสูง รวมถึงการทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อ เช่น การทำกิจกรรมหรือสัมผัสสิ่งแวดล้อมหรือพื้นดินที่มีการปนเปื้อนมูลนกหรือค้างคาวปริมาณมาก นอกจากนี้กลุ่มเสี่ยงต่อการรับเชื้อยังรวมถึงเกษตรกร ผู้ทำหน้าที่กำจัดศัตรูพืช ผู้ดูแลสัตว์เลี้ยง คณงานก่อสร้างหรือรถถนนตึก คนสวน นักสำรวจ หรือท่องเที่ยวในป่า เป็นต้น ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงภายหลังการติดเชื้อได้แก่ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV) ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เด็กแรกเกิดและผู้สูงอายุ เป็นต้น

อาการที่พบ

ภายหลังการสูดดมเอาสปอร์ของเชื้อเข้าไป เชื้อจะมีระยะฟักตัวประมาณ ๓ - ๑๗ วัน ผู้ที่ได้รับเชื้อส่วนใหญ่ที่มักไม่แสดงอาการป่วย แต่ในบางราย (ประมาณร้อยละ ๑) มักแสดงอาการและอาการต่าง ๆ สามารถหายได้เองภายใน ๒ - ๓ สัปดาห์หรือ ๑ เดือน ผู้ป่วยอาจมีการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อที่ผิวหนัง หรือ การติดเชื้อแบบแพร่กระจาย (Disseminated Histoplasmosis) ความรุนแรงของโรคขึ้นกับปริมาณของเชื้อที่ได้รับและระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย อาการที่พบบ่อยได้แก่มีไข้ ปวดศีรษะ ไอแห้ง อ่อนเพลีย หนาวสั่น เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีผื่นหรือปวดข้อ นอกจากนี้ในผู้ที่มีภาวะโรคปอดอยู่แล้วเช่น โรคถุงลมโป่งพองอาจมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเรื้อรังรวมถึงอาการรุนแรงได้ ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเรื้อรังจะมีอาการไอเป็นเลือด น้ำหนักลด ซึ่งอาการส่วนใหญ่จะคล้ายกับการติดเชื้อวัณโรคปอด นอกจากนี้ในผู้ที่รับเชื้อปริมาณมากหรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอาจมีอาการรุนแรงได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการติดเชื้อแบบเรื้อรังที่ปอดจะพบอาการปอดอักเสบติดเชื้อรุนแรงที่นำไปสู่กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน หรือ Acute respiratory distress syndrome (ARDS) รวมถึงมีความเสี่ยงที่จะมีการแพร่ของเชื้อจากปอดไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย (disseminated histoplasmosis) เช่น สมองหรือไขสันหลัง โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลืองโต นอกจากนี้อาจพบแผลเปื่อยภายในปาก ลำคอ กระเพาะอาหาร ลำไส้และผิวหนัง รวมถึงภาวะเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ต่อมหมวกไตทำงานไม่เต็มที่ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ซึ่งในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

การวินิจฉัย

แพทย์อาศัยการซักประวัติการไปพื้นที่หรือดำเนินกิจกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อ การตรวจร่างกายและอาการทางคลินิกของผู้ป่วย รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคได้แก่ การย้อมจากสิ่ง

ส่งตรวจเช่นจากผิวหนัง ต่อม้ำเหลืองหรือไขกระดูก การเพาะเชื้อ การตรวจทางพยาธิวิทยาและการตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยารวมถึงการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ

การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคดังกล่าว ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติการติดเชื้อเฉียบพลันที่ปอดสามารถหายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยารักษา ในขณะที่กลุ่มที่ต้องใช้ยารักษาจะใช้อย่างน้อยเป็นหลักได้แก่ amphotericin B และ itraconazole โดยขนาดและระยะเวลาการให้ยาจะขึ้นกับความรุนแรงและลักษณะทางคลินิกของโรค นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการผ่าตัดในกรณีที่มีภาวะอุดตันหรือการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูง และสามารถแพร่กระจายไปยังประชากรกลุ่มต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว โดยในปัจจุบันยังไม่มีสามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อยับยั้งการลุกลามของเชื้อเอชไอวี สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ เป็น ๑๒,๑๑๕, ๙,๓๒๒ และ ๑๑,๐๐๐ ราย ตามลำดับ และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ เป็น ๖,๖๒๘, ๖,๔๘๕ และ ๙,๒๐๐ ราย ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่สูง โดยพบว่าช่องทางการรับและถ่ายทอดเชื้อในผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่พบมากที่สุด ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ซึ่งพบว่า ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ พบร้อยละ ๖๔, ๖๒ และ ๖๘ ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์ในโรงพยาบาลบางกรวย พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ เป็น ๔, ๗ และ ๙ ราย ตามลำดับ และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ เป็น ๑๕, ๗๐ และ ๒๕ ราย ตามลำดับ เมื่อบุคคลมีการติดเชื้อเอชไอวี และเข้าถึงบริการล่าช้าจะทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเอดส์ซึ่งระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะถูกทำลายลงอย่างมาก ทำให้มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตเร็วขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ได้แก่ มีไข้สูงเรื้อรัง มีฝ้าขาวในปาก มีผื่นที่ผิวหนัง เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ เกิดภาวะซีด มีโอกาสเกิดการติดเชื้อซ้ำซ้อน และมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่าย มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุลและขาดสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย รวมไปถึงบุคคลใน ครอบครัวของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและระบบสาธารณสุข พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ มีความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงต้องมีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.๒ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมิน การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล และนัดตรวจติดตามครั้งแรกลหลังจำหน่าย

๔.๓ เป้าหมาย เพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย

๔.๓ สรุปสาระ กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยเป็นชายรักชาย มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ทำให้

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี แต่เนื่องจากผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า ทำให้พัฒนาเป็นผู้ป่วยเอดส์ มีระดับ CD4 ต่ำเท่ากับ ๔ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส คือการติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีไข้สูงเรื้อรัง ซีด เกล็ดเลือดต่ำ เกล็ดเลือดในร่างกายน้อยผิดปกติ ขาดสารอาหาร อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เกิดแผลกดทับที่ก้น และมีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยได้รับเลือด ๘ ยูนิต เกล็ดเลือด ๑ ยูนิต ยาปฏิชีวนะต้านเชื้อราชนิดหยดเข้าเส้นเลือดและชนิดรับประทาน ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ๒๔ วัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง โดยผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณี จนกระทั่งทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ (ตั้งแต่ศึกษารายกรณีที่น่าสนใจ จนถึงเผยแพร่ผลงาน)

๑. ศึกษาปัญหาสำคัญในผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางกรวย และ ทำกรณีศึกษาผู้ป่วย จำนวน ๑ ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยใน

๒. การคัดเลือกผู้ป่วยเคสนี้มาทำกรณีศึกษา เนื่องจากเป็นเคส High risk และ High cost ผู้ป่วยอายุน้อย เพิ่งตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย (Disseminated Histoplasmosis Infection) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ มีผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตสูงจากภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนานถึง ๒๔ วัน ค่ารักษาครั้งนี้นับรวม ๑๑๑,๓๐๐ บาท ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา บุคคลในครอบครัวมีความวิตกกังวลจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น

๓. ติดตาม ศึกษาข้อมูลอย่างต่อเนื่องขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๒๘ ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา จังหวัดนนทบุรี สมาชิกในครอบครัวมี ๔ คน ได้แก่ บิดา มารดา ตัวผู้ป่วย และน้องสาว ความสัมพันธ์ในครอบครัว บิดาและมารดาแยกทางกัน น้องสาวอยู่กับมารดา และผู้ป่วยแยกมาอยู่หอพักกับคู่ผู้ป่วยเป็นชายรักชาย (ฝ่ายรับ) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ยังไม่ได้ทำงาน คู่ชายที่อยู่ด้วยกันเป็นผู้ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ

อาการสำคัญ รับ refer back จากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อกลับมารักษาสืบเนื่องจากมีอาการ มีไข้สูง มีตุ่มแดงที่ใบหน้า แขนขาและลำตัว อ่อนเพลียมาก ไม่มีแรง admit ที่รพ.เอกชนแห่งนี้ ๕ วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

๓ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เบื่ออาหารทานได้น้อย ไม่ค่อยมีแรง น้ำหนักลด ๒๐ กิโลกรัมใน ๓ เดือน มีฝ้าขาวในปาก

๑ เดือนก่อน มีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยลง ทานแต่นมและน้ำ เริ่มมีตุ่มแดงขึ้นบริเวณใบหน้า แขนขา และลำตัว

๕ วันก่อน มีไข้สูง ทานยาลดไข้ ไข้ไม่ลง ปวดศีรษะ มีตุ่มแดงขึ้นที่ใบหน้า แขนขา และ ลำตัว มากขึ้น อ่อนเพลียมากขึ้น เดี๋ยวไม่ไหว มีแผลกดทับที่ก้น ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับการวินิจฉัยเป็น HIV infection, Anemia, Malnutrition, Hyponatremia ผู้ป่วย Admit ที่ รพ.เอกชนแห่งนี้ ๕ วัน ต่อมาประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา จึงขอกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลบางกรวย ตามสิทธิบัตรทอง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่เคยผ่าตัด มีเพียงเคยเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ

ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร ไม่แพ้ยา/ไม่แพ้อาหาร

พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเป็นชายรักชาย เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ฝ่ายรับ) เมื่อประมาณ ๗ ปีก่อน กับคู่ (คนเก่า) โดยบางครั้งไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย ปัจจุบันพักอยู่หอพักกับคู่คนปัจจุบัน (เพิ่งคบหากันประมาณ ๗ เดือน) คู่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นส่วนใหญ่ มีบางครั้งไม่สวมถุงยางอนามัย ผู้ป่วยไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด

อาการ/อาการแสดงแรกเริ่ม ผู้ป่วยมาโดยรถนอน รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ผอม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เดินไม่ไหว มีตุ่มแดงที่ใบหน้าและลำตัว ผิวนวล ชีต มีแผลกดทับที่ก้น เกรด ๒ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑ นิ้ว มีฝ้าขาวในปาก O_2 sat room air = ๙๘ % ประเมินสัญญาณชีพ BT ๔๐.๔ °C, PR ๑๒๔ ครั้งต่อนาที, RR ๒๐ ครั้งต่อนาที, BP ๑๑๓/๖๓ mmHg, น้ำหนัก ๔๐ กิโลกรัม, สูง ๑๗๔ เซนติเมตร

การวินิจฉัยโรค Disseminated Histoplasmosis Infection, AIDS, Severe Anemia, Thrombocytopenia, Hyponatremia, Hypokalemia Hypomagnesemia, Hypoalbuminemia, Bed sore

การตรวจร่างกาย	
การตรวจร่างกายทั่วไป	สิ่งที่ตรวจพบ
ศีรษะ	ลักษณะปกติ ไม่มีบาดแผล
ใบหน้า	มีผื่นแดงเต็มใบหน้า
ตา	เยื่อตาขาวด้านในของเปลือกตาล่าง ของตาทั้ง ๒ ข้างซีด ตามองเห็นชัดเจน ไม่สวมแว่นตา
หู	ลักษณะปกติ ได้ยินชัดเจน
จมูก	ลักษณะปกติ ไม่มีน้ำมูก ไตกลิ่นปกติ
ช่องปาก	มีฝ้าขาวในปากและลิ้น
ลำคอ	คลำพบต่อมน้ำเหลืองโตที่บริเวณไหปลาร้า ๒ ข้าง
หน้าอก	ไม่มีอกบวม มีผื่นแดงที่หน้าอก และลำตัวทั่วไป
แขนขา	มีผื่นแดงที่แขนขาทั้ง ๒ ข้าง อ่อนเพลียไม่มีแรง เดินไม่ไหว

การตรวจร่างกายตามระบบ	
ระบบประสาท	สิ่งที่ตรวจพบ
ระบบการหายใจ	รู้สึกตัวดี ไม่สับสน ถามตอบรู้เรื่อง ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจสม่ำเสมอ ๒๐ ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง Wheezing เล็บไม่เขียว
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของชีพจรเร็ว สม่ำเสมอ แรกเริ่ม ๑๒๐ ครั้งต่อนาที (ขณะมีไข้สูง ๔๐.๓ องศาเซลเซียส)
ระบบทางเดินอาหาร	มีฝ้าขาวในปากและลิ้น คลำไม่พบก้อนที่ท้อง ไม่มีถ่ายดำ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด
ระบบผิวหนัง	มีผื่นแดงขึ้นบริเวณใบหน้า ลำตัว แขนขา ๒ ข้าง มีแผลกดทับที่ก้น เกรด ๒ (ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑ นิ้ว)
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์	อวัยวะเพศลักษณะปกติ ไม่มีแผล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์/การตรวจพิเศษ			
วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๑ ส.ค. ๖๖	Bone marrow in hemoculture	Histoplasma capsulatum	ไม่พบเชื้อ
๒ ส.ค.๖๖	RBC count	๒.๗๓ $10^6/mm^3$	๓.๘๐ - ๕.๓๐ $10^6/mm^3$
	Neutrophil	๙๔.๖ %	๔๒.๐ - ๘๕.๐ %
	Lymphocyte	๕.๒ %	๑๑.๐ - ๔๙.๐ %
	HCT	๒๑.๔ %	๓๖.๐ - ๕๖.๐ %
	Platelet count	๒๗,๐๐๐ cell/mm ^๓	๑๒,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐ cell/mm ^๓
	sodium	๑๓๐.๖ mmol/L	๑๓๕ - ๑๔๘ mmol/L
	Potassium	๔.๖๖ mmol/L	๓.๗ - ๕.๓ mmol/L
	HCO ₃	๒๑.๓ mmol/L	๒๕ - ๓๒
แปลผล มีการติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย มีภาวะชืด มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีภาวะ Hyponatremia จากร่างกายขาดน้ำ รับประทานอาหารได้น้อย ,มีภาวะ Metabolic acidosis			

วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๓ ส.ค.๖๖	RBC count	๒.๔๕ $10^6/mm^3$	๓.๘๐ - ๕.๓๐ $10^6/mm^3$
	Neutrophil	๙๖.๒ %	๔๒.๐ - ๘๕.๐ %
	Lymphocyte	๒.๘ %	๑๑.๐ - ๔๙.๐ %
	HCT	๑๙.๒ %	๓๖.๐ - ๕๖.๐ %
	Platelet count	๒๑,๐๐๐ cell/mm ^๓	๑๒๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐ cell/mm ^๓
	Anti HIV rapid test	reactive	non reactive
แปลผล มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ มีภาวะชืด มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ตรวจพบเชื้อ เอชไอวีในเลือด			

วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๔ ส.ค.๖๖	ANTI HBS	Positive	Negative
	Anti HCV	Negative	Negative
	HBSAG	Negative	Negative
	VDRL	Negative	Negative
	SGOT	๑๖๑ U/L	< ๓๕ U/L
	SGPT	๖๓ U/L	๔๑ U/L
	Triglyceride	๒๔๖ mg/dl	< ๒๐๐ mg/dl
	% CD๔	๑ %	๒๔.๑๐ - ๕๐.๗๐ %
	Absolute CD๔	๔ cell/uL	๔๗๐ - ๑,๔๐๔ cell/uL

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์/การตรวจพิเศษ			
วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๔ ส.ค.๖๖	Chest x-ray	with normal limit no cardiomegaly	with normal limit no cardiomegaly
แปลผล ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี ตรวจไม่พบเชื้อซิฟิลิส ค่าตับสูง บ่งบอกถึงมีภาวะตับอักเสบ จากการติดเชื้อ มีภาวะไขมันในเลือดสูง ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายจากเชื้อเอชไอวี ทำให้เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ต่อสู้ป้องกันเชื้อโรคต่าง ๆ ลดลง			

วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๖ ส.ค.๖๖	Calcium	๘.๒ mg/dl	๘.๖ - ๑๐.๓ mg/dl
	Magnesium	๑.๖ mg/dl	๑.๘ - ๒.๖ mg/dl
	Sodium	๑๓๓.๔ mmol/L	๑๓๕ - ๑๔๘ mmol/L
	HCO ₃	๒๑.๑ mmol/L	๒๕ - ๓๒ mmol/L
แปลผล มีภาวะแคลเซียมต่ำ, แมกนีเซียมต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้ มีภาวะ Hyponatremia และภาวะ Metabolic acidosis เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ขาดน้ำ			
วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๗ ส.ค.๖๖	Ultrasound upper abdomen	Splenomegaly (๑๔.๗ cm length)	๑๑ cm length
	SGOT	๑๓๑ U/L	< ๓๕ U/L
	SGPT	๑๐๑ U/L	๔๑ U/L
	Alk.Phosphatase	๑๖๙ U/L	๔๐-๑๓๐
แปลผล พบมีม้ามโต เนื่องจากร่างกายได้รับสิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคทำให้ม้าม ต้องทำการกำจัดเชื้อโรค หรือจุลินทรีย์ทำให้ม้ามมีขนาดใหญ่กว่าปกติ ค่าตับสูง บ่งบอกถึงภาวะตับอักเสบเนื่องจากการติดเชื้อ			

วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๙ ส.ค.๒๕๖๖	Chest X-ray	with normal limit no cardiomegaly	with normal limit no cardiomegaly
	Hemoculture ๒ specimen	no growth in ๒ days	no growth
	Urine culture	Normal flora	no growth
	Sputum culture	Normal flora	Normal flora
	Calcium	๗.๙ mg/dL	๘.๖ - ๑๐.๓ mg/dL
	Magnesium	๑.๔ mg/dl	๑.๘ - ๒.๖ mg/dl
	Sodium	๑๓๓.๔ mmol/L	๑๓๕ - ๑๔๘ mmol/L
	Albumin	๒.๔ gm/dL	๖.๖ - ๘.๘ gm/dL
	SGOT	๑๑๙ U/L	< ๓๕ U/L

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์/การตรวจพิเศษ			
วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
	SGPT	๑๑๐ U/L	๔๑ U/L
	ALK Phosphatase	๑๘๕ U/L	๔๐ - ๑๓๐ U/L
	RBC count	๓.๖๕ $10^3/mm^3$	๓.๘๐ - ๕.๓๐ $10^3/mm^3$
	WBC	๓.๘๐ K/uL	๔.๐ - ๙.๐ K/uL
	neutrophil	๙๒.๘ %	๔๒.๐ - ๘๕.๐ %
	Lymphocyte	๕.๘ %	๑๑.๐ - ๔๙.๐ %
	HCT	๒๙.๕ %	๓๖.๖ - ๕๖.๐ %
	Platelet count	๒๘,๐๐๐ cell/mm ^๓	๑๒๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐ cell/mm ^๓
<u>แปลผล</u> ปอดมีขนาดปกติ ไม่มีหัวใจโต ไม่พบการติดเชื้อจากการเพาะเชื้อจากเลือด ไม่พบการติดเชื้อจากการเพาะเชื้อจากปัสสาวะ ไม่พบการติดเชื้อจากการเพาะเชื้อจากเสมหะ ค่าแคลเซียมต่ำ, แมกนีเซียมต่ำ, โซเดียมต่ำเนื่องจากรับประทาน อาหารได้น้อย มีภาวะ Albumin ต่ำ เนื่องจากขาดสารอาหาร รับประทาน อาหารได้น้อย มีค่าตับสูง จากมีภาวะตับอักเสบจากการติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะซีด มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ			
วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๑๐ ส.ค.๖๖	Magnesium	๑.๗ mg/dl	๑.๘-๒.๖ mg/dl
<u>แปลผล</u> มีภาวะแมกนีเซียมต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย และเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยา Amphotericin B			

วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๑๓ ส.ค.๖๖	RBC count	๓.๑๕ $10^3/mm^3$	๓.๘๐ - ๕.๓๐ $10^3/mm^3$
	WBC count	๓.๗๙ K/uL	๔.๐ - ๙.๐ K/uL
	neutrophil	๙๒.๐ %	๔๒.๐ - ๘๕.๐ %
	lymphocyte	๔.๙ %	๑๑.๐ - ๔๙.๐ %
	Platelet count	๕๐,๐๐๐ cell/mm ^๓	๑๒๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐ cell/mm ^๓
<u>แปลผล</u> มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะซีด มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ			

วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๑๔ ส.ค.๖๖	Potassium	๓.๒๐ mmol/L	๓.๗ - ๕.๓ mmol/L
	Magnesium	๑.๖ mg/dl	๑.๘ - ๒.๖ mg/dl
<u>แปลผล</u> มีภาวะเกลือโปแตสเซียมต่ำ,แมกนีเซียมต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย และเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยา Amphotericin B			

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์/การตรวจพิเศษ			
วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๑๘ ส.ค.๖๖	RBC count	๓.๑๐ $10^6/mm^3$	๓.๘๐ - ๕.๓๐ $10^6/mm^3$
	WBC	๒.๖๑ K/uL	๔.๐ - ๙.๐ K/uL
	neutrophil	๘๖.๗ %	๕๒.๐ - ๘๕.๐ %
	lymphocyte	๖.๓ %	๑๑.๐ - ๔๙.๐ %
	HCT	๒๔.๗ %	๓๖.๐ - ๕๖.๐ %
	Platelet count	๙๗,๐๐๐ cell/mm ^๓	๑๒๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐ cell/mm ^๓
	Potassium	๓.๔๗ mmol/L	๓.๗-๕.๓ mmol/L
แปลผล มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะซีด มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ไปแต่สซีมต่ำ เป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยา Amphotericin B			

วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๒๑ ส.ค.๖๖	Magnesium	๑.๖ mg/dl	๑.๘ - ๒.๖ mg/dl
แปลผล แมกนีเซียมต่ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย และเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยา Amphotericin B			

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอกซเรย์/การตรวจพิเศษ			
วัน เดือน ปี	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
๒๓ ส.ค.๖๖	Sodium	๑๓๓.๒ mmol/L	๑๓๕ - ๑๔๘ mmol/L
	WBC	๓.๔๔ K/uL	๔.๐ - ๙.๐ K/uL
	neutrophil	๘๔.๒ %	๕๒.๐ - ๘๕.๐ %
	lymphocyte	๘.๐ %	๑๑.๐ - ๔๙.๐ %
	HCT	๓๑.๔ %	๓๖.๐ - ๕๖.๐ %
	Platelet count	๑๐๔,๐๐๐ cell/mm ^๓	๑๒๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐ cell/mm ^๓
แปลผล ภาวะเกล็ดเลือดต่ำมีค่าเพิ่มขึ้นจากเดิม เนื่องจากรับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีถ่ายเหลว ระดับเม็ดเลือดขาวในร่างกายมีค่าเพิ่มขึ้นจากเดิม เนื่องจากได้รับยาฆ่าเชื้อชนิดฉีดครบ dose แล้ว ๑๔ วัน ภาวะซีด อยู่ในระดับดีขึ้น เนื่องจากรับประทานอาหารได้มากขึ้น และได้ LPRC ไปแล้วรวมทั้งสิ้น ๘ unit เกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นจากเดิม เนื่องจากได้รับ LPPC ไปแล้ว ๑ unit และ ภาวะการติดเชื้อดีขึ้น จากการได้รับ ATB ที่ครอบคลุมการติดเชื้อในร่างกาย			

แผนการรักษาของแพทย์			
วัน เดือน ปี	แผนการรักษาของแพทย์	ระยะเวลาที่ได้รับ	รวม
๒ ส.ค.๖๖	อาหารปกติ (เพิ่มไข่ขาว ๒ ฟองต่อมื้อ) งดอาหารสีดำแดง	๒-๒๖ ส.ค.๖๖	๒๕ วัน
	Ceftriaxone ๒ gms v OD	๒-๘ ส.ค.๖๖	๗ วัน
	Bactrim (๘๐/๔๐๐) ๒ x๑ ๐ pc	๒-๒๖ ส.ค.๖๖	๒๕ วัน
	Fluconazole (๒๐๐) ๓x๒ ๐ pc	๒-๙ ส.ค.๖๖	๗ วัน
	Folic ๑x๑ ๐ pc	๒-๒๖ ส.ค.๖๖	๒๕ วัน
	Para (๕๐๐) ๑x ๐ prn q ๖ hr		
	Gentamycin cream ทาตุ่มอักเสบที่หน้า	๒-๒๖ ส.ค.๖๖	๒๕ วัน
	Bleeding Precaution		
	LPRC ๒ unit		
	LPPC ๑ unit		
	๐.๙%NSS ๘๐ ml/hr		
๓ ส.ค.๖๖	๐.๙%NSS ๘๐ ml/hr		
๔ ส.ค.๖๖	LPRC ๑ unit		
	๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml v drip ๘๐ ml/hr		
๖ ส.ค.๖๖	๑๐% Calcium gluconate ๑๐ ml v slowly push	๖ ส.ค.๖๖	๑ วัน
	๕๐% MgSO _๔ ๔ gms + NSS ๑๐๐ ml drip in ๔ hr x ๓ วัน	๖-๘ ส.ค.๖๖	๓ วัน
	Loratadine (๑๐) ๑x๑ ๐ hs	๖-๘ ส.ค.๖๖	๓ วัน
	๕% D/N/๒ ๑,๐๐๐ ml v drip ๘๐ ml/hr		
๗ ส.ค.๖๖	๕% D/N/๒ ๑,๐๐๐ ml v drip ๘๐ ml/hr		
๘ ส.ค.๖๖	Off IVF on nss lock		
	LPRC ๒ unit		
	Observe Dyspnea		
	Cetirizine (๑๐) ๑x๑ ๐ pc	๘-๑๐ ส.ค.๖๖	๓ วัน
๙ ส.ค.๖๖	๕๐ % MgSO _๔ ๔ gms+NSS ๑๐๐ ml v drip in ๔ hr x ๒ วัน	๙-๑๐ ส.ค.๖๖	๒ วัน
	๕๐ % MgSO _๔ ๒ gms+NSS ๕๐ ml v drip in ๒ hr x ๑ วัน	๑๑ ส.ค.๖๖	๑ วัน
	Meropenam ๑ gm v drip ทุก ๘ hr	๙-๒๓ ส.ค.๖๖	๑๔ วัน

แผนการรักษาของแพทย์			
วัน เดือน ปี	แผนการรักษาของแพทย์	ระยะเวลาที่ได้รับ	รวม
	Amphotericin B (๓๕ gms) + ๕% D/W ๕๐๐ ml v drip ใน ๔ hr OD	๙-๒๒ ส.ค.๖๖	๑๔ วัน
	CPM ๑๐ mgs v ก่อนให้ Amphotericin B	๙-๒๔ ส.ค.๖๖	๑๔ วัน
	๐.๙% NSS ๕๐๐ ml v drip ใน ๒ hr ก่อนให้ Amphotericin B	๙-๒๔ ส.ค.๖๖	๑๔ วัน
๑๐ ส.ค.๖๖	LPRC ๑ unit		
	Off Cetirizine		
	Fexofenadine (๑๘๐) ๑x๑ o pc	๑๐-๒๖ ส.ค.๖๖	๑๗ วัน
๑๔ ส.ค.๖๖	๕๐% Mgso _๔ ๔ gms + ๕% D/W ๑๐๐ml v drip in ๔ hr x๓ วัน	๑๔-๑๖ ส.ค.๖๖	๓ วัน
๑๗ ส.ค.๖๖	Lorazepam (๐.๕) ๑x๐ hs	๑๗-๒๖ ส.ค.๖๖	๑๐ วัน
๑๘ ส.ค.๖๖	KCL Elixer ๓๐ ml o ทุก ๓ hr x ๒ dose		
	๕๐% MgSO _๔ ๔ gms + NSS ๑๐๐ ml v drip in ๔ hr x ๑ วัน	๑๘ ส.ค.๖๖	๑ วัน
	๕๐% MgSO _๔ ๒ gms + NSS ๑๐๐ ml v drip in ๒ hr x ๒ วัน	๑๙-๒๐ ส.ค. ๖๖	๒ วัน
	LPRC ๒ unit		
๒๑ ส.ค.๖๖	๕๐% MgSO _๔ ๔ gms + NSS ๑๐๐ ml v drip in ๔ hr x ๑ วัน	๒๑ ส.ค.๖๖	๑ วัน
	๕๐% MgSO _๔ ๒ gms + NSS ๑๐๐ ml v drip in ๒ hr x ๒ วัน	๒๒-๒๓ ส.ค. ๖๖	๒ วัน
๒๓ ส.ค.๖๖	Itraconazole (๑๐๐ mgs) ๔ x ๑ o pc x ๑๒ สัปดาห์	๒๓-๒๖ ส.ค. ๖๖	๔ วัน
	TLD (Tenofovir disoproxil fumarate /Lamivudine / Dolutegravir) (๓๐๐/๓๐๐/๕๐) ๑ x ๑ o at ๒๐.๐๐ น.	๒๓-๒๕ ส.ค. ๖๖	๓ วัน
๒๔ ส.ค.๖๖	๕๐% MgSO _๔ ๒ gms + NSS ๑๐๐ ml v drip in ๒ hr		๑ วัน
๒๖ ส.ค.๖๖	TLD (๓๐๐/๓๐๐/๕๐) ๑x๑ o at ๒๐.๐๐ น.	๓ สัปดาห์ (จนถึงวันนัด)	
(จำหน่าย)	Itraconazole (๑๐๐ mgs) ๔x๑ o pc เข้า	๓ สัปดาห์ (จนถึงวันนัด)	
	Fexofenadine (๑๘๐) ๑x๐ hs /๒๐		
	Para (๕๐๐) ๑ x ๐ prn q ๖ hr /๒๐		
	Bactrim (๘๐/๔๐๐) ๒x๑ o pc เข้า	๓ สัปดาห์ (จนถึงวันนัด)	
	Folic acid ๑x๑ o pc เข้า	๓ สัปดาห์ (จนถึงวันนัด)	

จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๖ และนัด Follow up ๓ สัปดาห์ วันที่ ๑๘ ก.ย. ๖๖ + เจาะเลือด CBC, BUN, Cr, E lyte , LFT, Mg, Alb ก่อนพบแพทย์

เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกับแนวคิดทฤษฎีที่ศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย	แนวคิดทฤษฎีที่ศึกษา
<u>ประวัติการเจ็บป่วย</u> ๓ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เบื่ออาหารทานได้น้อย ไม่ค่อยมีแรง น้ำหนักลด ๒๐ กิโลกรัมใน ๓ เดือน มีฝ้าขาวในปาก ๑ เดือนก่อน มีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น รับประทานอาหารไม่ได้เลย ทานแต่นมและน้ำ เริ่มมีตุ่มแดงขึ้นบริเวณใบหน้า แขนขา และลำตัว ๕ วันก่อน มีไข้สูง ทานยาลดไข้ ไข้ไม่ลง มีตุ่มแดงขึ้นที่ใบหน้า แขนขา ลำตัว มากขึ้น อ่อนเพลียมากขึ้น เดินไม่ไหว มีแผลกดทับระดับ ๒ ที่ก้นขนาดประมาณ ๑ นิ้ว ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับการวินิจฉัย HIV infection ,Anemia Malnutrition Hyponatremia ผู้ป่วย Admit ที่รพ.เอกชนแห่งนี้ ๕ วัน <u>อาการ/อาการแสดงแรกพบ</u> ผู้ป่วยมาโดยรถนอน รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ผอมซีด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เดินไม่ไหว มีตุ่มแดงที่ใบหน้าและลำตัว ผิวขาว ซีด มีแผลกดทับที่ก้นเกรด ๒ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑ นิ้ว มีฝ้าขาวในปาก O₂ sat room air = ๙๘% ประเมินสัญญาณชีพ BT ๔๐.๔°C, PR ๑๒๔ ครั้งต่อนาที, RR ๒๐ ครั้งต่อนาที, BP ๑๑๓/๖๓ mmHg น้ำหนัก ๔๐ กิโลกรัม, สูง ๑๗๔ เซนติเมตร <u>พฤติกรรม</u> ชายรักชาย (ฝ่ายรับ) และไม่ป้องกัน เริ่มมีเพศสัมพันธ์ ๗ ปีก่อน-ปัจจุบัน - Anti HIV - rapid test (๓ ส.ค. ๖๖) = reactive CD๔ (๔ ส.ค. ๖๖) - % CD๔ ต่ำมาก = ๑ % (ค่าปกติ ๒๔.๑๐ - ๕๐.๗๐) (ค่าปกติ ๒๔.๑๐ - ๕๐.๗๐) - Absoute CD๔ ต่ำมาก = ๔ cell/uL (ค่าปกติ ๔๗๐ - ๑,๔๐๔ cell/uL)	ผู้ป่วยมีอาการของผู้ติดเชื้อ HIV ในระยะที่ ๓ คือ ระยะเอดส์เต็มขั้นหรือระยะโรคเอดส์ (Progression to AIDS) เป็นระยะที่การติดเชื้อ HIV ได้พัฒนากลายเป็นโรคเอดส์โดยสมบูรณ์ ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะมีระดับ CD๔ ในร่างกายน้อยกว่า ๒๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงอย่างมากจนนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) จะปรากฏสัญญาณและอาการของโรคเอดส์ โดยส่วนมากอาการคือการเกิดขึ้นของโรคแทรกซ้อนหรือโรคฉวยโอกาสอื่น ๆ หลาย ๆ โรค รุมเร้าพร้อม ๆ กัน อันเนื่องมาจากระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลาย ทำให้เชื้อโรคอื่น ๆ เช่น เชื้อรา เชื้อไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว เข้าสู่ร่างกายได้โดยง่าย ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อน และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ยากต่อการรักษา ได้แก่ ไข้เรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีผื่นตามตัว ผิวซีด จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ แขนขาอ่อนแรง และอาจหมดสติ โรคเอดส์และเชื้อ HIV สามารถติดต่อจากคนสู่คน ผ่านการสัมผัสกับสารคัดหลั่งในร่างกาย ได้แก่ เลือด น้ำอสุจิ น้ำเหลือง สารหล่อลื่นตามธรรมชาติในช่องคลอด อวัยวะเพศชายหรือทวารหนัก และน้ำนมแม่ โรคเอดส์และเชื้อ HIV สามารถติดต่อกันผ่านพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย โดยมีการสอดใส่ระหว่างอวัยวะเพศชาย-หญิง ทางทวารหนักระหว่างชาย-ชาย หรือระหว่างหญิง-หญิงที่มีการสัมผัสกับสารหล่อลื่นในช่องคลอด ทั้งนี้การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกเกินกว่าร้อยละ ๘๐

เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกับแนวคิดทฤษฎีที่ศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย	แนวคิดทฤษฎีที่ศึกษา
- Bone marrow in hemoculture (๑ ส.ค. ๖๖) พบ Histoplasma capsulatum - Ultrasound of upper abdomen (๗ ส.ค. ๖๖) พบ Splenomegaly (๑๔.๗ cms) - ผู้ป่วยพักอยู่หอพักแห่งหนึ่ง <u>ที่พักอาศัยมีนกบินมาเกาะบริเวณระเบียงบ่อย ๆ และพบมูลนกในบริเวณนั้น</u> - <u>RBC count</u> ต่ำ (๒ - ๑๘ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๒.๔๕ - ๓.๑๐ 10^{12} U/L - <u>WBC</u> ต่ำ (๗ - ๒๓ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๒.๔๔ - ๓.๔๔ K/uL - <u>Neutrophil</u> สูง (๒ - ๒๓ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๙๔.๖ - ๘๔.๒ % - <u>Lymphocyte</u> ต่ำ (๒ - ๒๓ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๒.๘ - ๘.๐ % - <u>HCT</u> ต่ำ (๒ - ๒๓ ส.ค. ๖๖) ๑๙.๒ - ๓๑.๔ % - <u>Platelet count</u> ต่ำ (๒ - ๒๓ ส.ค. ๖๖) ๒๑,๐๐๐ - ๑๐๔,๐๐๐ /ml - <u>Na</u> ต่ำ (๓ - ๒๓ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๑๓๐.๖ - ๑๓๓.๔ mmol/L - <u>Potassium</u> ต่ำ (๑๔ - ๑๘ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๓.๒๐ - ๓.๔๗ mmol/L - <u>HCO₃</u> ต่ำ (๒ - ๖ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๒๑.๑ - ๒๑.๓ mmol/L - <u>Calcium</u> ต่ำ (๖ - ๙ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๘.๒ - ๙.๙ - <u>Magnesium</u> ต่ำ (๖ - ๒๑ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๑.๔ - ๑.๗ mg/dl	โรคฮิสโตพลาสโมซิส (Histoplasmosis) มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อราชนิดหนึ่งที่เรียกว่า Histoplasma capsulatum โดยเชื้อราชนิดนี้พบได้ทั่วไปในสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งบนพื้นดินที่ปนเปื้อนมูลนกและค้างคาวในบริเวณโพรงต้นไม้ ใต้ต้นไม้ใหญ่โรคนี้พบการติดเชื้อได้ทั้งในคนปกติและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภายหลังการสูดดมเอาสปอร์ของเชื้อเข้าไป เชื้อจะมีระยะฟักตัวประมาณ ๓ - ๑๗ วัน ผู้ที่ได้รับเชื้อส่วนใหญ่ที่มักไม่แสดงอาการป่วย แต่ในบางราย (ประมาณร้อยละ ๑) มักแสดงอาการและอาการต่าง ๆ สามารถหายได้เองภายใน ๒ - ๓ สัปดาห์หรือ ๑ เดือน ผู้ป่วยอาจมีการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อที่ผิวหนังหรือการติดเชื้อแบบแพร่กระจาย (disseminated histoplasmosis) ความรุนแรงของโรคขึ้นกับปริมาณของเชื้อที่ได้รับ และระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย อาการที่พบบ่อยได้แก่ มีไข้ ปวดศีรษะ ไอแห้ง อ่อนเพลีย หนาวสั่น เจ็บหน้าอก <u>ปอดเมื่อยกล้ามเนื้อ</u> ในผู้ป่วยบางรายอาจมีผื่นหรือปวดข้อ นอกจากนี้ในผู้ที่มีภาวะโรคปอดอยู่แล้วเช่นโรคถุงลมโป่งพองอาจมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเรื้อรังรวมถึงอาการรุนแรงได้ ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเรื้อรังจะมีการไอเป็นเลือด น้ำหนักลด ซึ่งอาการส่วนใหญ่จะคล้ายกับการติดเชื้อวัณโรคปอด นอกจากนี้ในผู้ที่รับเชื้อปริมาณมากหรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอาจมีอาการรุนแรงได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการติดเชื้อแบบเรื้อรังที่ปอดจะพบอาการปอดอักเสบติดเชื้อรุนแรงที่นำไปสู่กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน หรือ Acute respiratory distress syndrome (ARDS) รวมถึงมีความเสี่ยงที่จะมีการแพร่ของเชื้อจากปอดไปยังอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย (disseminated histoplasmosis) เช่น

เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกับแนวคิดทฤษฎีที่ศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย	แนวคิดทฤษฎีที่ศึกษา
- <u>Albumin ต่ำ</u> (๔ - ๑๘ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๑.๙ - ๒.๒ gm/dL - <u>SGOT สูง</u> (๔ - ๑๘ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๕๑ - ๑๖๐ U/L - <u>SGPT สูง</u> (๔ - ๑๘ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๖๓ - ๑๑๐ U/L - <u>Alkaline phosphatase สูง</u> (๗ - ๙ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๑๖๙ - ๑๘๕ U/L	สมองหรือไขสันหลัง โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการ <u>ไข้เรื้อรัง น้ำหนักลด ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลืองโต</u> นอกจากนี้อาจพบแผลเปื่อยภายในปาก ลำคอ กระเพาะอาหาร ลำไส้และผิวหนัง <u>รวมถึง ภาวะเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ</u> นอกจากนี้อาจพบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ต่อมหมวกไตทำงานไม่เต็มที่ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ซึ่งในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ ๓ และมีการติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย ทำให้มีอาการไข้สูงเรื้อรัง อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง มีฝ้าขาวในปาก มีอาการท้องเสีย รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ความวิตกกังวลในโรคที่เป็น มีความท้อแท้ หดหู่ ซึมเศร้า ทำให้เกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล - ค่าเอนไซม์ตับที่สูงขึ้น มักเกิดจากตับเกิดการอักเสบ หรือเกิดความเสียหายต่อเซลล์ในตับ ทำให้เซลล์ตับที่อักเสบหรือได้รับบาดเจ็บรั่วไหลออกมา รวมทั้งเอนไซม์ตับ รั่วไหลเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ค่าเอนไซม์ตับในเลือดที่ได้สูงกว่าปกติ ซึ่งพบได้จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะไขมันพอกตับ การติดเชื้อไวรัส ยา/สมุนไพร การได้รับสารพิษ การเป็นโรคต่าง ๆ เป็นต้น

ข้อมูลผู้ป่วย (ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล)	แนวคิดทฤษฎีที่ศึกษา
๑. มีไข้สูงเรื้อรัง เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันบกพร่องร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย ๒. มีภาวะขาดสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ๓. มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันบกพร่องร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย ๔. มีแผลกดทับที่ก้น เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียมาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการ

ข้อมูลผู้ป่วย (ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล)	แนวคิดทฤษฎีที่ศึกษา
๕. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาต้านเชื้อรา (Amphotericin B) ๖. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะช็อค ๗. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ๘. ผู้ป่วยมีภาวะเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ เนื่องจากกลัวการถูกทอดทิ้ง และยังไม่พร้อมที่จะบอกครอบครัว ๙. ผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการปฏิบัติตน เกี่ยวกับโรคที่เป็นและมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อ ๑๐. ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเริ่มรับประทานต้านไวรัส และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน	แก่ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑. มีไข้สูงเรื้อรัง เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันบกพร่องร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. มีไข้สูง T ๓๘.๐ - ๔๐.๓ °C (ในช่วงวันที่ ๒ - ๒๒ ส.ค. ๖๖)
๒. ผลการเจาะ bone marrow เมื่อ ๑ ส.ค. ๖๖ พบเชื้อรา Histoplasma capsulatum
๓. ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี Anti-HIV rapid test = re-active
๔. ภูมิคุ้มกันถูกทำลาย % CD4 = ๑%, Absolute CD4 = ๔ cell/uL

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกาย
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัว พักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไข้ลดลงหลังจากให้กิจกรรมการพยาบาลลดไข้ ๓๐ นาที T < ๓๗.๕ °C
๒. ผู้ป่วยบอกสบายตัวขึ้น พักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำญาติในการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้องวิธี
๒. กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ
๓. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์
๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก โดยเปิดพัดลมหรือเปิดแอร์ เพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกาย
๕. ไม่ใส่เสื้อผ้าที่หนา หรือห่มผ้าหนา ๆ แก่ผู้ป่วย
๖. ดูแลให้ยาลดไข้ ตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ประเมินอุณหภูมิซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้เสร็จ 30 นาที
8. วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง
9. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไข้ เช่นอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หนาวสั่น และ ซึมลง

ประเมินผลการพยาบาล

1. อุณหภูมิของร่างกายลดลงหลังจากปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล T อยู่ในช่วง 36.2 - 37.5 °C
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้โดยบอกว่ารู้สึกสบายตัวขึ้น

๒. มีภาวะขาดสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย
๒. มีถ่ายเหลวเป็นน้ำ วันละ ๓ - ๔ ครั้ง ต่อวัน ในวันที่ ๓ - ๔ ส.ค. ๖๖
๓. ในช่องปากและลิ้นเป็นฝ้าขาว
๔. อ่อนเพลียมาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง
๕. น้ำหนักลด ๒๐ กิโลกรัมใน ๓ เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล
๖. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า
 Albumin = ๒.๔ gm/dL (๙ ส.ค. ๖๖)
 Sodium ต่ำ (๓ - ๒๓ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๑๓๐.๖ - ๑๓๓.๔ mmol/L
 Potassium ต่ำ (๑๔ - ๑๘ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๓.๒๐ - ๓.๔๗ mmol/L
 HCO₃ ต่ำ (๒ - ๖ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๒๑.๑ - ๒๑.๓ mmol/L
 Calcium ต่ำ (๖ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๗.๙ mg/dl
 Magnesium ต่ำ (๖ - ๒๑ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๑.๔ - ๑.๗ mg/dl

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ร่างกายกลับมามีภาวะความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

๑. Albumin เพิ่มขึ้นอยู่ในค่าปกติ หรือใกล้เคียงกับค่าปกติ (ค่าปกติ ๖.๖ - ๘.๘ gm/dL)
๒. ผู้ป่วยมีผล Electrolyte เพิ่มขึ้นอยู่ในค่าปกติ หรือใกล้เคียงกับค่าปกติ ได้แก่ Sodium (ค่าปกติ ๑๓๕ - ๑๔๘ mmol/L), Potassium (ค่าปกติ ๓.๗ - ๕.๓ mmol/L), HCO₃ (ค่าปกติ ๒๕ - ๓๒ mmol/L), Calcium (ค่าปกติ ๘.๖ - ๑๐.๓ mg/dl), Magnesium (ค่าปกติ ๑.๘ - ๒.๖ mg/dl)
๓. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง
๔. ไม่มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน
๕. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลจัดอาหารปกติและเพิ่มไข่ขาวมีโอละ ๒ ฟอง ตามแผนการรักษาของแพทย์

๒. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ๐.๙% NSS V drip, KCL กิน, ๕๐% Mgso_๔ v drip, ๑๐% Calcium gluconate ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดย
 - บริหารยา ๕๐% Mgso_๔ v drip ให้ถูกต้อง โดยผสมใน NSS Drip ใน ๒ หรือ ๔ ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยใช้เครื่อง infusion pump บันทึก RR, HR, BP ติดตาม ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้งขณะให้ยา หลังจากนั้น ทุก ๑ ชั่วโมง นาน ๔ ชั่วโมง กรณี BP < ๙๐/๖๐ mmHg หรือ > ๑๖๐/๑๑๐ mmHg, RR < ๑๔ bpm, HR < ๖๐ bpm หรือ > ๑๒๐ bpm, Urine output < ๓๐ ml/hr รายงานแพทย์ observe ภาวะช็อกเกร็งจากการได้รับยา
 - บริหารยา ๑๐% Calcium gluconate ๑๐ ml v slowly push ให้ถูกต้อง โดยให้ช้า ๆ มากกว่า ๕ นาที ติดตาม HR, BP ทุก ๑๕ นาที x ๔ ครั้ง และหลังจากนั้น ทุก ๔ ชั่วโมง กรณี HR < ๖๐ bpm, BP < ๙๐/๖๐ mmHg รายงานแพทย์
๓. สังเกต IV site ถ้าพบมีรอยแดง บวม อักเสบ ให้เปลี่ยนเส้น และรายงานงานแพทย์ทันที
๔. Record I/O
๕. ประเมินการรับประทานอาหารและบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร
๖. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยรับประทานทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงของหมักดองและอาหารรสจัด
๗. แนะนำและกระตุ้นให้ดื่มน้ำ ๒- ๓ ลิตรต่อวัน
๘. ติดตามผลการตรวจทางห้อง Lab รายงานแพทย์ทราบกรณีเกลือแร่ ผิดปกติ
๙. ประเมินอาการและการแสดงของภาวะ Electrolyte imbalance เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน
๒. ผลเลือด Electrolyte มีค่าเพิ่มขึ้นหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ ผล lab วันที่ ๒๓ ส.ค.๖๖ Sodium ๑๓๓.๒ mmol/L, Potassium ๔.๕๘ mmol/L, HCO_๓ ๒๗.๖ mmol/L, Magnesium ๑.๙ mg/dl ส่วน Calcium ตรวจซ้ำเมื่อ ๙ ต.ค. ๖๖ = ๗.๙ mg/dl
๓. ปัสสาวะออกดี ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ ซีซีต่อวัน
๔. ผู้ป่วยไม่มีอาการสับสน อาการอ่อนแรงดีขึ้น ไม่มีอาการชักเกร็ง เริ่มช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น สามารถลุกเดินได้เอง
๕. วันจำหน่ายผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ๑ กิโลกรัม หลังจากนอน รพ. นาน ๒๔ วัน
๓. มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันบกพร่องร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีตุ่มแดงเต็มใบหน้า ลำตัว และแขนขา
๒. มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้เกิดการติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย ,%CD_๔ = ๑%
Absolute CD_๔ = ๔ cell/uL

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ตุ่มบริเวณใบหน้า ลำตัว แขนขา ยุบลง จนกระทั่งหาย
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ตุ่มแดงบริเวณใบหน้า ลำตัว แขนขา ยุบลง
๒. จากการสังเกต และสัมภาษณ์ ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและ สภาพผิวหนัง
๒. แนะนำการทำความสะอาด อาบน้ำด้วยอุณหภูมิปกติ วันละ ๒ ครั้ง ซับตัวด้วยผ้าสะอาดให้แห้ง
๓. ดูแลจัดเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย ไม่หนาเกินไป
๔. ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้โล่ง โปร่ง ไม่อับ
๕. ดูแลเปลี่ยนผ้าปูเตียง ปลอกหมอน ผ้าขางเตียง ผ้าห่ม ให้สะอาดอยู่เสมอ
๖. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการ แคะ เกา ตุ่มแผล และดูแลบาดแผลให้สะอาด
๗. แนะนำการรับประทานยา และยาทาผิวหนัง ตามแผนการรักษาของแพทย์
๘. แนะนำรับประทานอาหารกลุ่มโปรตีนสูง ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ตุ่มแดงบริเวณใบหน้า ลำตัว แขนขา ยุบลง ไม่มีตุ่มแดงใหม่เพิ่มขึ้น ไม่มีแผลถลอกจากการแคะเกา
๒. หลังจากให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความกังวลลง ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกดีขึ้น
๔. ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ก้น เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียมาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ประวัติผู้ป่วยเริ่มเบื่ออาหาร ทานได้น้อยก่อนมาโรงพยาบาล ๓ เดือน
๒. ผู้ป่วยเริ่มเดินไม่ไหว ช่วยเหลือตนเองได้น้อย น้ำหนักลด ๒๐ กิโลกรัม ใน ๓ เดือน
๓. จากการตรวจร่างกายพบมีแผลกดทับที่ก้นเกรด ๒ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑ นิ้ว

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้แผลกดทับหาย และไม่มีแผลกดทับใหม่เพิ่มขึ้น
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. แผลกดทับเดิมดีขึ้น และไม่เกิดแผลกดทับใหม่เพิ่มขึ้น
๒. ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตนได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
๒. ดูแลทำแผลกดทับวันละ ๑ ครั้ง
๓. ดูแลทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ทาโลชั่นเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น
๔. ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปียกชื้น แนะนำให้ผู้ป่วยปัสสาวะในกระบอกปัสสาวะ และหมอนอน แทนการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ในกรณีที่ยังลุกเดินไม่ไหว
๕. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง โดยให้ญาติมีส่วนร่วมช่วยผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่า
๖. ดูแลใช้หมอนข้างช่วยในการพลิกตะแคงตัว
๗. ดูแลจัดอาหารเพิ่มโปรตีน โดยจัดอาหารปกติและเพิ่มไข่ขาว ๒ ฟองต่อมื้อ

๘. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการเกิดแผลกดทับ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
๙. ประเมินการหายของแผลกดทับและการเกิดแผลกดทับใหม่

ประเมินผลการพยาบาล

๑. แผลกดทับดีขึ้น แผลแดงดี ไม่มีหนอง ไม่มีเนื่อตาย
๒. ไม่มีแผลกดทับใหม่เกิดขึ้น
๓. จากการสอบถามผู้ป่วยและญาติ มีความเข้าใจและปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๕. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยผอม ซีด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย
๒. ผลเลือด CBC
 - RBC count ต่ำ (๒ - ๒๓ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๒.๔๕ - ๓.๖๕ $10^{12}/mm^3$ (ค่าปกติ ๓.๘ - ๕.๓๐ $10^{12}/uL$)
 - HCT ต่ำ (๒ - ๒๓ ส.ค. ๖๖) อยู่ในช่วง ๑๙.๒ - ๓๑.๔ % (ค่าปกติ ๓๖.๐ - ๕๖.๐ %)
๓. เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย มา ๓ เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล
๔. ผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้มีการติดเชื้อฉวยโอกาส คือ เชื้อรา Histoplasma capsulatum ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงลดลงทำให้เกิดภาวะซีด

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
๒. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ได้แก่ ให้เลือดผิดกรุป หรือผิดคน

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในร่างกาย $\geq 95\%$
๒. ผลเลือด CBC = RBC count มีค่าเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับค่าปกติ (RBC ค่าปกติ ๓.๘ - ๕.๓๐ $10^{12}/uL$, HCT ค่าปกติค่าปกติ ๓๖ - ๕๖.๐ %)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ O_2 sat สีมัวซีด เล็บซีด Conjunctivaซีด ปากเขียว เหงื่อออก หายใจหอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว
๒. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง
๓. ดูแลจัดทำ Fowler เพื่อให้ปอดขยายตัวได้มากขึ้น และแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้มากขึ้น
๔. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าที่เหมาะสมตามที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
๕. ดูแลให้ On O_2 Cannular ๓ LPM เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
๖. ดูแลให้ LPRC ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยตรวจเช็คกรุปเลือดกับผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกัน สังเกตอาการขณะให้เลือดและหลังให้เลือด ได้แก่ อาการหนาวสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ผื่นขึ้น
๗. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารเพียงพอ
๘. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซีด

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ไม่หอบเหนื่อย
๒. ความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในร่างกาย O_2 sat Room air อยู่ในช่วง ๙๖ - ๙๘%, ขณะ On O_2 Cannular ๓ LPM = ๑๐๐ %
๓. ผล CBC วันที่ ๒๓ ส.ค. ๖๖
 - RBC count เพิ่มขึ้น จาก ๒.๗๓ ในวันที่ ๒ ส.ค. ๖๖ เป็น ๓.๙๑ $10^{12}/mm^3$ (ค่าปกติ ๓.๘๐ - ๕.๓๐)
 - HGB เพิ่มขึ้นจาก ๗.๓ ในวันที่ ๒ ส.ค. ๖๖ เป็น ๑๐.๕ g/dL (ค่าปกติ ๑๒.๐ - ๑๘.๐)
 - HCT เพิ่มขึ้นจาก ๒๑.๔ ในวันที่ ๒ ส.ค. ๖๖ เป็น ๓๑.๔ % (ค่าปกติ ๓๖.๐ - ๕๖.๐)

๖. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. วันที่ ๒ ส.ค. ๖๖ Platelet count ๒๗,๐๐๐ cell /mm³ (ค่าปกติ ๑๒๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐)
๒. ผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง จากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ร่วมกับการติดเชื้อราแพร่กระจายทำให้มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ
๓. มีอาการอ่อนเพลียมาก

วัตถุประสงค์

๑. ป้องกันการเกิดภาวะเลือดออก

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีเลือดออกจากภาวะที่ป้องกันได้
๒. Platelet เพิ่มขึ้น ,ภาวะซีดลดลง HCT เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลจัดอาหารงดสีดํา-แดง ให้กับผู้ป่วย เพื่อประเมินความผิดปกติของภาวะเลือดออกในร่างกาย
๒. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง (bed rest)
๓. แนะนำให้ใช้น้ำเกลือบัวปากแทนการแปรงฟัน ในขณะที่ยังมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ
๔. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง
๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเกล็ดเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ (ได้ LPPC ๑ unit) ตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้เกล็ดเลือด
๖. เฝ้าระวังอาการขณะให้เกล็ดเลือด ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น มีผื่นขึ้น
๗. ประเมินอาการผู้ป่วย สังเกตอาการมีเลือดออก ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดา ถ่ายดำ

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีเลือดกำเดา ไม่ถ่ายดำ
๒. วันที่ ๒- ๒๓ ส.ค.๖๖ ค่าPlatelet เพิ่มขึ้น จาก ๒๑,๐๐๐ เป็น ๑๐๔,๐๐๐ cell /ml
๓. ช่วงวันที่ ๓ -๒๓ ส.ค. ๖๖ ค่า HCT เพิ่มขึ้นจาก ๑๙.๒ เป็น ๓๑.๔ % ตามลำดับ
๗. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาต้านเชื้อรา (Amphotericin B)

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อราในร่างกาย disseminated histoplasmosis มีความจำเป็นต้องได้รับยาต้าน

เชื้อรา Amphotericin B ซึ่งเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มยาความเสี่ยงสูง โดยเริ่มให้ในวันที่ ๙ - ๒๒ ส.ค. ๖๖ (รวมระยะเวลา ๑๔ วัน)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการให้ยา Amphotericin B

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหอบเหนื่อย หรือหมดสติ จากการได้รับยา
๒. ไม่เกิดภาวะ Phlebitis

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้ยาตามเชื้อรา Amphotericin B v drip OD โดยให้ CPM ๑๐ mg v และ ๐.๙% NSS ๕๐๐ ml v drip ใน ๒ hr ก่อนให้ Amphotericin b และ Paracetamol (๕๐๐ mgs) ๑ tab กิน ก่อนให้ยา Amphotericin B ทุกครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์
๒. บริหารยาให้ถูกต้องทุกครั้ง โดยผสมยา Amphotericin B ใน ๕%D/W เท่านั้น ห้ามผสมใน NSS เพราะจะทำให้ยาตกตะกอน โดยหลังจากผสมแล้วให้ใช้กับผู้ป่วยทันที และให้หยุดช้า ๆ ใน ๔ ชั่วโมง
๓. สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจพบได้ ซึ่งสามารถให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับพยาบาลได้ โดยแจ้งผู้ป่วย/ญาติรับทราบ และเมื่อพบให้รีบแจ้งพยาบาลทันที ได้แก่
 - อาการไข้ หนาวสั่น เวียนศีรษะรุนแรง หมดสติ
 - ลมพิษ เหนื่อย หายใจลำบาก หน้าบวมริมฝีปากบวม
 - หลอดเลือดดำอักเสบบริเวณที่ให้ยา
 - ระดับเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ซึ่งทำให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา เช่น สับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลง ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ ชัก ไม่อยากอาหาร อาเจียน และท้องไส้ปั่นป่วนรุนแรง
 - ไตผิดปกติ ทำให้มีอาการบางอย่าง เช่น ปัสสาวะไม่ออก ปริมาณปัสสาวะเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะมีเลือดปน หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
 - ตับผิดปกติ ทำให้มีอาการข้างเคียง เช่น ไม่อยากอาหาร อาเจียน อ่อนเพลีย ตัวเหลืองตาเหลือง ท้องไส้ปั่นป่วน ปวดท้อง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด
๔. เปลี่ยนเข็มที่ให้ยาทุก ๓ วัน หรือเมื่อพบมีรอยแดง
๕. วัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง
๖. บันทึกจำนวนน้ำเข้า-น้ำออก (record I/O)
๗. หากพบมีอาการผิดปกติ ให้รีบรายงานแพทย์ทันที
๘. ติดตามผลเลือดและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่าผลเลือดผิดปกติ (ผลข้างเคียงอาจทำให้ Magnesium, Potassium ต่ำ)

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ตลอดระยะเวลาที่ให้ยาดังกล่าว ไม่มี Phlebitis ปัสสาวะออกดี อยู่ในช่วง ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ ml ต่อวัน สดปกติ ไม่มีเลือดปน ไม่หอบเหนื่อย O_2 sat room air ๙๘ - ๑๐๐ %
๒. ผู้ป่วยมีผลเลือดเกลือแร่ผิดปกติ ดังนี้
 - วันที่ ๑๐, ๑๔, ๒๑ ส.ค. ๖๖ Magnesium ต่ำ ได้แก่ ๑.๗, ๑.๖ และ ๑.๖ mg/dL ตามลำดับ

(ค่าปกติ ๑.๘ - ๒.๖) ซึ่งได้รายงานแพทย์ทันที และแพทย์ได้ให้การรักษาโดยให้ ๕๐% MgSO_๔ ๔ ml + ๕% D/W ๑๐๐ ml drip ใน ๔ ชม. คือวันที่ ๑๔, ๑๕, ๑๖, ๑๘, ๑๙, ๒๐ ส.ค. ๖๖ ทำให้ในวันที่ ๒๔ ส.ค. ๖๖ ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ = ๑.๙ mg/dL

- วันที่ ๑๔ และ ๑๘ ส.ค. ๖๖ Potassium ต่ำ ได้แก่ ๓.๒ และ ๓.๔๗ mmol/L ตามลำดับ

(ค่าปกติ ๓.๗ - ๕.๓) ซึ่งได้รายงานแพทย์ทันที และแพทย์ให้การรักษาโดยให้ Elixer KCL ๓๐ ml กิน ทุก ๓ ชม. รวม ๒ dose ในวันที่ ๑๘ ส.ค. ๖๖ ทำให้ในวันที่ ๒๑, ๒๓ และ ๒๔ ส.ค. ๖๖ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เท่ากับ ๔.๒๔, ๔.๕๘ และ ๔.๘๐ mmol/L ตามลำดับ

๘. ผู้ป่วยมีภาวะเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ เนื่องจากกลัวการถูกทอดทิ้ง และยังไม่พร้อมที่จะบอกครอบครัว ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า ไม่ยิ้มแย้ม ไม่ค่อยพูด ไม่ค่อยโต้ตอบ เจ็บ
๒. มีอาการเหนื่อยเพลีย อ่อนแรง
๓. เพิ่งตรวจว่าติดเชื้อเอชไอวีจากการป่วยครั้งนี้ ทำให้รู้สึกยังทำใจไม่ได้
๔. สภาพร่างกายที่เจ็บป่วย ได้แก่ ใช้ ชีต เพลีย มีตุ่มแดงตามตัว เบื่ออาหาร มีแผลกดทับ มีฝ้าขาวในปาก ส่งผลทุกข์ให้ทรมานใจ

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง
๒. พักผ่อนนอนหลับได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. จากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรมของผู้ป่วย และจากการซักถามผู้ป่วยและญาติ
๒. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะเครียด ซึมเศร้า และ ความคิดทำร้ายตนเอง ด้วยแบบประเมิน ๒Q , ๙Q , ๘Q
๒. ให้คำปรึกษาและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รับฟังอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูด และระบายความรู้สึก โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ
๓. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา
๔. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การบำบัดรักษาและการดูแลตนเอง
๕. ช่วยผู้ป่วยค้นหาบุคคลหรือแหล่งที่พึ่งพาในการช่วยเหลือดูแลเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและสังคม
๖. ดูแลให้ได้รับยาคลายความวิตกกังวล/คลายเครียด/คลายเศร้า Lora (๐.๕) ๑ tap เวลานอนไม่หลับ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ง่วงซึม วิงเวียนศีรษะ สับสน พูดจาเลอะเลือน ก้าวร้าว ประสาทหลอน

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ในระยะ ๑ สัปดาห์แรก ผู้ป่วยมีภาวะเครียด ซึมเศร้า ไม่อยากคุยกับใคร เจ็บ ประเมิน ๒Q = ๒, ๙Q = ๑๘, ๘Q = ๐ ต่อมาหลังจากพยาบาลสร้างสัมพันธภาพ ให้คำอธิบายเรื่องโรคที่เป็น การปฏิบัติตน การดูแลตนเอง การอยู่ในสังคม สีหน้าท่าทางผู้ป่วย ได้ตอบมากขึ้น พักผ่อนหลับได้ จากการสอบถามผู้ป่วย บอกว่า รู้สึกดีขึ้น ไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

๙. ผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ การดำเนินของโรค และการปฏิบัติตน เกี่ยวกับโรคที่เป็นและมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. จากการสอบถามผู้ป่วย ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ การดำเนินของโรค และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
๒. ผู้ป่วยเป็น ชายรักชาย และยังอยู่กับแฟนคนปัจจุบัน มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อ
๓. ผู้ป่วยเพิ่งตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีจากการป่วยครั้งนี้
๔. ผู้ป่วยยังไม่กล้าบอกแม่และพี่สาว

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็น และปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยและญาติ ตอบคำถามเรื่องโรค การดำเนินของโรค การปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย/ญาติ ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
๒. สะท้อนข้อมูลกลับไปหาผู้ป่วยว่า ถ้ามีผู้ดูแล คอยกำกับ การกินยา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ตรงเวลาและต่อเนื่องขึ้น
๓. อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโดยอธิบายง่ายๆ ไม่ ซับซ้อน ไม่ให้เกิดความวิตกกังวล อธิบายให้ญาติเข้าใจ ว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง
๔. อธิบายให้ญาติทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรมาพบแพทย์
๕. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร ที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การพักผ่อน
๖. รับฟังปัญหาและการระบายอารมณ์ของผู้ป่วย ให้กำลังใจ
๗. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพเป็นกันเอง ประเมินสภาพอารมณ์จิตใจและความเชื่อของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้
๘. ให้ผู้ป่วยและญาติได้พบแพทย์เพื่อทราบแนวทางการรักษา
๙. สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกต อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น
๑๐. แนะนำและเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง การร่วมมือในการรักษา การมาตามนัด
๑๑. แนะนำเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งก่อนมีเพศสัมพันธ์, หากมีแผลเปิดที่มีเลือดไหล ควรทำความสะอาดและปิดแผลให้สนิท, ไม่ใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกันกับผู้อื่น, ไม่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยตัดสินใจบอกโรคที่ผู้ป่วยเป็น (ติดเชื้อเอชไอวี) กับแม่, น้องสาว
๒. ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง

๓. ผู้ป่วย, คู่, แม่ และน้องสาวของผู้ป่วย ได้รับความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรค การปฏิบัติตน โดยการตอบคำถามได้ถูกต้อง

๑๐. ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเริ่มรับประทานต้านไวรัส และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน
ข้อมูลสนับสนุน

๑. อาการทางกายของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้มากขึ้น ลูกเดินช่วยเหลือตนเองได้ และกดทับที่ก้นแห้ง
๒. ได้รับยาปฏิชีวนะครบแล้วตามแผนการรักษา (Amphotericin B และ Meropenam ครบ ๑๔ วัน)
๓. มีกำลังใจในการกลับไปอยู่กับคู่ ครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยได้เปิดเผยผลเลือดให้ทราบแล้ว โดยคู่และครอบครัวยอมรับได้
๔. แพทย์วางแผนให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี
๒. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และสามารถเข้าถึงหน่วยบริการได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. จากการสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องในเรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติตน
๒. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีพร้อมที่จะกลับไปบ้านและอยู่ในสังคมปกติได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความพร้อมในการรับยาด้านไวรัสอย่างรอบด้าน เช่น เวลารับประทานยา การจัดการเมื่อ ลืมกินยา การจัดการเมื่อไม่สามารถมารับบริการได้ และการเปิดเผยผลเลือดกับคู่และบุคคลใกล้ชิด (แม่ และน้องสาวของผู้ป่วย) โดยได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว
๒. ให้คำปรึกษา อธิบาย และเสริม สร้างแรงจูงใจในการเริ่มกินยาด้านไวรัส
๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
๔. ดูแลผู้ป่วยให้เข้าพบอายุรแพทย์ปรึกษาแผนการรักษา
๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พบกับ บุคลากรงาน ARV Clinic, เกสเซอร์ เพื่อสอบถามการใช้ยาและซักถามข้อสงสัยอย่างใกล้ชิด
๖. ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน รวมถึง ช่องทางบริการหากพบอาการผิดปกติ ได้แก่ การสอบถาม ทางโทรศัพท์โดยตรงที่งาน ARV Clinic
๗. ให้คำแนะนำการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องในเรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติตน
๒. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาดี ช่วยตนเองได้
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ กรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย
 จำนวน ๑ ราย

๕.๒ เชิงคุณภาพ ได้ใช้กระบวนการพยาบาลอันประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล มีการ

สร้างสัมพันธภาพและกระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีการประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งทุกปัญหาได้รับการแก้ไข จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คู่และครอบครัวผู้ป่วยยอมรับในโรคที่ผู้ป่วย เป็น ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลกดทับที่ก้นแห้ง รับประทานอาหารได้มากขึ้น ผื่นแดงตามใบหน้าและร่างกายยุบลง ช่วยเหลือตนเองได้ดี สิ้นสุดสิ้นขึ้น ผู้ป่วยได้รับความรู้ในโรคที่เป็นและรู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ได้แก่ การ รับประทานยาให้ตรงเวลา การมาตรวจตามนัด การเข้าถึงบริการ รวมทั้งรู้จักวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้หลังจากนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลรวม ๒๔ วัน และมีนัดติดตามต่ออีก ๓ สัปดาห์ ซึ่งจากการติดตามต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยมาตามนัด และรับประทานยาได้ตรงตามเวลาที่กำหนด ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี /เอ็ดส์ ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาสให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงาน
๒. เป็นแนวทางการศึกษาเพิ่มพูนทักษะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล และเป็นแนวทางการสอนแก่ บุคลากรในหน่วยงาน และผู้สนใจ
๓. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อกลับบ้าน ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
๔. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
๕. ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นชายรักชาย (ฝ่ายรับ) มีเพศสัมพันธ์กับคู่ครั้งแรกเมื่อ ๗ ปีก่อนโดย ไม่ได้ป้องกัน และมีต่อเนืองมาเรื่อย ๆ มีการเปลี่ยนคู่นอน ผู้ป่วยไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวี มาก่อนเนื่องจาก ขาดความตระหนัก คิดว่าตนเองและคู่มิน่าจะติดเชื้อ ทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวีระยะที่ ๓ คือระยะเอดส์เต็มขั้นหรือระยะโรคเอดส์ (Progression to AIDS) ซึ่งเป็นระยะที่การติดเชื้อ HIV ได้พัฒนากลายเป็นโรคเอดส์โดยสมบูรณ์ ผู้ป่วยมีระดับ CD4= ๔ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทำให้ ร่างกายอ่อนแอลงอย่างมากจนนำไปสู่การติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย (Disseminated Histoplasmosis Infection) ซึ่งตรวจพบเชื้อรา Histoplasma capsulatum ในไขกระดูก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ได้แก่ มีภาวะซีด เกล็ดเลือดต่ำ ภาวะเกล็ดเลือดในร่างกายน้อยผิดปกติ ขาดสารอาหาร มีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง มีแผลกดทับที่ก้น อ่อนแรงเดินไม่ไหว และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ในระยะ ๑ สัปดาห์แรกผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่มีแรง ลูกนั่งไม่ไหว เดินไม่ไหว ไม่อยากทำอะไร ไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง ไม่อยากพูดจากับใคร การประเมินภาวะ ซึมเศร้าพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ไม่คิดทำร้ายตนเอง พยาบาลจึงจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องเดี่ยวเพื่อให้คู่ของผู้ป่วย ฝ้าได้และพยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและคู่ จนได้รับความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล รักษา Case นี้ได้ให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ศึกษาเป็น Case manager โดยประสานนักโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ประสานงาน ARV Clinic เพื่อให้คำปรึกษาและจัดยาต้านไวรัส เอชไอวีให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประสานเภสัชกรเพื่ออธิบายการรับประทานยาให้ถูกต้อง ตรงตามเวลา ระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับเลือด ๘ ยูนิต ,เกล็ดเลือด ๑ ยูนิต และยาด้านเชื้อราชนิด หยดเข้าเส้นเลือด (Amphotericin B) ซึ่งเป็นยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลต้องบริหารยาให้ถูกต้อง และ

สังเกตอาการขณะให้ยา หลังให้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และไม่เกิดผลข้างเคียงที่ป้องกันได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ เริ่มช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไข้ลดลง ไม่หอบเหนื่อย แผลกดทับเริ่มแห้ง ผลเลือดดีขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้ในโรคที่เป็นและสามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จำหน่ายหลังจากนอนโรงพยาบาลนาน ๒๔ วัน และผู้ป่วยมา Follow up ตามนัด ๓ สัปดาห์

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกประเภท มีพื้นที่จำกัด กรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปอย่างมาก ค่าCD4 = ๑%, Absolute CD4 = ๔ cel/uL ทำให้มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสซ้ำซ้อนอีกได้ง่าย ผู้ศึกษาจึงได้เข้ามาจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ห้องพิเศษเดี่ยวแทนการอยู่เตียงสามัญ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก เศร้า หดหู่ ท้อแท้ ไม่อยากคุยกับใคร ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงได้อนุญาตให้คู่ของผู้ป่วยอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพื่อจะได้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ รวมทั้งสามารถช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติได้ เช่นจากการให้เลือด เกล็ดเลือด การให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยพยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ญาติ ติดตามการเฝ้าระวังขณะให้เลือด เกล็ดเลือด และยาที่มีความเสี่ยงสูง ต่าง ๆ ได้แก่ยา Amphotericin B , ๕๐% MgSO_๔ และ ๑๐ % Calcium gluconate โดยเมื่อพบอาการที่ผิดปกติให้แจ้งพยาบาลได้ทันที จากการจัดบริการดังกล่าว ส่งผลให้กรณีศึกษารายนี้มีอาการดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการนอนโรงพยาบาล สามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ด้านบริหาร ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน มีบทบาทในการให้ความรู้ สอนฝึกทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับการติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย เฉพาะรายกรณี แก่พยาบาลในทีม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

๒. ด้านบริการ การดูแลผู้ป่วยควรทำในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลเป็น Case manager

๓. ด้านวิชาการ จัดทำป้ายเพิ่มเติมเพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่การให้เลือด/เกล็ดเลือด, การให้ยา Amphotericin B แขนงที่เตียงผู้ป่วย เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเลือด/เกล็ดเลือด หรือให้ยา ดังกล่าว

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและการนำเสนอผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการพยาบาล จังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับติดเชื้อราแบบแพร่กระจาย วันที่ ๑๖-๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อำเภอเมือง จังหวัด นนทบุรี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
 ๒) สัดส่วนผลงาน.....
 ๓) สัดส่วนผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... กทม ๖๖๐๖

(นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๐ / ๕.๑ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ	กมล ๖๖๐๖

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... อรรณ ๓ ลำปาง

(นางอรรณ ณ ลำปาง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางกรวย

(วันที่) ๒๐ / ๕.๑ / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายกวิธม์ ชีอมนั่น)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย

(วันที่) ๒๐ / ๕.๑ / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่อง ๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
 และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว
 ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง นวัตกรรมผ้าช่วยพลิกตะแคงตัวและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในโรงพยาบาล บางกรวย

๒. หลักการและเหตุผล

จากข้อมูลของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่า ในปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ และอีก ๙ ปีข้างหน้า ในปี ๒๕๗๔ จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๒๘ ของประชากรทั้งประเทศ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะทำให้มีผู้สูงอายุ “กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง” ประมาณ ร้อยละ ๓ หรือ ๔ แสนคน จากผู้สูงอายุที่มีอยู่ประมาณ ๑๓ ล้านคน สำหรับสถานการณ์ในโรงพยาบาลบางกรวยมีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้นโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จากสถิติ ๓ ปีย้อนหลังพบว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยติดเตียงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ ในปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ เป็น ๗๔๖, ๑,๒๓๔ และ ๒,๓๘๗ วันนอน ตามลำดับ ซึ่งพบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ระดับ ๒ ขึ้นไป ในปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ เป็น ๑.๓๔, ๐.๘๑ และ ๑.๒๕ ต่อพันวันนอน ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และรับการรักษามากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางมารักษาเพิ่มขึ้น เพิ่มภาระในการดูแลแผลกดทับต่อครอบครัว รวมทั้งเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลกดทับรุนแรงอันอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าการทำนวัตกรรมผ้าช่วยพลิกตะแคงตัวและวางแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมาใช้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางกรวย สามารถช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง และผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ
๒. เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่หรือญาติผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการเกิดแผลกดทับ การป้องกัน สอน ผูกทักษะ ในการพลิกตะแคงตัว และให้คำแนะนำในการทำนวัตกรรมผ้าช่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ จากการทบทวนการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย พบปัญหาสำคัญคือ

๑. การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการส่งเวรต่อไม่ครบถ้วน
๒. ไม่ได้พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง
๓. การพลิกตะแคงตัวไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่อยู่ในท่าที่ต้องการ
๔. ขาดการนิเทศกำกับงาน

แนวความคิด

แผลกดทับ คือ การได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออันเกิดจากแรงกดทับที่ผิวหนังเป็นเวลานาน โดยแผลกดทับมักเกิดขึ้นบริเวณผิวหนังที่หุ้มกระดูก เช่น ส้นเท้า ข้อเท้า สะโพก หรือกระดูกก้นกบ ผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพอันส่งผลต่อการเคลื่อนไหวหรือการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ จำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียงหรือนั่งรถเข็นตลอดเวลาเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ อีกทั้งยังรวมไปถึงผู้สูงอายุด้วยเนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายและผิวหนังที่เสื่อมลงตามอายุ แผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่แล้วรักษาให้หายได้ แต่ผู้ป่วยบางรายอาจรักษาให้หายขาดไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เสี่ยงเกิดแผลกดทับควรดูแลรักษาตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว

อาการของแผลกดทับ อวัยวะที่เสี่ยงเกิดแผลกดทับได้มากนั้นมักเป็นบริเวณที่ไม่มีไขมันปกคลุมผิวหนังมากและต้องรับแรงกดทับโดยตรง ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้และต้องนอนบนเตียงตลอดเวลาเสี่ยงเกิดแผลกดทับที่ไหล่ ข้อศอก ท้ายทอย ข้างใบหู เข่า ข้อเท้า ส้นเท้า เท้า กระดูกสันหลัง หรือกระดูกก้นกบ ส่วนผู้ที่ต้องนั่งรถเข็นเป็นเวลานานเสี่ยงเกิดแผลกดทับที่ก้น หลังแขน หลังต้นขา หรือด้านหลังของกระดูกสะโพก โดยผู้ป่วยจะเกิดอาการหลายอย่าง ได้แก่ สีหรือลักษณะผิวหนังเกิดความผิดปกติ มีอาการบวม มีหนองออกมา เกิดอาการอุ่นหรือเย็นตรงผิวหนังที่เกิดแผลกดทับ และมักกดแล้วเจ็บบริเวณที่เป็นแผลกดทับ ทั้งนี้ อาการของแผลกดทับจะรุนแรงขึ้นตามระยะต่าง ๆ ดังนี้

ระยะที่ ๑ แผลกดทับระยะนี้จะไม่เปิดออก มีลักษณะอุ่น นุ่มหรือแข็ง ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บและระคายเคือง ผิวหนังบริเวณแผลจะไม่มีสี ผู้ที่มีผิวขาวอาจเกิดรอยแดง ส่วนผู้ที่มีผิวเข้มอาจเกิดสีเขียวม่วง เมื่อกดลงไปบนแผล แผลจะไม่กลายเป็นสีขาว

ระยะที่ ๒ แผลกดทับระยะนี้เป็นแผลเปิดหรือมีแผลตื้นน้ำพอง เนื่องจากหนังกำพร้าบางส่วนและหนังแท้ถูกทำลาย ส่งผลให้ผิวหนังหลุดลอก ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บที่แผลมากขึ้น

ระยะที่ ๓ แผลจะมีลักษณะเป็นโพรงลึก ซึ่งอาจเห็นไขมันที่แผล เนื่องจากผิวหนังทั้งหมดหลุดออกไป รวมทั้งเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไปชั้นผิวหนังถูกทำลาย

ระยะที่ ๔ แผลกดทับระยะนี้ถือว่าร้ายแรงที่สุด โดยผิวหนังทั้งหมดถูกทำลายอย่างรุนแรง รวมทั้งเนื้อเยื่อที่อยู่ล้อมรอบเริ่มตายหรือที่เรียกว่าเนื้อเยื่อตายเฉพาะส่วน (Tissue Necrosis) กล้ามเนื้อและกระดูกที่อยู่ลึกลงไปอาจถูกทำลายด้วย

หากสังเกตว่าปรากฏสัญญาณของแผลกดทับ ควรขยับร่างกายปรับเปลี่ยนท่าทาง เพื่อบรรเทาแรงกดทับตรงบริเวณดังกล่าว และพบแพทย์ทันทีในกรณีที่อาการไม่ดีขึ้นภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง ส่วนผู้ที่ปรากฏอาการติดเชื้อ เช่น ไข้ขึ้น มีหนองไหลซึมมาจากแผล มีกลิ่นผิดปกติที่แผล หรือรอยแดงมากขึ้น อาการอุ่น ๆ และอาการบวมของแผลเพิ่มขึ้น ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทันที

สาเหตุของแผลกดทับ แผลกดทับเกิดจากอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกายได้รับแรงกดเป็นเวลานาน อันส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณดังกล่าวไม่เพียงพอ หากเลือดไม่ไปเลี้ยงอวัยวะที่ถูกกดทับ เนื้อเยื่อของอวัยวะดังกล่าวจะถูกทำลายและเริ่มตาย เนื่องจากเลือดจะลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ที่จำเป็นและช่วยเสริมสร้างเนื้อเยื่อไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อีกทั้งยังส่งผลให้ผิวหนังไม่ได้รับเซลล์เม็ดเลือดขาวสำหรับต้านทานเชื้อโรค ทำให้เกิดการติดเชื้อที่แผลกดทับได้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับมี ดังนี้

๑. แรงกด หากส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายถูกกดทับเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงไม่เพียงพอ เมื่อไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารที่ลำเลียงมากับเลือดไปหล่อเลี้ยง เนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ จึงถูก

ทำลายและอาจตายได้ตามที่กล่าวไปข้างต้น ทั้งนี้ ผู้ที่ขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยได้ อาจเกิดการกดทับที่กระดูกสันหลัง กระดูกทับทรวง หัวไหล่ สะโพก สันเท้า และข้อศอก

๒. การเสียดสี ผิวหนังที่เสียดสีกับเสื้อผ้าหรือผ้าปูที่นอนจะเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่ผิวอ่อน

๓. แรงเฉือน ชั้นผิวหนังถูกรังกันไว้ มักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยนอนไกลตัวลงมาในขณะที่เตียงปรับระดับสูง ส่งผลให้ผิวหนังบริเวณก้นกบเกิดการดึงรั้ง

นอกจากนี้ ยังปรากฏปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดแผลกดทับ ได้แก่ ปัญหาการเคลื่อนไหว โภชนาการไม่ดี ปัญหาสุขภาพบางอย่าง อายุมากขึ้น และปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

ปัญหาการเคลื่อนไหว ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ โดยปัญหาดังกล่าวอาจเกี่ยวเนื่องกับ

๑. การได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง อันส่งผลให้ขยับแขนหรือขาไม่ได้

๒. สมรรถภาพร่างกายจากโรคหลอดเลือดในสมองหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดอัมพาต

๓. ป่วยเป็นโรคบางอย่างอันทำลายเส้นประสาทที่ใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น อัลไซเมอร์ โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง หรือพาร์กินสัน

๔. เกิดอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงจนเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนหรือทั้งหมดได้ไม่ถนัด

๕. กระดูกแตกหรือกระดูกหัก

๖. พักฟื้นจากการเข้ารับผ่าตัด

๗. ประสบภาวะโคม่า

๘. ประสบปัญหาสุขภาพที่ทำให้เคลื่อนไหวข้อต่อหรือกระดูกลำบาก

ภาวะโภชนาการไม่ดี สาเหตุที่ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการร่างกายอาจเกิดจาก

๑. โรค Anorexia ปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้ป่วยยึดติดกับการลดน้ำหนักตัวให้ผอมลงเรื่อย ๆ โดยใช้วิธีลดน้ำหนักที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๒. ภาวะขาดน้ำ ภาวะที่ร่างกายได้รับน้ำไม่เพียงพอ

๓. การกลืนลำบาก ปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหารที่ทำให้กลืนอาหารได้ยาก ปัญหาสุขภาพบางอย่าง ผู้ที่ป่วยเป็นโรคบางอย่างอาจเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยปัญหาสุขภาพที่เอื้อให้เกิดแผลกดทับนั้นประกอบด้วย

๑. เบาหวานชนิดที่ ๑ และชนิดที่ ๒ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอาจส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย

๒. เส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral Arterial Disease) ผู้ป่วยโรคนี้ประสบภาวะเลือดไปเลี้ยงที่ขาไม่ได้ เนื่องจากเกิดการอุดตันของไขมันที่หลอดเลือดแดง

๓. หัวใจวาย ผู้ที่ประสบภาวะหัวใจวายเกิดจากการที่ร่างกายสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ

๔. ไตวาย ผู้ป่วยไตวายจะสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของไต ส่งผลให้เกิดสารพิษในเลือด ซึ่งก่อให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ

๕. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ผู้ป่วยโรคนี้จะมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ ส่งผลให้ผิวหนังถูกทำลายได้ง่าย

อายุมากขึ้น ผู้ที่อายุมากขึ้นเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากผิวหนังสูญเสียความยืดหยุ่น เลือดไหลเวียนไป

เลี้ยงผิวหนังน้อยลง รวมทั้งไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทั้งหมดนี้ล้วนเกิดจากการเสื่อมสภาพตามวัย

ปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายและปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ประสบภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้จะมีผิวหนังบางส่วนที่อับชื้น ซึ่งทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ทั้งนี้ ผิวหนังที่อับชื้นยังทำให้เกิดแผลกดทับตามมาด้วย

ปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตร้ายแรง เช่น โรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากโภชนาการไม่ดีและป่วยเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน หรือภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทั้งนี้ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตบางรายอาจรักษาความสะอาดไม่ดี ส่งผลให้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บและติดเชื้อได้ง่าย

การวินิจฉัยแผลกดทับ เบื้องต้นแพทย์จะตรวจดูว่าผู้ป่วยเสี่ยงเกิดแผลกดทับหรือไม่ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว แพทย์จะพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ สุขภาพโดยรวม สมรรถภาพการเคลื่อนไหวร่างกาย ปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดท่าทาง อาการบ่งชี้การติดเชื้อ ภาวะสุขภาพจิต ประวัติการเกิดแผลกดทับ ปัญหาเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ โภชนาการ และระบบไหลเวียนโลหิต ทั้งนี้ แพทย์จะขอตรวจเลือดเพื่อประเมินสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย และดูว่าได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหรือไม่ รวมทั้งขอตรวจปัสสาวะสำหรับดูการทำงานของไตและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ นอกจากนี้ การวินิจฉัยแผลกดทับสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยสังเกตอวัยวะต่าง ๆ ว่าผิวหนังมีสีผิวซีดลง แห้ง และนุ่มกว่าปกติหรือไม่ หากพบว่าเกิดอาการดังกล่าว ควรรีบพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาต่อไปทันที

การรักษาแผลกดทับ การรักษาแผลกดทับคือการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงกดทับที่อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งน้อยลง ดูแลรักษาแผล บรรเทาอาการเจ็บแผล ป้องกันการติดเชื้อ และช่วยให้ผู้ป่วยมีโภชนาการที่ดี ทั้งนี้ แผลกดทับจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน จำเป็นต้องมีกลุ่มรักษาที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายด้าน ได้แก่ แพทย์ผู้ดูแลแผนการรักษา แพทย์ผิวหนัง ศัลยแพทย์ด้านประสาท กระดูก และศัลยกรรมตกแต่ง พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการ วิธีการรักษาแผลกดทับมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับระยะของอาการที่เป็น โดยผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระยะที่ ๑ และระยะที่ ๒ สามารถหายได้หากได้รับการดูแลอย่างใส่ใจ ส่วนผู้ป่วยระยะที่ ๓ และระยะที่ ๔ อาจใช้เวลารักษานานกว่า วิธีการรักษาแผลกดทับแบ่งตามการรักษาอาการของโรค ได้แก่ การลดแรงกดทับ การดูแลแผล การรักษาเนื้อเยื่อตาย และการรักษาอื่น ๆ ดังนี้

๑. การลดแรงกดทับ วิธีการรักษาแผลกดทับขั้นแรกคือลดการกดทับอวัยวะที่เกิดภาวะดังกล่าว เพื่อไม่ให้เกิดแรงกดทับมากขึ้นและลดการเสียดสีของผิวหนัง ซึ่งทำได้ ดังนี้

๑.๑ ควรปรับเปลี่ยนหรือพยับร่างกายบ่อย ๆ ผู้ที่นั่งรถเข็นควรพยับร่างกายทุก ๑๕ นาที หรือเปลี่ยนท่านั่งทุกชั่วโมง ส่วนผู้ที่นอนบนเตียงควรเปลี่ยนท่านอนทุก ๒ ชั่วโมง

๑.๒ ใช้ที่นอนหรือเบาะรองนั่งที่ช่วยหนุนร่างกายให้นั่งหรือนอน โดยไม่ทำให้ผิวหนังตึงรั้งกันอันก่อให้เกิดแผลกดทับ

๒. การดูแลแผลกดทับ การดูแลแผลกดทับขึ้นอยู่กับว่าแผลลึกมากน้อยแค่ไหน โดยทั่วไปแล้ว แผลกดทับสามารถดูแลรักษาได้ ดังนี้

๒.๑ หากผิวหนังที่เกิดแผลกดทับไม่เปิดออกหรือเป็นแผลปิด ให้ล้างแผลด้วยผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดอ่อน ๆ และเช็ดให้แห้ง ส่วนผู้ที่แผลเปิดออกให้ล้างด้วยน้ำเกลือสำหรับล้างแผลทุกครั้งเมื่อต้องทำแผล

๒.๒ พั่นแผลเพื่อช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น เนื่องจากช่วยให้แผลชุ่มชื้นอยู่เสมอ อีกทั้งยังลดการเสียดสีที่ผิวหนัง

๓. การรักษาเนื้อเยื่อตาย แผลกดทับจะรักษาให้หายได้นั้นต้องไม่เกิดการติดเชื้อหรือเนื้อเยื่อตาย ผู้ป่วยที่มีเนื้อเยื่อตายจะได้รับการรักษา ดังนี้

๓.๑ การผ่าตัดเนื้อตาย แพทย์จะทำความสะอาดแผลและตัดเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายออกไป

๓.๒ ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยอาจได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาอาการติดเชื้อและป้องกันไม่ให้ลุกลาม

๓.๓ ครีมหือหรือขี้ผึ้งสำหรับทารักษา ช่วยให้แผลหายไวขึ้นและป้องกันเนื้อเยื่ออื่นถูกทำลาย

๓.๔ การดูแลอื่น ๆ ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนาการ และศัลยแพทย์ตกแต่ง

ภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับอาจประสบภาวะแทรกซ้อนได้ โดยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระยะ ๓ ไปสู่ระยะ ๔ ซึ่งอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยมักประสบภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อที่กระดูกและข้อต่อ เนื้อเน่า หนอง และมะเร็งบางชนิด

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ที่เสี่ยงเกิดแผลกดทับสามารถป้องกันภาวะดังกล่าวได้ โดยดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ได้แก่ การจัดท่าทาง โภชนาการ ความสะอาดผิวหนัง และพฤติกรรมอื่น ๆ ดังนี้

๑. การจัดท่าทาง การปรับเปลี่ยนท่าทางของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ดี เนื่องจากวิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเล็งออกแรงกดทับจากการนอนหรือนั่งไปที่อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นเวลานาน ซึ่งการจัดท่าทางสำหรับเสี่ยงการเกิดแรงกดทับทำได้ ดังนี้

๑.๑ ควรปรับเปลี่ยนท่าทางขณะนั่งบนรถเข็นทุก ๆ ๑๕ นาที และพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อถ่ายน้ำหนักตัวไม่ให้กดทับอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นเวลานาน

๑.๒ ผู้ป่วยที่ต้องนั่งรถเข็นอาจใช้แขนดันร่างกายส่วนบนให้ยกขึ้นเป็นบางครั้ง

๑.๓ ควรเลือกรถเข็นที่ปรับระดับได้ เพื่อช่วยผ่อนแรงกดทับ

๑.๔ ควรเลือกเบาะรองนั่งหรือเตียงนอนที่ช่วยผ่อนแรงกดและปรับท่าทางให้นั่งหรือนอนได้สบาย

๑.๕ ปรับหัวเตียงสูงไม่เกิน ๓๐ องศา เพื่อป้องกันไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นกดถึงรังงาเกิดแผลกดทับ

๒. โภชนาการ การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารจำพวกโปรตีน วิตามินและเกลือแร่อย่างหลากหลายจะช่วยป้องกันผิวหนังถูกทำลายและช่วยให้อาการป่วยหายเร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยแผลกดทับที่รู้สึกอยากอาหารน้อยลงอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น สามารถปรับพฤติกรรมการกินเพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน ดังนี้

๒.๑ แบ่งมื้ออาหารเป็นมื้อย่อย รวมทั้งรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ซึ่งจะช่วยให้ได้สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย

๒.๒ เลี่ยงดื่มเครื่องดื่มหรือน้ำเปล่าในปริมาณมากก่อนรับประทานอาหาร เนื่องจากจะทำให้รู้สึกอึดเกินไป

๒.๓ ดื่มเครื่องดื่มที่อุดมไปสารอาหารหรือรับประทานอาหารอ่อน ๆ ในกรณีที่กลืนอาหารลำบาก

๒.๔ ผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัตควรรับประทานอาหารโปรตีนสูงอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เนื้อสัตว์เช่น ซีส โยเกิร์ต เนยถั่ว หรือถั่วต่าง ๆ

๓. ความสะอาดผิวหนัง ผู้ที่มีความเสี่ยงหรือป่วยเป็นโรคที่เสี่ยงเกิดแผลกดทับ ควรหมั่นตรวจผิวหนังของตนเองว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติใด ๆ หรือไม่ รวมทั้งดูแลรักษาผิวหนังตนเอง ดังนี้

๓.๑ ควรล้างทำความสะอาดผิวหนังและเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้ผิวหนังอับชื้น

๓.๒ ควรดูแลผิวสม่ำเสมอ เช่น ทาโลชั่นสำหรับผิวแห้ง เปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอนอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสอบตุ่มหรือตะขิบของผ้าปูที่นอนให้ดี เพื่อป้องกันไม่ให้เสียดสีผิวหนัง

จากการศึกษาผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด โดย อรุณฯ มกรภิรมย์ พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ มี ๖ หมวด ได้แก่

๑. การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ
๒. การป้องกันการเกิดแรงกดและเสียดสี
๓. การดูแลภาวะโภชนาการ
๔. การประเมินผิวหนัง
๕. การให้ความรู้ แก่เจ้าหน้าที่และญาติ
๖. การจัดการสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอ ในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางกรวย เห็นว่าการทำนวัตกรรมผ้าช่วยพลิกตะแคงตัวและวางแผนทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อใช้กับผู้ป่วยติดเตียงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้ทั้งในขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑.ขั้นเตรียมการ

- ๑.๑ จัดทำแบบบันทึกการพลิกตะแคงตัว หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางกรวย โดยมีทำดังนี้ ทำตะแคงขวา, ทำหงาย, ทำตะแคงซ้าย และมีช่องบันทึกลายมือชื่อผู้ปฏิบัติ
- ๑.๒ นำแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของ Braden score มาใส่ไว้ในแบบฟอร์มปรอท โดยด้านหน้าเป็นผลรวมคะแนน ส่วนด้านหลังเป็นวิธีการการประเมิน เพื่อสะดวกในการประเมินในแต่ละวัน
- ๑.๓ จัดหาอุปกรณ์สำหรับทำนวัตกรรมผ้าช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยแต่ละ ๑ ชุด ใช้อุปกรณ์ ดังนี้
 - ๑.๓.๑ ผ้าถุงสำหรับผู้ป่วยจำนวน ๑ ชุด
 - ๑.๓.๒ เชือกผ้าขนาดกว้าง ๑ นิ้ว ยาว ๖๐ นิ้ว จำนวน ๖ เส้น
 - ๑.๔ นำอุปกรณ์ที่จัดเตรียมไว้ มาเย็บโดยใช้เชือกผ้าเย็บติดที่มุมผ้าถุงบริเวณริมผ้าจำนวน ๔ มุม มุมละ ๑ เส้น และตรงกลางผ้าด้านละ ๑ เส้น รวมเป็น ๖ เส้น
 - ๑.๕ ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อให้รับทราบปัญหา แนวทางแก้ไขป้องกัน เพื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง เป็นแนวทางเดียวกัน

๒.ขั้นดำเนินการ

- ๒.๑ มีการประเมินผู้ป่วยทุกราย โดยใช้ แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของ Braden Score โดยพยาบาลหัวหน้าทีม (Incharge) และ บันทึกคะแนนความเสี่ยงในฟอร์มปรอท ดังนี้
 - ๒.๑.๑ ประเมินแรกรับ
 - ๒.๑.๒ ผู้ป่วยวิกฤต ประเมินซ้ำทุก ๘ ชั่วโมง/ทุกเวร และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
 - ๒.๑.๓ ผู้ป่วยทั่วไปประเมินซ้ำทุก ๒๔ ชั่วโมงและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
- ๒.๒ คะแนนความเสี่ยงได้แก่ เสี่ยงมาก < ๑๒ คะแนน , เสี่ยงปานกลาง ๑๓-๑๔ คะแนน , เสี่ยงต่ำ ๑๕-๑๖ คะแนน (อายุ > ๗๐ ปี ๑๕-๑๘ คะแนน) , ไม่เสี่ยง > ๑๖ คะแนน (อายุ > ๗๐ ปี > ๑๘ คะแนน) ในกรณีที่คะแนนน้อยกว่า ๑๖ คะแนน พยาบาลหัวหน้าทีม (Incharge) แจ้งพนักงานช่วยเหลือคนไข้ในแต่ละทีมที่กำหนดตาม Assigns งาน เพื่อให้ นำแบบบันทึกการพลิกตะแคงตัว มาใช้สำหรับผู้ป่วยรายดังกล่าว
- ๒.๓ พนักงานช่วยเหลือคนไข้พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมงในแบบบันทึก และลงลายมือชื่อทุกครั้ง โดยใช้ นวัตกรรมผ้าช่วยพลิกตะแคงตัว มาช่วยในการพลิกตะแคงตัวจัดทำผู้ป่วย ร่วมกับการใช้หมอนหนุน

๒.๔ พยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลในทีม (Incharge และ Med nurse) ในแต่ละทีม ตรวจสอบประเมินผิวหนังผู้ป่วยซ้ำในแต่ละเวร และเขียนบันทึกทางการพยาบาล

๒.๕ ดูแลเปลี่ยนแผ่นรองซับ เสื้อผ้าผู้ป่วย ผ้าขางเตียง ผ้าปูเตียง ทันทีเมื่อมีการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปียกชื้นและเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น

๒.๖ ดูแลเช็ดทำความสะอาดร่างกายทั่วไป กรณีมีญาติเฝ้า สอนและฝึกทักษะแก่ญาติ

๒.๗ ทบทวนอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในแต่ละเวร กรณีพบอุบัติการณ์ ให้เขียนบันทึกความเสี่ยงและรายงานในระบบ

๒.๘ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในมีการนิเทศกำกับงานประจำวัน

๓.ขั้นประเมินผล

๓.๑ รวบรวมสถิติการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระดับ ๒ ขึ้นไป ในแต่ละเดือน นำมาวิเคราะห์ ทบทวนและหาโอกาสพัฒนาต่อ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. ผู้ป่วยที่มีขนาดตัวใหญ่ ผ้าที่ใช้อาจไม่สามารถรองรับผู้ป่วยและใช้พลิกตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางแก้ไข เพิ่มขนาดผ้าสำหรับผู้ป่วยที่มีขนาดตัวใหญ่

๒. กรณีที่ภาระงานมากหรือมีผู้ป่วยที่ต้องพลิกตะแคงตัวหลายราย อาจทำให้การพลิกตะแคงตัวทำได้ไม่ครอบคลุม

แนวทางแก้ไข ใช้นาฬิกาพลิกตะแคงตัวช่วยเตือนจำ ติดไว้ที่บริเวณโต๊ะกลางของพนักงานช่วยเหลือคนไข้ , พยาบาลช่วยพลิกตะแคงตัวร่วมกับพนักงานช่วยเหลือคนไข้ , แนะนำญาติเฝ้าผู้ป่วยเพื่อช่วยพลิกตะแคงตัว กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยติดเตียงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางกรวย

ระยะเวลาดำเนินการ (มีนาคม ๒๕๖๗ - กันยายน ๒๕๖๗)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง และผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

๒. เจ้าหน้าที่หรือญาติผู้ป่วย สามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

๓. ญาติของผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการเกิดแผลกดทับ การป้องกัน มีทักษะในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และสามารถทำนวัตกรรมผ้าช่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ ๒ ขึ้นไป ในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางกรวยน้อยกว่า ๑ ต่อพันวันนอน

๓. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยแผลกดทับหลังการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยใน น้อยกว่าร้อยละ ๒

ลงชื่อ..... ทิพย์ ภิรมย์

(นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๐ / ๑๐ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน