การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะปอดอักเสบ: กรณีศึกษา

สุภา อัคจันทร์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 55 ปี ดื่มสุรามาตั้งแต่อายุ 20 ปี ดื่มมาตลอด จนอายุ 55 ปี ดื่มหนักมากขึ้น ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยดื่มตั้งแต่ตื่นนอน ขายของหน้าร้านดื่มไปจนถึงเวลานอน โดยดื่มประมาณวันละ 2 -3 ขวดกลม ดื่มครั้งสุดท้ายวันที่ 13 มกราคม 2556 ปริมาณ 2 ขวด ผู้ป่วยดื่มสุราหนักจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ร่วมกับไม่ทานข้าว ดื่มสุราอย่างเดียว เมาแล้วชวนคนรอบข้างทะเลาะ ไม่นอน ลูกสาวจึงมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แต่ไม่สำเร็จกลับไปดื่มสุราซ้ำ มีประวัติถ่ายดำก่อนมาโรงพยาบาล ประมาณ 5-6 เดือน ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ท้องอืด กลางคืนนอนไม่หลับเคยหยุดดื่มสุรา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชักจากหยุดดื่มสุรา ภรรยาและลูกจึงพามาโรงพยาบาล

อาการแรกรับ ผู้ป่วย พูดคุยโต้ตอบได้ตรงคำถามแต่พูดน้อยถามคำตอบ บอกเพลียเมื่อคืนนอนไม่หลับ ความคิดฟุ้งซ่าน ขาอ่อนแรง เริ่มมีอาการ เพ้อสับสน กระวนกระวาย เหงื่อออก CIWA-Ar 39 คะแนน ได้รับยา Valium ฉีดเข้าเส้นตามคะแนนการประเมินอาการขาดสุรา(CIWA score) และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการขาดสุรา สังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับ Valium ทั้งหมด 260 mg อาการดีขึ้นตามลำดับ ช่วงบำบัดด้วยยามีภาวะ Electrolyte imbalance พบ Mg=1.2 mg/dl และ K = 3.4 mmol/l ผู้ป่วยได้รับ Mg Oxide และ E. Kcl จนค่าอยู่ในระดับปกติ และพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืนอาหารเนื่องจากมีก้อนที่คอ ร่วมกับการได้รับยากลุ่ม benzodiazepine มีผลต่อการคลายตัวของกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย ตลอดจนกล้ามเนื้อใช้ในการกลืนอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยสำลักได้ มีไข้สูงช่วง 2-3ของการนอน รพ. พบมีการติดเชื้อที่ปอด ได้รับยา anitibiotic Ceftriaxone 2 gram vein drip in 0.9 Nss 100 ml 7 วัน พยาบาลสังเกต ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และดูแลช่วยเหลือจนผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในช่วงของการถอนพิษสุรา รวมทั้งมีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ รวมการตรวจเยี่ยมที่ สบยช.และการโทรติดตามที่บ้าน ทั้งหมด 12 ครั้ง ด้วยกระบวนการเสริมแรงทางบวก การยอมรับ และการกำกับควบคุมพฤติกรรมตนเอง ตลอดจนการชื่นชมให้กำลังใจตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น ตระหนักรู้อันตรายของสุราต่อร่างกายตนเอง สร้างความทุกข์ทนต่อครอบครัว และคนรอบข้าง รับรู้คุณค่าของตนเองและสามารถป้องกันตนเองจากการติดซ้ำได้ รวมระยะเวลาการบำบัดด้วยยา 14 วัน ติดตามการรักษา 120 วัน

คำสำคัญ การพยาบาลภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยเสพติดสุรา

Abstract

A male patient aged 55 years old has been drinking alcohol since he was 20 years old. He drank all the time until he was 55 years old and drank more heavily. Before coming to the hospital, the patient had been drinking since waking up until bedtime approximately 2 -3 bottles (750 ml/bottle)per day, the last drink was on January 13, 2023, of 2 bottles.The patient drinks heavily to the point of not being unable to work .He would not eating some food, drink alcohol all time,pick quaerrels with those around him and insomnia.He was brought to the near by hospital for rehabilitation ,which was unsuccessful as he wnet to relaped.Patient‘s past history, he had black tarry stool 5-6 months, he was tired, insomniamalaise ,fatigue,bloating and insomnia . he was brought to he PMNIDAT hospital by his family dueto alchohol with drawal seizure as he quit drinking for a day.

Chief complaint : A patient answered questions directly. He was tired,could not sleep at night before.He was weak in al extremilitiesl,confusion, restlessness, sweating,CIWA-Ar 39 points, received Valium intravenous injection according to the alcohol withdrawal symptoms evaluation score (CIWA score) and monitored of his vital signs Evaluate symptoms of alcohol withdrawal .During detoxication phase ,he was an electrolyte imbalance. Mg = 1.2 mg/dl and K = 3.4 mmol/l. The patient received magnesium oxide and Elixir KCL until the levels were back to normal. The patient had difficulty of swallowing due to a lump in his throat. Moreover, the effect of benzodiazepine on smooth muscle relaxation throughout his body, caused him to choke and develop a high fever and he was found to have a lung infection from a chest x-ray. He received 2 grams of ceftriaxone antibiotic intravenously for 7 days. The patient received a total of 260 mg of Valium The patient was observed, assessed, evaluated by the nurse, and laboratory reports were followed up. He was cared for until he was safe from alcohol withdrawal complications, which included long term care of physical and mental rehabilitation phase .This case followed up on the treatment plan, provide occupational therapy and advise on alcohol cessation and tele home visited 12 times when he stay at home .Through the process of positive reinforcement, as well as praising and encouraging himself. He was taught self-love, which would keep him from going into relapse. He received medical therapy for 14 days and followed up for 120 days.

Keywords: nursing of complications pneumonia, alcoholic dependence.

บทนำ

สถานการณ์การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2560พบว่า มีจำนวน 15,966,498 คน หรือร้อยละ 28 ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และจากรายงานการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ Burden of disease เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพของประชากร ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 230 ชนิดตาม ICD-10 (หรือบัญชีการจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพฯ เพื่อข้อมูลทางสถิติ ระหว่างประเทศฉบับทบทวนครั้งที่ 10) จากข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บจากผลกระทบจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลก ปี 2559 แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของ การตายและพิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ15-49ปี โดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ75) และในสัดส่วน ของการตายด้วยโรคและความเจ็บป่วยจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุจราจรและการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) โรคระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 21) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 19) โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 13) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13) โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 77.2 ของ การตายก่อนวัยอันควร (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมแอลกอฮอล์,2559)

สำหรับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) โรคร่วมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษา คือโรคระบบทางเดินหายใจ จากข้อมูลของสถิติสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พ.ศ. 2563- 2566 มีผู้ป่วยสุราเข้ารับการรักษาปี 2563 - 2566 จำนวน 562 937 และ 919 ราย พบผู้เข้ารับบำบัดรักษามีโรคร่วมระบบทางเดินหายใจ 130 ราย 52 รายและ 117 รายตามลำดับ และในการบำบัดผู้ป่วยสุราในช่วงถอนพิษสุรา เป็นช่วงที่มีความสำคัญมากเนื่องจากสมองมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่าง ๆ ทั้งการเพิ่มขึ้น-ลดลงของระบบประสาทยับยั้ง และระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มทันที จะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เกิดอาการถอนสุรา ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก หงุดหงิดง่าย มือสั่น กระวนกระวาย ก้าวร้าว หรือ อาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเพ้อสับสน (Delirium tremens: DTs) ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว นับว่าเป็นภาวะที่อันตรายต่อผู้ป่วย โดยมีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20 ในรายกรณีศึกษาภาวะแทรกซ้อนคือการติดเชื้อปอดอักเสบ ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายต่ำลง (สาวิตรี อัษณางค์กรชัย,2564) สอดคล้องกับรายกรณีศึกษาดื่มสุราเป็นประจำสม่ำเสมอมานาน 35 ปี เป็นเหตุให้ภูมิต้านทานของร่างกายต่ำลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งในระยะบำบัดด้วยยาผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine (valium) 260 มิลลิกรัม ในช่วงสัปดาห์แรก ทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนผ่อนคลาย Benzodiazepine มีผลต่อการคลายตัวกล้ามเนื้อในการกลืนทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก สำลักได้ง่าย ร่วมกับมีอาการถอนพิษสุราแขนขาอ่อนแรงต้องมีการผูกมัด จากฤทธิ์ valium ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับเป็นส่วนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอดได้ง่ายมากขึ้น

ผู้ศึกษาในบทบาทของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสุรา มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราร่วมกับแทรกซ้อนอื่น ๆ รวมถึงรายกรณีศึกษามีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ จึงต้องมีองค์ความรู้และความสามารถในการประเมินอาการถอนพิษสุรา ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบได้อย่างถูกต้องตามหลัก

วิชาการ เพื่อสามารถให้การพยาบาลกับผู้ป่วยสุราในระยะนี้ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุราและภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น และใช้เป็นแนวการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุรามีภาวะปวดอักเสบต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดสุราได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ทั้งภาวะถอนพิษสุราแลภาวะแทรกซ้อนทั้งทางกาย และทางจิตใจ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ

3. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะปอดอักเสบ

วิธีการดำเนินการ

1.คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจจากผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราขั้นรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุราทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติต่างๆ ของผู้ป่วยให้ครอบคลุม พร้อมทั้งการประเมินสภาพ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

3.ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย บทความทางวิชาการ การวินิจฉัย การรักษา และกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มีอาการเพ้อสับสน (Delirium tremens) ภาวะปอดอักเสบ รวมถึงการทำจิตบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ

4.ศึกษาปัญหา ความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และสรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย ดื่มสุรามาตั้งแต่อายุ 20 ปี ดื่มมาตลอด จนอายุ 55 ปี BMI = 20.37 kg/m^2 ดื่มหนักมากขึ้น ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยดื่มตั้งแต่ตื่นนอน ขายของหน้าร้านดื่มไปจนถึงเวลานอน โดยดื่มประมาณวันละ 2-3 ขวดกลม (750 Ml) ดื่มครั้งสุดท้ายวันที่ 13 มกราคม 2566 ปริมาณ 2 ขวด ผู้ป่วยดื่มสุราหนัก ร่วมกับไม่ทานข้าว ดื่มสุราอย่างเดียว ทำงานไม่ได้ เมาแล้วชวนคนรอบข้างทะเลาะ ลูกสาวจึงมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลใกล้รักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปดื่มสุราซ้ำ มีประวัติถ่ายดำ 5 -6 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ท้องอืด กลางคืนนอนไม่หลับ เคยหยุดดื่มสุรา 1 วัน มีอาการชัก ภรรยาและลูกจึงนำส่ง สบยช. เข้ารับการรักษาใน สบยช. ขณะพักรักษาตัวเกิดภาวะถอนพิษสุารุนแรงร่วมกับภาวะปอดอักเสบ ได้รับยา Ceftriaxone 2 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ จำนวน 7 วัน และรักษาภาวะถอนพิษสุราตามอาการ รวมได้รับ Valium 260 มิลลิกรัม และยากลุ่มอื่น ๆ ตามอาการผู้ป่วย ผู้ป่วยดีขึ้น จากนั้นจำหน่ายกลับบ้าน มีการตรวจเยี่ยมขณะอยู่พักรักษาตัวอยู่ใน สบยช.และโทรติดตามเยี่ยมที่บ้านรวม 12 ครั้ง ด้วยกระบวนการเสริมแรงทางบวก การยอมรับ และการกำกับควบคุมพฤติกรรมตนเอง ตลอดจนการชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้จัก และเข้าใจตัวเองมากขึ้น ตระหนักรู้อันตรายของสุราต่อร่างกายตนเอง สร้างความทุกข์ทนต่อครอบครัวและคนรอบข้าง รับรู้คุณค่าของตนเอง และสามารถป้องกันตนเองจากการติดซ้ำได้ รวมระยะเวลาการบำบัดด้วยยา 14 วัน ติดตามการรักษา 120 วัน

การวินิจฉัยโรค Alcohol dependence with pneumonia

การประเมินสภาพร่างกาย (14 มกราคม 2566)

สัญญาณชีพแรกรับ : ความดันโลหิต120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 C หายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 66.5 กิโลกรัม สูง 180 เซนติเมตร BMI = 20.37 kg/m^2

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทย ผิวขาวเหลือง ผมตัดสั้น สีหน้าอิดโรย อ่อนเพลีย มือสั่น แขนขาอ่อนแรง

ผิวหนัง : ปกติไม่แห้งแตก ไม่มีจุดจ้ำเลือด และจุดเลือดออก ความยืดหยุ่นของผิวปกติ

ศีรษะ : ใบหน้า ศีรษะสมมาตร ไม่มีก้อนบวมนูน

ตา : การมองเห็นทั้งสองข้าง ปกติ ตาขาวไม่เหลือง ไม่มีน้ำตา เปลือกตาบน-ล่างมีสีชมพู ลูกตาเคลื่อนไหวปกติทั้ง 2 ข้าง ต่อมน้ำตาปกติ

ช่องปากและคอ : ช่องปากไม่ค่อยสะอาด ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในปาก เหงือกไม่บวม ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีฟันผุ มีหินปูนเกาะตามฟัน ลำคอโต ขนนาดประมาณ 6x6ซม.ตรงต่อมไทรอยด์ บริเวณต่อมน้ำเหลือง ไม่มีก้อน

ไหล่ : ไหล่ข้างขวาต่ำกว่าข้างซ้าย การทรงตัวไหล่ทั้งสองข้างไม่สมมาตร

แขนขา : แขนและขาไม่ผิดรูป อ่อนแรง ทรงตัวได้ การเคลื่อนไหวข้อปกติ ไม่มี อักเสบ ปวด บวม แดงร้อน

ทรวงอก : ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

หัวใจและหลอดเลือด : ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก นอนราบได้ปกติ ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ เวลาหายใจเข้าออก หน้าอกเคลื่อนไหว เท่ากันทั้งสองข้าง การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ

หน้าท้องและทางเดินอาหาร : ท้องอืด คลำพบตับโต ม้ามไม่โต

Finger-to-nose test มีประวัติการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะการเดิน ทรงตัวไม่ดี มีอาการเดินเซ

การประเมินอาการทางจิต (14 มกราคม 2566)

Orientation : การรับรู้ สถานที่ บุคล วัน เวลาปกติ ไม่มีอาการ หูแว่ว หลงผิด ประสาทหลอน

Judgment : การตัดสินใจไม่สมเหตุสมผล ลังเล ตัดสินตามความรู้สึกและอารมณ์

ประเมินโรคซึมเศร้า : คะแนน 2 Q = 0

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (14 มกราคม 2566)

ผลการตรวจ Complete Blood Count พบ White blood count 11.1 x 10^3 /UL, Neutrophil 62%, Lymphocyte 20 %, Monocyte 17%, Eosinophil 1 %, Basophil 0%, Hematocrit 39.5 %, Platelet count 39 x $10^{๓}$ ULHb 12.7 gm/dl

ผลการตรวจ Electrolyte พบ Na 134 mmol /L, K 3.1 mmol /L, Cl 95 mmol /L, CO2 30.5 mmol /L Anion Gap 12.6

ผลการตรวจ Kidney Function test BUN 6 mg/dl, Creatinine 0.59 mg/dl

ผลการตรวจ Liver Function test พบว่า ระดับ SGOT264 IU, SGPT 119 IU

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยสุราเมื่อ 14 มกราคม 2566 มีอาการอ่อนเพลีย ขา 2 ข้างอ่อนแรง ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งทั้งตัวประมาณ 30 วินาที หลังได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์โดยการให้ยา Valium 10 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และการพยาบาลตามขั้นตอน ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีอาการมึน ๆ งง ไม่สับสน ไม่เกิดอุบัติเหตุทั้งในขณะชักและหลังการชัก ประเมินอาการทางระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) ได้คะแนน E4V5M6 ไม่มีอาการเหนื่อย ระดับออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้ววัดได้ ๙๙% หลังการเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชักซ้ำ สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 36.8 ◌ C ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นชีพจรสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง

วันที่ 16 มกราคม 2566 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเพ้อสับสนรุนแรง (ภาวะ Delirium Tremens) อาการพูดพึมพำ เกร็ง เหงื่อออก ผู้ป่วยเริ่มมีอาการถอนพิษสุรา CIWA-Ar = ๒๐ คะแนน ได้ Valium ๑๐ mg. IV ๒ ครั้ง หลับได้เป็นช่วง ๆ รู้สึกตัวดี ยังมีอาการอ่อนเพลีย มึน ๆ แต่สับสนวัน เวลา รับรู้สถานที่และบุคคลระยะเวลาการเกิดภาวะเพ้อสับสน 72 ชั่วโมง หลังได้รับยา อาการสงบลงคะแนน CIWA-Ar = 8 ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบทดแทนทั้งหมด ได้รับการดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผูกยึดผู้ป่วย ไม่เกิดอันตรายจากภาวะ Delirium Tremens

วันที่ 3 นอนรักษาตัวโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ สูง อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย 38-39 ◌ C มีอาการเหนื่อยหอบ ไอ ตรวจวัดระดับออกซิเจนปลายนิ้วด้วยเครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด หรือ SpO2 ค่าออกซิเจนในเลือด 96-100% และมีอาการเหนื่อยหอบ รายงานแพทย์ทราบทันทีและให้ Oxygen cannula 3 lite/minute ให้มีการ Chest x-ray ซ้ำ พบ Infiltration lower right lung แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบ ให้ยา Ceftriaxone 2grams intravenous drip in NSS 100 mg วันละ 1 ครั้ง 7 วัน (17-23 ม.ค.67) ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในระยะบำบัดด้วย 16 วันและขอกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยได้รับยาที่มีผลต่อนอนุมูลอิสระ รักษาพิษจากแอลกอฮอล์ฉับพลัน ไขมันพอกตับและโรคตับอักเสบ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Magnesium oxide (140 mg) 1x 3 Oral pc. และ Metadoxine (500 mg) 1x 3 Oral pc. อาการอ่อนเพลียของผู้ป่วยดีขึ้นตลอดการบำบัดรักษาจนถึงระยะติดตามผลไม่พบอาการตัวตาเหลือง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผลตรวจเลือดการทำหน้าที่ของตับในวันที่ 28 มกราคม 2566 ค่า SGOT ลดลงจาก210 IU เป็น 76 IU และ SGPT จาก 122 IU เป็น 65 IU

ภายหลังการจำหน่ายจาก สบยช. ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยและญาติวางแผนไปตามนัด ส่วนการดูแลวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่าผลการดูแลต่อเนื่องเป็นไปตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและไม่มีพฤติกรรมการดื่มซ้ำ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ทางพยาบาลที่ศึกษารายกรณีจึงยุติสัมพันธภาพเพื่อการดูแล และส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานยาเสพติดและจิตเวช รพ.ใกล้บ้านดูแลต่อเนื่อง ตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ลดภาวะแทรกซ้อนจากการชักเกร็งจากขาดสุรา

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งทั้งตัว 30 วินาที

O: หยุดดื่มสุรามาเป็นเวลา 24 ชั่วโมง

S: ผู้ป่วยเล่าว่าเคยชักจากหยุดดื่มสุรา 1 ครั้ง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการชักเกร็ง

เกณฑ์การประเมิน ไม่เกิดการบาดเจ็บอื่น ๆ หรือ เกิดอุบัติเหตุ ขณะผู้ป่วยเกิดภาวะชัก

กิจกรรมการพยาบาล

ขณะมีอาการชัก ปัญหาที่จะพบได้คือ สมองขาดออกซิเจนและอันตรายที่อาจเกิดเนื่องจากไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ โดยมีการดูแลดังนี้

1. ระวังไม่ให้ศีรษะและลำตัวผู้ป่วยกระแทกของแข็ง ขณะชักเพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ นำสิ่งของที่เป็นอันตรายออกไป

2. ขณะชักงดการใช้ไม้กดลิ้นหรือวัตถุใดๆสอดเข้าปากหรืองัดปากขณะผู้ป่วยเกร็งเพราะจะทำให้เกิดแรงต้าน อาจเกิดฟันหรือกระดูกหักได้ หรือช่องปากเกิดการบาดเจ็บได้

3. จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งนำอาหารออกจากช่องปาก ปลดเสื้อผ้าคลายออกเพื่อให้หายใจได้สะดวก

4. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ Valium 10 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงหลังการให้ยา

5.อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาที่มีอาการชักเพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่ามีผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย

7.ประเมินการหายใจของผู้ป่วย สังเกตอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการหายใจ เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอกและประเมินว่าผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่โดยการสังเกตอาการของผู้ป่วยและการวัดออกซิเจนในเลือด ระวังไม่ให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจและการสำลัก

ระยะหลังมีอาการชัก เนื่องจากภาวะชักมีผลกระทบต่อระบบต่างๆของร่างกายหลายระบบ รวมทั้งยากันชักที่ให้กับผู้ป่วยก็มีผลต่อระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยเช่นกัน วัตถุประสงค์ของการพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการชักหรือจากผลของยากันชักและป้องกันการเกิดอาการชักซ้ำโดยมีการจัดการและดูแลดังนี้

1. ประเมินอาการทางระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) โดยดูการลืมตา การพูดและการเคลื่อนไหว

2. ตรวจปฏิกิริยารูม่านตาดูขนาดของรูม่านตาเท่ากันทั้ง ๒ ข้างและมีปฏิกิริยาต่อแสงก่อนและหลังชักเหมือนกันหรือไม่

3. วัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพหลังเกิดการชัก

4. สังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติหลังจากการชัก ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย ซึมอาการอ่อนแรง

5. จัดท่านอน ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง แหงนคอเล็กน้อยและตะแคงหน้า ช่วยให้ทางเดินหายใจตรง อากาศผ่านเข้าออกได้ดีและการตะแคงหน้าจะช่วยป้องกันการสำลักเสมหะและน้ำลาย

6. สังเกตและติดตามอาการชักของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นอีก โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในบริเวณที่สังเกตได้ง่ายตลอดเวลาเช่นบริเวณหน้าห้อง nurse station

7. หลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการชักขึ้นอีก เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ เหมาะแก่การนอนหลับพักผ่อน ไม่มีสิ่งรบกวน

8. ลงบันทึกทางการพยาบาล ติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและส่งข้อมูลให้ในพยาบาลเวรต่อไปเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งทั้งตัวประมาณ 10 วินาที หลังได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์โดยการให้ยา Valium 10 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และการพยาบาลตามขั้นตอน ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีอาการมึนๆ งง ไม่สับสน ไม่เกิดอุบัติเหตุทั้งในขณะชักและหลังการชัก ประเมินอาการทางระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) ได้คะแนน E4V5M6 ไม่มีอาการเหนื่อย ระดับออกซิเจนในเลือดวัดได้ 99 % หลังการเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชักซ้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะโปตัสเซียมและแม็กนีเซียมต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก “อ่อนเพลีย ขาไม่ค่อยมีแรง”

O: การทรงตัวของผู้ป่วยไม่ค่อยดี ต้องช่วยพยุงเวลาเดิน

O: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโปตัสเซียม 3.2 mmol/L แม็กนีเซียม 1.2 mg/dl (โพแทสเซียมค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/Lแมกนีเซียมค่าปกติ 1.6 - 2.6 mg/dl)

วัตถุประสงค์ 1.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ

2.ระดับโปตัสเซียมและแม็กนีเซียม เข้าสู่ระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ จากการหกล้ม ไม่เกิดการตกเตียง

2.ระดับโปตัสเซียม (3.5 – 5.1 mmol/L) และแม็กนีเซียม (1.6 – 2.6 mg/dl)

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินอาการอ่อนเพลีย แขน ขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขา และต้นแขน

2.จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบไม่มีสิ่งกีดขวาง พื้นไม่เปียก จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่มีที่กั้นเตียง และยกไม้กั้นเตียงขึ้นขณะผู้ป่วยพักผ่อน เพื่อป้องกันการตกเตียง

3.ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย โดยช่วยพาเข้าห้องน้ำ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มกรณีผู้ป่วยเดินได้ หากยังเดินไปห้องน้ำไม่ได้ช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่ายและทำความสะอาดร่างกายที่เตียง

4.ประสานกับโภชนากรจัดอาหารที่มีโปตัสเซียมและแม็กนีเซียมให้ผู้ป่วยรับประทานดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารที่ทางโภชนาการจัดมาให้

5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับโปตัสเซียมและแม็กนีเซียม ทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในเรื่องแนวทางการบริหารยา การติดตามอาการผู้ป่วยหลังได้รับยาโปตัสเซียมและแม็กนีเซียมทดแทนและการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

6.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จนระดับโปตัสเซียมและแม็กนีเซียม เข้าสู่ระดับปกติ

7.อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

8.ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพทุก๔ ชั่วโมง

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้ม หรือตกเตียง ขณะเกิดภาวะโปตัสเซียมและแม็กนีเซียมต่ำ

2. หลังได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Mg-oxide(140 mg)1 X3 oral pc.

3. ได้รับ Elixir 30 cc. x 3 doses ระดับ โปตัสเซียมของผู้ป่วยเข้าสู่ระดับ ปกติ 3.5 mmol/L ในวันที่ 28 มกราคม 2566 ระดับ แม็กนีเซียมของผู้ป่วยเข้าสู่ระดับ ปกติ 1.6 mg/dl วันที่ 30 มกราคม 2566 ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้

ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลที่ 3 ลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากภาวะ Delirium Tremens

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวาย สับสนไม่นิ่ง จากการขาดสุรารุนแรงมาก (Delilirium Tremens)

O: ประเมินคะแนน CIWA-Ar 28 คะแนน

O: หูแว่วภาพหลอน ส่งเสียงเอะอะ ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ตะโกนเสียงดัง

O: การทรงตัวไม่ดี ควบคุมการเคลื่อนไหวของตนเองไม่ได้

O: มีอาการมึนงง สับสนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้

วัตถุประสงค์ 1.ไม่เกิดอันตรายจากภาวะ Delirium Tremens

2.ผู้ป่วยได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันของอย่างถูกสุขลักษณะ เกิดความสุขสบาย

เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยมีอาการสงบลงปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ จนถึงหลับพักผ่อนได้

2.คะแนนการประเมินอาการขาดสุรา CIWA-Ar น้อยกว่า 8

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสิ่งแวดล้อมที่ลดการกระตุ้น จัดแสงสว่างเพียงพอ และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Valium 10 mg IV ตาม CIWA-Ar.ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา

2. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา โดยประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยาและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา Valium ที่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรวจวัดสัญญาณชีพและติดตามประเมินอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่องทุก 15-30 นาทีจนเข้าสู่ภาวะปกติเนื่องจากยามีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางเช่น ง่วงนอนมาก หายใจช้าการทรงตัวไม่ดีเดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากพบอาการ ดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา

3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับได้ ลดสิ่งกระตุ้น อากาศถ่ายเทสะดวก มีอุปกรณ์ เครื่องใช้เท่าที่จำเป็น ไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น

4. พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยเนื่องจากไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะเคลื่อนไหว ขณะผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมาก เมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วย และให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ และมีการตรวจดูบริเวณที่ผูกยึดระวังเรื่องการเกิดบาดแผลจากการผูกยึด ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง

5. ตรวจเยี่ยมอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล จากการดิ้นไปมาของผู้ป่วยและจากการผูกยึด การวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ทุก 15-30 นาที

6.ประเมินปริมาณอาหาร น้ำที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ ในแต่ละมื้อ โดยการป้อนอาหารและน้ำให้ผู้ป่วย ประเมินภาวะขาดน้ำโดยดูจากความชุ่มชื้นของริมฝีปาก และผิวหนัง ความเข้มข้นของปัสสาวะหากมีสีเหลืองเข้ม แสดงว่าขาดน้ำ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip 80 cc/hr บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในแต่ละเวร

7. ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้ มีความพร่องในการดูแลจึงให้การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด โดยการดูแลความสะอาดร่างกายเช็ดตัว และดูแลความสะอาดดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะและความสะอาดหลังการขับถ่าย ให้เกิดความสุขสบาย ให้การพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น อธิบายผู้ป่วยคนอื่นให้รับทราบเพื่อไม่ให้รบกวนผู้ป่วย

8. บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเพ้อสับสนรุนแรง (ภาวะ Delirium Tremens) อาการพูดพึมพำ เกร็ง เหงื่อออกของผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม 2566 ค่อยๆสงบลงหลังได้รับยา Diazepam 20 mg IV จำนวน 2 ครั้ง Diazepam 10 mg IV และในวันที่ 15 มกราคม 2566 คะแนนประเมินอาการถอนพิษสุรา 20 คะแนน Valium 10 mg. IV 2 ครั้ง หลับได้เป็นช่วงๆจนถึงวันที่ 16 มกราคม 2566 ผู้ป่วยตื่นนอน รู้สึกตัวดี ยังมีอาการอ่อนเพลีย มึนๆ การรับรู้ สถานที่และบุคคลถูกต้อง สับสนเรื่องวันเวลา รวมระยะเวลาการเกิดภาวะเพ้อสับสน

48 ชั่วโมง คะแนน CIWA-Ar= 8 ขณะได้รับยาและหลังได้รับยาตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิตปกติ การหายใจปกติ พบมีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงช่วง 38-39 C ในวันที่ 16 มกราคม 2566

2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบทดแทนทั้งหมดในช่วงเพ้อสับสนรุนแรง ได้รับการดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการขับถ่าย ร่างกายสะอาดไม่พบรอยบาดแผลจากการผูกยึด

ข้อวินิจฉัยที่ 4 ลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากอาการปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirate Pneumonia)

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกลืนช้าจากการได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine

O : ผู้ป่วยได้รับยา valium ทำให้การกลืนอาการมีปฏิกิริยาช้ากว่าปกติ

O : ผู้ป่วยมีก้อนที่คอ กลืนอาหารลำบาก สำลักอาหารได้ง่าย

วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2. ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา อาการแทรกซ้อนทุเลาลง-หายและดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา Ceftriaxone 2 g vein drip วันละ 1 ครั้ง จำนวน 7 วัน ไข้ลดลง อาการเหนื่อยหอบลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูงขณะป้อนอาหาร และน้ำทุกครั้ง จนผู้ป่วยรับประทานเสร็จ เรียบร้อย จัดอาหารอ่อนให้ผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการเคี้ยวและกลืนโดยป้อนทีละน้อยรอให้ผู้ป่วยกลืนจนเสร็จเรียบร้อย

2. ดูแลให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา Ceftriaxone 2 g vein drip วันละ 1 ครั้ง จำนวน 7 วัน ให้ IVF 0.9 Nacl 1000 ml vein drip 80 cc/hr.

3. ทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยทุกเช้า และทุกครั้งหลังมื้ออาหาร เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปาก

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

5. เฝ้าระวังอาการไข้ไอ หอบ เหนื่อย กรณีมีหอบเหนื่อยประเมิน O2sat (oxygen saturation) keep 99-100 % ถ้าต่ำกว่าเกณฑ์ให้ O2 cannula 3 lite/minute

6. ดูแลความสะอาดร่างกาย การขับถ่ายของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดสุขลักษณะที่ดีและป้องกันการติดเชื้อ

7. บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล

ไม่เกิดการสำลักอาหารและน้ำ มีอาการไอเหนื่อยหอบ บ้าง ผู้ป่วยได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษา Ceftriaxone 2 g vein drip วันละ 1 ครั้ง จำนวน 7 วัน ระยะก่อนได้รับยา 1-2 วันแรก มีไข้ระหว่าง 38 -39.5 C. หลังจากได้รับยา Ceftriaxone 2 g vein drip วันละ 1 ครั้ง วันที่ 2-3 ผู้ป่วยไม่มีไข้ มีหอบเหนื่อยเป็นช่วงๆ ประเมิน O2sat keep 99-100 % ถ้าต่ำกว่าเกณฑ์ให้ O2 cannula 3 lite/minute

ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบ

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพออาการเหนื่อยหอบทุเลาลง

ข้อมูลสนับสนุน

O : ผู้ป่วยมีอาการไข้ไอ หอบ เหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation มีน้ำคั่งในปอด ผล CXR พบ Pneumonia

S : ผู้ป่วยบอกว่าเวลาไปจะเหนื่อย

วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะเกิดภาวะปอดอักเสบ

เกณฑ์การประเมิน ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน oxygen saturation keep 99-100 %

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะการทำงานของปอดการหายใจและค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation)

๒. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเพื่อให้หายใจสะดวกขึ้น

๓. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา O2sat (oxygen saturation) keep 99-100 % ถ้าต่ำกว่าเกณฑ์ให้ O2 cannula 3 lite/minute

๔. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา Antibiotic ตามแผนการรักษา Ceftriaxone 2 g vein drip วันละ 1 ครั้ง จำนวน 7 วัน ให้ IVF 0.9 Nacl 1000 ml vein drip 80 cc/hr.

๕. ดูแลให้ได้รับอาหาร น้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

๖. ดูแลความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย และความสะอาดของสิ่งแวดล้อม

๗. จัดหน้ากากปิดปากและจมูกให้ผู้ป่วยใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย และรับเชื้อเพิ่ม

๘. จัดพาหนะมีฝาปิดสำหรับบ้วนเสมหะ และทิ้งกระดาษที่ซับน้ำมูก เสมหะ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

9. ให้แนะนำเรื่องการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจสำหรับผู้ป่วยและญาติ ช่วงที่ญาติมาเยี่ยม การดูแลตนเองที่บ้านสำรับญาติ ด้วย

10.บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

ประเมินผลการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนผู้ป่วยได้รับออกซิเจน O2sat (oxygen saturation) keep 99-100 % ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ช่วงมี่มีหอบเหนื่อยให้ O2 cannula 3 lite/minute อาการเหนื่อยหอบทุเลาลง ได้รับยาAntibiotic ตามแผนการรักษา ceftriaxone 2 g vein drip วันละ 1 ครั้ง จำนวน 7 วัน ตามแผนการรักษา ไม่มีไข้ ประเมินสัญญาณชีพปกติ BP. 138/78 mmHg P 89 ครั้ง/นาที อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 37 ̊C

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหน้าที่เอนไซท์ตับบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

O: ท้องมาน อ่อนเพลีย ประวัติดื่มสุราตั้งแต่อายุ 20ปี ดื่มสุรามานาน 30 ปี

O: ผลตรวจเลือดการทำหน้าที่เอนไซท์ของตับแรกรับ SGOT 246 IU SGPT 199 IU

วัตถุประสงค์ 1 .เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่อง

2. ค่าการเอนไซท์การทำหน้าที่ของตับดีขึ้นสู่ระดับที่ปกติ

เกณฑ์การประเมิน อาการแทรกซ้อนจากการท่างานของตับบกพร่องดีขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลียลดลง ไม่พบภาวะตัวตาเหลือง และผลการตรวจเลือดการท่าหน้าที่ของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร แน่นอึดอัดท้อง หรือคันตามผิวหนัง

2. ประสานงานกับนักโภชนาการจัดอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันต่ำ

3. ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบ

4. อธิบายพยาธิสภาพของโรค ให้ผู้ป่วยเข้าใจ ร่วมมือในการบำบัดรักษา มีแรงจูงใจในการบำบัดและเลิกดื่มสุรา พร้อมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การนอนพักผ่อนให้เพียงพอไม่นอนดึก เพราะการพักผ่อนน้อย การดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด การทานอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้การทำงานของตับแย่ลง

5. ดูแลให้ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8 – 10 แก้ว/วัน เพื่อป้องกันผิวแห้งจากการขาดน้ำ

6. ดูแลให้การขับถ่ายเป็นปกติ เพื่อลดการคั่งของแอมโมเนียในร่างกาย

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การท่าหน้าที่ของตับ (LFT) รายงานผลให้แพทย์ทราบ

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ต่อนอนุมูลอิสระ รักษาพิษจากแอลกอฮอล์ฉับพลัน ไขมันพอกตับและโรคตับอักเสบ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Mg-oxide (140 mg)1 x 3 Oral pc.และ Metadoxine (500 mg) 1x 3 Oral pc.

ประเมินผลการพยาบาล

ได้รับยาที่ต้านนอนุมูลอิสระ รักษาพิษจากแอลกอฮอล์ฉับพลัน ตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Mg-oxide และ Metadoxine 14 วัน อาการอ่อนเพลียลดลง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผลตรวจเลือดการทำหน้าที่ของตับในวันที่ 28 มกราคม 2565 ค่า SGOTลดลงจาก 210 IU เป็น 76 IU และ SGPT จาก 112 IU เป็น 65 IU

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจาการดื่มสุราต่อตนเองและคนรอบข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

O: มีประวัติการดื่มสุรามาเป็นระยะเวลานาน 30 ปี บ้านผู้ป่วยจำหน่ายสุรา

O: ผู้ป่วยมีประวัติมารับการบำบัดรักษาสุรา 2 ครั้ง กลับไปดื่มซ้ำทุกครั้ง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงอันตรายจาการดื่มสุรา

เกณฑ์การประเมิน

1.ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการเลิกดื่มสุราได้

2.ผู้ป่วยสามารถบอกอันตรายของสุราต่อตนเองและคนรอบข้างได้

3.ภรรยาและลูกสาวผู้ป่วยสามารถบอกถึงแนวทางการช่วยดูแลผู้ป่วยไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราของผู้ป่วย

2.การสะท้อนให้ผู้ป่วยคิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการดื่มสุรามาเป็นระยะเวลานาน ต่อตนเอง และครอบครัวและคนรอบข้าง

3. เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราให้กับผู้ป่วย โดยสะท้อนคิดว่าหากผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้จะเกิดอะไรขึ้นกับชีวิตบ้าง ในด้านของสุขภาพร่างกาย สัมพันธภาพกับครอบครัว ด้านการงาน การเงิน การเลิกสุราให้สำเร็จต้องตั้งใจเลิกอย่างเด็ดขาด สร้างความตระหนักถึงอันตรายของสุราที่เกิดขึ้นต่อตนเองในปัจจุบันและคนรอบข้างได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราอย่างไรบ้าง

4.การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่นการไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่มีสุรา ควรต้องวางแผนก่อนไปว่าหากเพื่อนชวนจะปฏิเสธอย่างไรให้สำเร็จ หรือพาลูกไปด้วยเพื่อคอยดูแลไม่ให้กลับไปดื่ม

5.ชวนผู้ป่วยปรับมุมมองสู่การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การดื่มสุราซ้ำ โดยใช้ถามปลายเปิดเพื่อชวนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวความคิดที่นำไปสู่การหยุดดื่มสุรายับยั้งความคิดอยากดื่มสุราและลงมือปฏิบัติตามสิ่งที่คิดด้านบวก เช่น คิด ท่องในใจ“วันนี้ไม่ยกแก้วแรก”อยู่กับปัจจุบันให้ผ่านวันนี้ได้และชื่นชมตนเองมี่ทำได้

6.แนะนำผู้ป่วยเมื่อถึงมื้ออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่ม และครบตามเวลา 3 มื้อต่อวัน และทานยาตามที่แพทย์ให้กลับบ้าน เพื่อช่วยป้องกันการเกิดอาการอยากดื่มสุราควรหากิจกรรมทำไม่ให้ว่างงานเพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงสุราและมีโอกาสหันกลับไปดื่มอีก

7.ประเมิน ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราและเทคนิคที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้สำเร็จและแนะนำให้ภรรยาและลูกช่วยกำกับติดตาม เป้าหมาย ความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะหยุดดื่มสุราและให้กำลังใจในการหยุดดื่มสุราทุกวัน

8.ให้ความรู้เรื่องการสร้างความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าความไว้วางใจไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด ต้องอาศัยระยะเวลา และการแปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่อง การสร้าง ความไว้วางใจเป็นส่วนที่จำเป็น เมื่อครอบครัวเกิดความไว้วางใจจะส่งผลให้เกิดความเข้าใจ ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำได้

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันได้คือ ตื่นเช้ามา เดินออกกำลังกาย ทานอาหาร ทานยา เขียนบันทึกตามที่พยาบาลแนะนำ ทั้งเป้าหมายวันต่อวัน และความภาคภูมิใจในวันนี้และขอบคุณตนเองที่ได้สำเร็จใน 24 ชั่วโมง มีความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราเพราะเห็นว่าก่อให้เกิดโรคและความทุกข์ทรมานจากการดื่มสุราต่อตนเอง ลูกและภรรยาเดือดร้อน เครือญาติพี่น้องเดือดร้อนจากการดื่มสุราของตน ผู้ป่วยยึดคำว่าวันนี้ไม่ยกแก้วแรก ไม่ดื่มไม่สูบบุรี่ใน 24 ชั่วโมง ทำแบบนี้เอาวันต่อวัน ขอทำต่อไปทุกวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

O : จากการสอบถามผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ครอบคลุม

S : ญาติสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจ้าหน่าย D METHOD

D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องสุรา สาเหตุ การป้องกันการดื่มสุราซ้ำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปดื่มสุรา

T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาสุรา รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและการปรึกษาแพทย์หรือการมาก่อนนัด

H Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากสุรา

O: Outpatient Referral การส่งต่อและการติดตามการรักษา

ก่อนกลับบ้านแนะนำผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ที่ รพ.ระนอง พร้อมอธิบายถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ จากการมาพบแพทย์และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการตรวจสุขภาพจากโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและการดูแลป้องกันไม่ให้กลับไปติดซ้ำ หรือหากกลับไปดื่มซ้ำ ก็จะช่วยให้ไม่กลับไปดื่มหนัก หลังจำหน่ายและพยาบาลจะขอโทรติดตามการรักษาหลังจำหน่าย 4 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง (มกราคม - พฤษภาคม 2566) ประสาน และส่งผู้ป่วยต่อไปยังงานยาเสพติดจิตเวช โรงพยาบาลระนอง ต่อไป

D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่นการรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย จำพวกเนื้อปลา ไก่ ผัก ผลไม้ ควรงดอาหารโปรตีนจากสัตว์ จะช่วยการย่อยอาหารดีขึ้น และผักผลไม้ช่วยให้ระบบทางเดินอาหาร และระบบขับถ่ายเทได้ดี

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจคำแนะนำและมีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกแนวทางการไปพบแพทย์เพื่อรักษาต่อเนื่องที่ รพ.ระนองได้ และบอกแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีทุกด้านเรื่องการรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เหมาะสมกับผู้ป่วย การฝึกเดินออกกำลังกาย การทานยาต่อเนื่อง กรณีเร่งด่วนฉุกด่วนฉุกเฉินมีแนวทางและเบอร์โทรการประสานงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ให้การช่วยเหลือนำส่งโรงพยาบาล

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรามีภาวะปอดอักเสบถือเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล หากไม่ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมอาจส่งผลให้อาการของผู้ป่วยมากขึ้นจน เกิดการติดเชื่อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลควรมีความรู้ความสามารถทั้งด้านการประเมินอาการถอนพิษสุรา การประเมินภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine มีผลต่อการคลายของกล้ามเนื้อทุกส่วน รวมถึงกล้ามเนื้อใช้ในการกลืนอาหาร เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจจากการสำลักอาหารได้ รวมทั้งช่วงนี้การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ยังมีอยู่สามารถทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้เพิ่มขึ้น เพิ่มความรุนแรงของระบบทางเดินหายใจได้ การประเมินอาการผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญนำไปสู่การกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุรา ภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางทางจิตที่เกิด พยาบาลต้องมีทักษะในการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ ด้านสังคมที่เกิดกับผู้ป่วยแต่ละราย ใช้ทักษะเสริมคุณค่าตัวเองให้แก่ผู้ป่วย การป้องกันการติดซ้ำจะทำให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีสุรามีภาวะปอดอักเสบ ครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ ดีขึ้น และหยุดดื่มสุราได้นานขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

1. ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราระยะแรกรับ (Initial phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วย มีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก (Maximum care) เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต สุ่มเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจากการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) เน้นการรักษาโดยการให้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม ด้านประวัติการดื่ม การดื่มครั้งสุดท้าย การตรวจร่างกาย อาการถอนพิษสุรา การบำบัดช่วงถอนพิษสุรามีความสำคัญมากเนื่องจากสมองมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ ทั้งการลดลงและการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มทันที เกิดอาการถอนสุรา ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อ ออก หงุดหงิดง่าย มือสั่น ชักเกร็ง กระวนกระวาย ก้าวร้าว หรืออาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเพ้อสับสน (Delirium tremens: DTs) ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะเป็นภาวะที่อันตรายต่อผู้ป่วย ฉะนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสุราต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ประเมินอาการถอนพิษสุราร่วมกับการใช้แบบประเมินได้อย่างถูกต้อง คะแนนการประเมินมีผลต่อการให้ยาเพื่อลดอาการถอนพิษสุราและต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะถอนพิษสุรา อาการดีขึ้น ต้องมีการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยทางจิตใจ สังคม ก็จะทำให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหา สาเหตุ ที่มีความเชื่อมโยงกันและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ

3. จากการดื่มสุราที่ยาวนานนี้ทำให้ผู้ป่วยติดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ประกอบกับสุราส่งผลกระทบต่อสมอง ทำให้เกิดความอยากดื่มสุรา (Alcohol Craving) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะหมดอาการถอนพิษสุราทางร่างกายแล้วก็ตาม ความอยากสุรายังมีโอกาสเกิดขึ้นได้ หากผู้ป่วยมีความอยากสุราเกิดขึ้นมาก ร่วมกับมีปัจจัยตัวกระตุ้นอื่นร่วมด้วย อาจทำให้ไปดื่มซ้ำและติดซ้ำได้ ความรู้ความเข้าใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสุราจะทำให้เกิดผลที่ดีในการดูแลต่อเนื่อง การติดตามดูแลหลังรักษาต่อเนื่อง สามารถช่วยเหลือและประคับประคองให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้นานที่สุด

4.การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น ผู้นำหมู่บ้าน ควรร่วมกันดูแลผู้ป่วยไม่ให้เข้าไปดื่มสุรา หรือหากพบพฤติกรรมที่เริ่มดื่มสุราของผู้ป่วยให้มีช่องทางการแจ้งครอบครัวทราบเพื่อป้องกันก่อนที่จะติดซ้ำได้ และอาจเกิดผลกระทบต่อคนในชุมชนได้ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ

ด้านนโยบาย

1.การดื่มสุราส่งผลกระทบอย่างมากมายหลายด้าน ซึ่งจากกรณีศึกษาที่ได้รับผลกระทบหลายด้านและการเริ่มต้นดื่มตั้งแต่อายุ 20 ปี ดื่มมานาน 35 ปี ผู้ป่วยคิดว่าการดื่มสุราไม่ใช่ปัญหาของผู้ป่วยจนก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางกายหลายโรค เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัวและคนรอบข้าง กรณีศึกษาขับรถจักรยานยนต์เมื่อดื่มสุราเกิดอุบัติเหตุ 4 ครั้งในชีวิตดื่มแล้วขับก่อให้เกิดอันตรายบนท้องถนน ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าประชากรไทยมีอัตราการดื่มสุราของประชากรอายุ 15-24 ปี มีการดื่มสุราร้อยละ 23.๖๕ กลุ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง ๓๐ วัน ดังนั้นควรเร่ง ส่งเสริม สนับสนุนค่านิยม ใหม่เรื่องสุรา หาวิธีปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการดื่มสุรา โดยการรณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้ ความเข้าใจ ในกลุ่มวัยรุ่นนักเรียน ให้เข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงและโทษของการดื่มสุรา ซึ่งคนในครอบครัวและชุมชนต้องร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมในการป้องกันปัญหาการดื่มและติดสุรา รวมถึง มาตรการ การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจำกัดอายุผู้ซื้อ การจำกัดเวลาจำหน่าย การจำกัดจุดจำหน่าย การลดระดับเพดานแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ลงมา (ปัจจุบัน เกิน 50 mg%) การยึดใบขับขี่กรณีผู้ขับขี่เมาสุราขับรถ การควบคุมการบริโภคของเยาวชน ฯลฯ ตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ เหล่านี้สามารถเป็นต้นทางในการลดอันตรายจากการดื่มสุราได้

๒.ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงนั้นบุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสพบผู้ป่วยที่มาบำบัดด้วยยาและสารเสพติดอื่น แต่มีการดื่มสุราร่วมด้วย ฉะนั้นการประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีการซักประวัติเพิ่มในเรื่องการดื่มสุราซึ่งจะทำได้รับการดูแลควบคู่กันกับยาเสพติดหลักด้วย รวมถึงโรงพยาบาลทั่วไปที่มีผู้รับบริการ ที่มาในแผนกต่างๆ เช่น ในแผนกฉุกเฉิน ที่มาด้วยอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ฯลฯ พยาบาลที่ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และปลอดภัย ดังนั้นจึงควรส่งเสริม และเผยแพร่องค์ความรู้การดูแล การประเมินอาการผู้ป่วยเสพติดสุราและภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เกิดขึ้นอย่างทั่วถึงเพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพ เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยสุราได้อย่างปลอดภัยและกลับไปเป็นคนดีของสังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กิตต์กวี โพธิ์ใน .2562. **7สัญญาณเตือน “คนติดเหล้า”** สืบค้นจาก https:// www.Thaihealth.or.th วันที่ 23 มกราคม 2565

จินตวีร์พร ปูนแก้ว .2559. **การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา Alcohol Dependence**.วารสารการพยาบาลและการศึกษา.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่.

นิภาภัคร์ คงเกียรติพันธุ์ .2563. **การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึก ผู้ป่วยใน** โรงพยาบาลโกสุมพิสัย.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน,5(3),138-140.

พรศิริ พันธสี .2560. **กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ**:การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2 .สมุทรปราการ :คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

พิชัย แสงชาญชัย .2544. **สุราและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องAlcohol – Relate Disorder**ในวิโรจน์ วีรชัยและคณะ.**ตำราการบำบัดรักษายาเสพติด.**กรุงเทพฯ:วัชระอินเตอร์ปริ้นติ้ง.

ยุวดี เกตสัมพันธ์.**กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล**.เข้าถึงได้จาก http://hphanamai.moph.go.th/data/news_ha/๐๗/nur_doc.pdf วันที่ 24 มิถุนายน 2565

โรงพยาบาลกรุงเทพ.**โรคปอดอักเสบ-หรือปอดบวม** .เข้าถึงได้จาก ttps://www.bnhhospital.com/th/article วันที่ 14 มีนาคม 2566

โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต.**บทความสุขภาพ** .เข้าถึงได้จากttps://www.phukethospital.com/th/healthy-articles/pneumonitis วันที่ 14 มีนาคม 2566

โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์.**โรคปอดอักเสบ-หรือปอดบวม** .เข้าถึงได้จาก https://www.bumrungrad.com/th/conditions/pneumoniti วันที่ 24 มีนาคม 2566

วิมล ลักขณาภิชนชัช .2563. **คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด.**สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,ปทุมธานี.

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.**รายงานการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2559**.เข้าถึงได้จาก18 มีนาคม 2566

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.**ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อายุ 15-24 ปี 2564**.สืบค้นได้จาก https://data.go.th/dataset/os_05_00006 วันที่ 11 มิถุนายน 2566

สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา,อังกูร ภัทรากร,ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช,อภิชาติเรณูวัฒนานันท์,นันทา ชัยพิชิตพันธ์ . 2564. **แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา**.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาวิตรี อัษณางค์กร .2562. **ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2559-2561**. พิมพ์ครั้งที่ 1:กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

หรรษา เศรษฐบุปผาและคณะ .2555.**วิถีชีวิตก่อนติดสุราของผู้ติดสุราในพื้นที่ภาคเหนือ** :วนิดาการพิมพ์

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย .2554. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วีพริ้น บริษัท พิมพ์อักษร จำกัด.