

รายงานผู้ป่วย

Patient Report

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ : รายงานผู้ป่วย

Nursing care of patients with seizures resulting from
alcohol withdrawal : Case report

นางพัชรี ดอนจันทร์เขียว พย.บ.

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

ภาวะชักต่อเนื่องเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและถูกต้อง เนื่องจากภาวะชักต่อเนื่องสามารถก่อให้เกิดความพิการทางสมองและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชาย 54 ปี มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องนานกว่า 20 ปี หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 วันก่อน มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคลมชัก ใช้น้ำยา Kreppa และ Depakin เข้ารับการรักษาวันที่ 26-28 มีนาคม 2568 ด้วยอาการชักเกร็ง 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยแสดงอาการที่สอดคล้องกับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยที่ค่า CIWA-Ar ได้รับการประเมินอยู่ที่ระดับ 12 ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง ผล CT Brain พบ encephalomalacia ในสมองซีกซ้ายและสมองฝ่อ ซึ่งเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมองในอดีต การวินิจฉัยที่ได้รับ Alcohol withdrawal, epilepsy from remote lesion ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyte พบ Potassium ต่ำ มีการให้ Potassium chloride เพื่อปรับสมดุล, ค่า SGOT และ SGPT สูงกว่าค่าปกติ สะท้อนถึงภาวะตับเสื่อมจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตับ การรักษาที่สำคัญคือ Diazepam, Levetiracetam และ Depakin เพื่อควบคุมการชักและภาวะวิตกกังวล Vitamin B Complex เพื่อป้องกันการขาดวิตามินบี 1

การติดตาม : ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม สามารถควบคุมอาการได้ดี ไม่เกิดภาวะชักซ้ำหรืออุบัติเหตุ, อาการอ่อนเพลียลดลง, ระดับเกลือแร่ในเลือดกลับสู่ภาวะปกติ, ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความอยากดื่มสุราที่ดีขึ้น หลังจำหน่ายพยาบาลให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ ทั้งในด้านการทำงานและในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น และไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาท และไม่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์, การพยาบาล

Abstract

Continuous seizures is a condition that requires prompt and accurate medical treatment, as it can lead to brain disability and can be life-threatening if not treated in a timely manner.

Study Results : A 54-year-old male patient with a history of continuous alcohol consumption for more than 20 years stopped drinking alcohol 3 days before admission. He has underlying conditions including hypertension, cerebrovascular disease, and epilepsy, and uses Kreppa and Depakin. The patient was admitted for treatment from March 26 to March 28, 2025, due to a 20-minute tonic-clonic seizure before arriving at the hospital. During the treatment, the patient

exhibited symptoms consistent with alcohol withdrawal, with a CIWA-Ar score of 12, indicating moderate alcohol withdrawal. CT Brain results showed encephalomalacia in the left hemisphere and cerebral atrophy, a result of past cerebrovascular disease. The diagnosis included alcohol withdrawal, intoxication, and epilepsy from a remote lesion. Laboratory results revealed low potassium levels, which were corrected with potassium chloride, and elevated SGOT and SGPT, indicating liver damage possibly due to chronic alcohol use or liver dysfunction. Key treatments included Diazepam, Levetiracetam, and Depakin for seizure control and anxiety, as well as Vitamin B Complex to prevent vitamin B1 deficiency.

Follow-up : The patient received appropriate nursing care and managed to control symptoms well. No recurrence of seizures or accidents occurred, fatigue decreased, electrolyte levels normalized, and the patient's ability to manage alcohol cravings improved. After discharge, nursing staff provided continuous support through a Line application for alcohol cessation over 12 weeks. It was found that the patient was able to resume normal life, both in work and family life. Family relationships improved, with no conflicts, and the patient did not require readmission to the hospital.

Keywords : Patients with Seizures Resulting from alcohol withdrawal, Nursing care

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก และเป็นอันดับ 7 ของสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ⁽¹⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ติดสุราประมาณ 8 ล้านคน และมีอาการรุนแรงมากต้องได้รับการบำบัดด้วยยาถึง 500,000 คน⁽²⁾ ผลกระทบตามมาภายหลังการดื่มสุรา ได้แก่ การสูญเสียค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงถึง 100 ล้านดอลลาร์ต่อปีต้อง รักษาภาวะถอนพิษสุราสูงถึง 2 ล้านคนต่อปี ส่วนใหญ่อาการ รุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อมีภาวะเพ้อคลั่ง ที่มักพบ ภายใน 2-5 วันหลังการดื่มสุราครั้งสุดท้าย โดยผู้ป่วยจะมีระดับสติเลวลงการรับรู้บกพร่อง ประสาทหลอน ความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ได้รับการจัดการ จะทำให้มีผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิด จังหวะ มีภาวะขาดสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกายตลอดจน ระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกายผิดปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษา ภาวะเพ้อคลั่งจะมีอัตราการตายสูงถึง ร้อยละ 5-153 สำหรับในประเทศไทยปัญหาจากการดื่มสุรามีผลกระทบต่อสังคมไทยเป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำลายสุขภาพและเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาระโรค โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดอันดับ 3 ที่มีผลต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาบุคคลและสังคมและ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและยาวนานจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกายทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมามากมาย⁽⁴⁾ ภาวะชักจากการถอนพิษสุราเกิดขึ้นเนื่องจากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างกะทันหันในผู้ที่มีการใช้แอลกอฮอล์อย่างมากเป็นระยะเวลานาน โดยแอลกอฮอล์ทำงานโดยยับยั้งระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ผ่านการเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทยับยั้ง (GABA) และการลดการทำงานของสารสื่อประสาทกระตุ้น (Glutamate) ในสมองเมื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์, การลดการยับยั้งของ GABA และการเพิ่มการกระตุ้นของ Glutamate จะทำให้เกิดการทำงานที่ไม่สมดุลในสมอง ส่งผลให้เกิดความตื่นตัวทางระบบประสาทที่เกินความจำเป็น เมื่อการทำงานของ GABA ลดลงและการกระตุ้นจาก Glutamate เพิ่มขึ้น ระบบประสาทจะมีการตอบสนองที่เกินพอดีซึ่งอาจทำให้เกิดการชักความตื่นตัวในสมองนี้มักจะทำให้เกิดภาวะชักในช่วง 6-4⁽⁸⁾ ชั่วโมงหลังจากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะชัก (Seizures) ที่เกิดจากการถอนพิษสุราโดยมากจะเป็นประเภท “generalized tonic-clonic seizures” (GTCS) ซึ่งมีอาการชักที่รุนแรงและมักเกิดขึ้นโดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า การชักอาจเป็นเพียงครั้งเดียวหรือหลายครั้งในช่วงที่การถอนพิษสุรา

เกิดขึ้น ภาวะชักจากการถอนพิษสุราอาจเป็นส่วนหนึ่งของภาวะที่เรียกว่า Delirium Tremens (DTs) ซึ่งสามารถเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยมีอาการเช่น สับสน วิงเวียน และเพิ่มความเสี่ยงจากการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ^(5,6,7) สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลพิจิตร ปี 2565-2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 15,27 และ 38 รายตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษาด้วยโรคอื่นๆ และหยุดดื่มแอลกอฮอล์อย่างกะทันหัน มีอาการของภาวะถอนพิษสุรา ทำให้ส่งผลกระทบให้การประเมินและการรักษาของแพทย์ยากขึ้น มีภาวะแทรกซ้อน และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ในระหว่างการพักรักษาผู้ป่วยจะมีปัญหา ทั้งการผุดลุกผุดนั่งที่เสี่ยงต่อการตกเตียง การเดินวนวายรอบกวนผู้ป่วยอื่น ที่พักรักษาหรือญาติ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อผู้อื่น การอาละวาด กระโดดลงเตียงจนเกิดการพลัดตกเตียง การหลบหนีออกจากเตียงทางระเบียงด้านหลัง ทำให้เกิดอุปสรรคหรือการขัดขวางการรักษาของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น ผู้เขียนเล็งเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal Seizures) จึงได้ศึกษาปัญหาและวางแผนดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย วัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินปัญหา สาเหตุ และวางแผนให้การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงอาการของ ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการดื่ม แอลกอฮอล์ ตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดการกลับมาดื่ม แอลกอฮอล์ซ้ำ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะถอนพิษสุรา

วิธีการดำเนินการ

กรณีศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการถอนพิษสุราที่เห็นชัด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกรณีศึกษา คือ มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี) เคยมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน (Delirium Tremens) เคยมีอาการชักจากการถอนพิษสุรามาก่อนและเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย⁽¹⁾ โรงพยาบาลพิจิตร ในเดือน มีนาคม 2567 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกต 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลพิจิตร เมื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียนแล้ว นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต กึ่งวิกฤต และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 54 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ รับราชการ รูปร่างผอม น้ำหนัก 53 Kgs. ส่วนสูง 172 cms. ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 17.91

รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา : 3 วัน (26-28 มีนาคม 2567)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : อาการสำคัญ : ชักเกร็ง 20 min PTA

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ผู้ป่วยมีภาวะ epilepsy on Kreppa 2x2, Depakin 1x2 รับประทานยาสม่ำเสมอ, old CVA, ผู้ป่วยออกเเวรจากเรือนจำประมาณ 08.30 น. ประมาณ 08.45 น. ภรรยาสังเกตเห็นเดินอยู่ไม่นิ่ง จากนั้นมีชักเกร็งกระตุกทั้งตัว ตาเหลือกค้าง นานประมาณ 1 นาที มีปัสสาวะราด โทรเรียกศูนย์กู้ชีพมารับ ขณะ EMS ออกรับได้ valium 10 mg iv หลังจากนั้นไม่มีอาการชักเกร็ง

การประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol Withdrawal : CIWA-Ar)⁽⁸⁾ เท่ากับ 12 (อาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง)



(วิตกกังวล กระสับกระส่าย, ชัก tonic-clonic แบบทั่วไป, ผู้ป่วยมีความสับสน และไม่สามารถตอบสนองต่อคำถาม ได้อย่างมีสติในระหว่างการชัก)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็น HT มาประมาณ 10 ปีรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (ภรรยาให้ข้อมูล), เป็น Epilepsy with Old CVA มา 3 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว : มารดาเป็นมะเร็งตับ

ประวัติการใช้สารเสพติดและสมุนไพร : ดื่มสุรา (เหล้าแดง) ประมาณ 20 cc ต่อวัน ดื่มต่อเนื่องมาประมาณ 20 ปี (ภรรยาเห็นล่าสุด 3 วันก่อนผู้ป่วยยังดื่มสุราอยู่ แต่ไม่ทราบปริมาณ), สูบบุหรี่วันละ 7 มวน สูบนาน 20 ปี เลิกสูบบุหรี่ ได้ 20 ปี และกินสมุนไพรเห็ดหลินจือ ฟ้าทลายโจร ตรีผลา นาน 2 ปี ช่วยบำรุงร่างกาย เลิกกิน มาแล้ว 2 ปี

การวินิจฉัย : Alcohol withdrawal, epilepsy from remote lesion

อาการแรกเริ่ม : ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินโดยไม่มีอาการชักเกร็ง สังเกตพบว่า ไม่สามารถโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม สื่อสารไม่รู้เรื่อง ความดันโลหิต (BP): 134/90 mmHg ระดับความรู้สึกตัว (GCS): E4V4M6 รูม่านตา (Pupils): ขนาด 3 มม. เท่ากันทั้งสองข้าง ตอบสนองต่อแสงดี (RTBE) การทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้า : ไม่พบภาวะใบหน้าเบี้ยว (No facial palsy) แร่งกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Motor power) ระดับ Grade IV ทั้งแขนและขาทั้งสองข้าง ผู้ป่วยสามารถ ลุกนั่งได้ด้วยตนเอง

การตรวจร่างกายตามระบบ :

GA : agitation

HEENT : not pale conjunctivae, anicteric sclerae

CVS : regular rhythm, normal S1S2, no murmur RS clear, equal breath sound both lungs

Abdomen : no distention, soft, normal active bowel sound, not tender

Ext. : no pitting edema

Neuro : E4V4M6, pupil 3 mm RTLBE, no loss of NLF, Motor gr at least gr 4 by observe, sensory cannot evaluate

EKG : NSR rate 96/min DTX 101 mg%

Chest X-ray Findings : There is evidence of old scar formation consistent with previous fractures of the right 3rd and 4th ribs. No new pulmonary infiltrates or signs of acute infection are observed.

CT Brain NC : - No new brain lesion, Unchanged encephalomalacia in left temporal lobe and diffuse brain atrophy.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

26 มีนาคม 2567 :

PT 10.9 วินาที (9.9-12.1 วินาที) PTT 27.0 วินาที (20.6-30.7 วินาที) PTT Ratio 1.05 INR 0.99 PT Mean 11.0 sec PTT Mean 25.6sec

CBC : WBC 6.9x1000 (4.0-10.6 x 1000/cu.mm) RBC 5.4 (4.5-6.0 ล้าน cell/cu.mm) Hb 12.8g/dL (12.9-17.5 g/dL) Hct 40.9 (38.2-51.2%) MCV 76.3 (80.0-94.5 fL) MCH 23.9 (26.5-31.2 fg) MCHC 31.3 (31.8-36.4 g/dL) RDW 14.7 (11.0-16.0 %) PLT 177x1000 (140-400x1000/cu.mm) MPV 9.7 (9.0-13.0 fL) PCT 0.17 (0.17-0.35%) PLT Smear Adequate Neutrophil 53 (50-60 %) Lymphocyte 33 (25-35 %) Monocyte 10 (3-7%) Eosinophil 4 (2-3%) Basophil 1 (0-1%) RBC Morphology : Normochromic normocytic NRBC 0.0 cell/100 Glucose (FBS) 127mg/dL 74-109 mg/dL

BIOCHEMISTRY :

Renal Function : BUN 11 (6-20mg/dL) Creatinine 0.88 mg/dL (0.67-1.17) mg/dL eGFR 97.38 mL/min/1.73 m²

Electrolyte : Sodium 142.0 (136.0-145.0 mmol/L) Potassium 2.93 (3.40-4.50 mmol/L) Chloride 101 (98-107) mmol/L Bicarbonate (CO₂) 19.6 (22.0-29.0 mmol/L) Anion Gap 25.4 Calcium 9.9 mg/dL 8.6-10.0] mg/dL Magnesium 1.3 (1.7-2.2 mEq/L)

Liver Function Test : Bilirubin (Total) 1.0 (≤1.2) Bilirubin (Direct) 0.5 (<0.4) Bilirubin (Indirect) 0.5 (0.1-0.8) SGOT 176 (<40 U/L) SGPT 102 (<40 U/L) Alkaline Phosphatase 149 U/L (35-129 IU) Protein

7.2 (6-8) Albumin 4.3 (3.5-5.0) Globulin 2.8 (1.5-3.2)
27 มีนาคม 2567 ผล Depakin Level 40.88 ug/ml

แผนการรักษาและการรักษาที่ได้รับ

วันที่ 26 มีนาคม 2567 : ขณะนำส่ง ได้ Valium 10 mg iv Stat at ER : 5% DNSS/2 1000 ml IV rate 40 ml/hr, Valium 10 mg iv prn, Observe clinical seizure Record V/S & IO , Vitamin B Complex 1 ml iv stat At Ward : 2 amp + NSS 100 ml IV drip in 1 h OD ติดตามผล Electrolyte พบภาวะ Potassium ต่ำ ให้ Elixer Kcl 30 cc. (Potassium chloride elixir), x 3 dose Medication :

- Levetiracetam 500 mg 2tab oral 2 pc
- Folic acid 5 mg 1 tab oral 1 pc
- Depakin chrono 500 mg 1 tab oral 2 pc เข้า-เย็น
- Omeprazole 20 mg 1cap oral 2 acช-ย
- Lactulose 66.7 % ขวด (100 ml) 2 ชต. oral xhs prn เวลาท้องผูก
- Simvastatin 20 mg 1 tab oral hs
- Quetiapine 25 mg 1 tab oral hs
- Propranolol 10 mg 1 tab 2 pc ช-ย
- Vitamin B complex 1 tab oral 2 pc ช-ย

วันที่ 27 มีนาคม 2567 : Repeat Electrolyte (ผลปกติ) 0.9% NaCl 1000 ml Rate 60 ml/hr, Depakin Level, Observe clinical seizure, Vitamin B Complex (1 ml) 2 amp + NSS 100 ml IV drip ภายใน 1 ชม. (Stat)

วันที่ 28 มีนาคม 2567 : Discharge Follow Up OPD med 10/4/67 ฟังผล depakin level Home Medication : Levetiracetam 500 mg 2 tab oral x 2 pc / ถึงวันนัด, Folic acid 5 mg 1 tab oral x 1 pc ช / ถึงวันนัด, Depakin chrono 500 mg 1tab oral ช, 2 tab oral pc ย / ถึงวันนัด, Omeprazole 20 mg 1 cap oral x 2 ac ช-ย / ถึงวันนัด, Lactulose 66.7 % (100 ml) 2 ชต. Oral xhs prn เวลาท้องผูก, Simvastatin 20 mg 1 tab oral xhs/ถึงวันนัด, Quetiapine 25mg 1 tab oral xhs/ถึงวันนัด, Propranolol 10 mg 1 tab oral x 2 pc ช-ย / ถึงวันนัดและ Vitamin B complex 1 tab oral x 2 pc ช-ย / ถึงวันนัด

การติดตามหลังจำหน่าย : ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดวันที่ 10 เมษายน 2567 อาการทั่วไปปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T= 36.8 oC BP= 128/72 mmHg PR= 84/min RR= 20/min ผล CXR ปกติ และผลเลือดโดยรวมดีขึ้น : depakin level 56.73 ug/ml LFT : SGOT= 102, SGPT= 89

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 :

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์อย่างรุนแรง ได้แก่ อาการชัก
3. เป็น HT มาประมาณ 10 ปีรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง(ภรรยาให้ข้อมูล)
4. ระดับ Depakine (Valproic acid) 40.88ug/ml (Therapeutic : 50-100 ug/ml)

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะชักซ้ำและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการชักซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของการหายใจหรือการเต้นของหัวใจ
2. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาด้านชักหรือยาลดอาการถอนพิษ
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับ
 - 1.1 การตรวจสอบประวัติการใช้แอลกอฮอล์ โดยสอบถามเกี่ยวกับปริมาณและระยะเวลาที่ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ที่เคยเกิดขึ้นก่อนหน้านี้
 - 1.2 การประเมินอาการถอนพิษ โดยประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น ชัก, สั่น, เหงื่อออกมาก, คลื่นไส้อาเจียน, หรือความวิตกกังวล

1.3 การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) เพื่อตรวจสอบการตอบสนองทางประสาทสัมผัส

1.4 เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ได้แก่ การตรวจสอบอัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการถอนพิษแอลกอฮอล์, วัดความดันโลหิต เพื่อตรวจสอบภาวะความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในระหว่างการถอนพิษ, ตรวจสอบอุณหภูมิร่างกาย เพื่อตรวจสอบภาวะไข้ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการติดเชื้อหรืออาการถอนพิษ

2. ให้ยาต้านชักหรือยาที่แพทย์สั่ง ได้แก่ Levetiracetam 500 mg 2tab oral 2 pc, Depakin chrono 500 mg 1 tab oral 2 pc เข้า-เย็น ตามคำสั่งแพทย์ เพื่อลดการเกิดชักและควบคุมอาการถอนพิษ ติดตามอาการข้างเคียงจากยา เช่น ความง่วงซึม, อาการง่วง, หรืออาการอื่นๆ ที่อาจเกิดจากยา จัดการกับการใช้ยาให้เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาเกินขนาด

3. ติดตามการตรวจระดับ Valproic acid ในเลือดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของยาในการควบคุมอาการชักและการตอบสนองต่อการรักษา

4. การจัดการภาวะน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดย

4.1 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดหรือทางปาก (ตามที่แพทย์สั่ง) เพื่อรักษาสมดุลของน้ำในร่างกายและป้องกันการขาดน้ำ

4.2 ตรวจสอบระดับอิเล็กโทรไลต์และแก้ไขหากมีความผิดปกติ เช่น โซเดียม, โพแทสเซียม

4.3 ตรวจสอบสัญญาณของการขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง, ผิวหนังแห้ง, หรือการลดลงของการปัสสาวะ

5. เฝ้าระวังการเกิดภาวะชักหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติระหว่างการถอนพิษ โดยเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (เช่น ออกซิเจน, เครื่องมือช่วยหายใจ, ยา) หากผู้ป่วยเกิดภาวะชักให้ความช่วยเหลือในการป้องกันการบาดเจ็บจากการชัก เช่น การป้องกันการตกจากเตียงหรือการกระแทกกับวัตถุแข็ง

6. เฝ้าระวังการชักจากสาเหตุอื่น โดย

6.1 ประเมินและติดตามอาการทางระบบประสาท

- ตรวจสอบประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) อย่างสม่ำเสมอ

- สังเกตอาการผิดปกติของระบบประสาท เช่น อาการแขนขาอ่อนแรง ชา ชักกระตุก หรืออาการผิดปกติอื่นๆ

- ประเมินอาการทางจิตใจ เช่น ความสับสน หลงลืม เพื่อประเมินภาวะสมองบวมหรือการขาดออกซิเจน

6.2 ติดตามสัญญาณชีพและการทำงานของระบบร่างกาย

- วัดความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจหาภาวะติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

- ตรวจสอบอัตราการหายใจและออกซิเจนในเลือด (SpO2) เพื่อประเมินการหายใจและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมอง

ประเมินผลการพยาบาล

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยได้รับการดูแลและรักษาตามแนวทางการรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่เหมาะสม และสามารถควบคุมการชักได้โดยการให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines และการสนับสนุนทางสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อาการชักลดลง ภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มตอบสนองได้ดีขึ้น หลังรับไว้ไม่เกิดภาวะชักซ้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 :

เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีอาการถอนพิษสุรารุนแรง ร่วมกับมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยมีอาการเกร็งเป็นพักๆ เหงื่อออกมากตามใบหน้า ฝ่ามือ

2. มีอาการมึนงง สับสนวันเวลา สถานที่และบุคคล พูดเพิ่มพาคณเดียว

3. คะแนนประเมินอาการถอนพิษสุรา CIWA-Ar=12

4. มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ขาอ่อนแรงทรงตัวไม่ดีขึ้นช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

5. จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกพบ Potassium ในเลือดต่ำ = 2.93 mEq/L (ค่าปกติ 3.5-5.5 mEq/L) Magnesium 1.32 (ค่าปกติ 1.6 - 2.6 mg/dL)

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

2. เกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. อาการสับสนของผู้ป่วยลดลงหรือเข้าสู่ภาวะปกติ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม
2. เกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้
Sodium 135-150 mEq/L Potassium 3.5-5.5 mEq/L
Chloride 95-110 mEq/L Magnesium 1.7-2.2 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล :

เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกีดขวาง แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น
2. จัดเตียงผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อการติดตามและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด
3. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลจะพิจารณาผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้ผ้าผูกยึดที่นุ่ม เพื่อป้องกันการกระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวและบอกผู้ป่วยให้ทราบทุกครั้ง

4. ผูกยึดผู้ป่วยโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย ผูกยึดข้อมือทั้งสองข้าง ข้อเท้าทั้งสองข้าง และยกหัวเตียงสูงเล็กน้อย เพื่อป้องกันการสำลักและเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทุก 2 ชั่วโมง คลายผ้าผูกยึดออกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อตรวจดูแลผิวหนังและข้อบริเวณนั้นให้มีการไหลเวียนของโลหิตและการเคลื่อนไหวของข้อได้อย่างปกติ

4. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง

5. แจ้งให้ภรรยาผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและพูดคุยให้เกิดความเข้าใจการดำเนินของโรค

6. เมื่อผู้ป่วยอาการสงบลงพยาบาลจะคลายผ้าผูกยึดให้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ขยับตัวและเปลี่ยนท่า

7. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะทุเลาหรือเข้าสู่ภาวะปกติ

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่อย่างเพียงพอ

1. ดูแลให้ยารับประทานยา E.Kcl 30cc.(Potassium chloride elixir), x 3 dose ตามแผนการรักษา
2. ดูแลให้ได้รับประทานผักและผลไม้ หรือดื่มน้ำผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม โดยประสานงานกับโภชนาการ จัดอาหารเฉพาะโรคให้กับผู้ป่วย

3. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 2,000 มิลลิลิตร/วัน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้เกลือแร่และยาตามแผนการรักษาของแพทย์

4. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย (I/O) ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตาม เฝ้าระวังการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

5. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาเพื่อ ติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับเกลือแร่

6. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยพยาบาลจะประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยาทุกครั้ง เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การหายใจถูกกดจากการให้ยา Diazepam ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ และติดตามประเมินอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่องทุก 15-30 นาทีจนเข้าสู่ภาวะปกติ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการและให้ยารับประทานตามแผนการรักษา

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มหรือตกเตียง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นขณะมีอาการถอนพิษสุรารุนแรง

3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดสารน้ำ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย (I/O) อยู่ในภาวะสมดุล ริมฝีปากผู้ป่วยมีความชุ่มชื้น ปัสสาวะเป็นปกติ สีเหลืองใส ร่างกายมีภาวะสมดุลของเกลือแร่เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 27 มีนาคม 2567) พบว่า Potassium 3.6 (3.40 - 4.50 mmol/L) Magnesium 2.0 (1.6 - 2.6 mg/dL)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 :

มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่องเนื่องจากดื่มสุราเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ภรรยาบอก “ผู้ป่วยสุขภาพเสื่อมโทรมลงไปมากจากการดื่มสุรา รู้สึกอ่อนเพลีย”
2. ผลตรวจเลือดการทำหน้าที่ของตับบกพร่อง SGOT 176 (<40 U/L) SGPT 102 (<40U/L)

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนจากภาวะตับบกพร่อง

**เกณฑ์การประเมินผล :**

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.5 °C ความดันโลหิต 90/60–120/80 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) อัตราการเต้นของหัวใจ 60–100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12–20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 95–100% (จากการวัดด้วยเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว)
2. ผู้ป่วยอาการอ่อนเพลียลดลง
3. ผลตรวจเลือดการทำหน้าที่ของตับ (SGOT, SGPT) ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร แน่นอึดอัดท้อง หรืออาการคันตามผิวหนัง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุดโดยแยกให้อยู่ห้องที่สงบลดเสียงรบกวน เพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมของตับที่ถูกทำลาย
3. ให้ความรู้เรื่องอาการแพ้ภรรยา โดยจัดอาหารที่มีไขมันต่ำและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างครบถ้วน วันละ 3 มื้อ
4. แนะนำและช่วยดูแลความสะอาดของช่องปาก เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอ มากกว่า 2,000 มิลลิตร/วัน เพื่อป้องกันผิวหนังแห้งจากการขาดน้ำ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะให้เป็นปกติ
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (SGOT และ SGPT)
8. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินโรคพร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา

การประเมินผล :

1. อาการอ่อนเพลียของผู้ป่วยดีขึ้นหลังรับการรักษาได้ครบ 1 สัปดาห์
2. ผลตรวจเลือดการทำหน้าที่ของตับดีขึ้น : วันที่ 10 เมษายน 2567 SGOT= 102, SGPT= 89

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 :

เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำเนื่องจากขาดความรู้และทักษะการจัดการความอยากสุราที่มีประสิทธิภาพ

ร่วมกับมีทัศนคติด้านบวกต่อการดื่มสุรา และแบบแผนการจัดการปัญหาและการเผชิญ ความเครียดไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่เคยออกกำลังกาย อายุมากขึ้นยังคงต้องเข้าเวรกลางคืน (ในเรือนจำ) รู้สึกเครียด
2. ผู้ป่วยบอกว่าหลังเลิกงาน ไม่ว่าจะเข้าเวรหรือเวรกลางคืน รู้สึกอยากดื่มเหล้าขึ้นมาทันทีแบบอัตโนมัติ ต้องทำทุกทางที่จะดื่มให้ได้
3. ผู้ป่วยบอกว่า “การดื่มเหล้าไม่เสียหายอะไร ช่วยให้หลับสบาย คลายเครียด
4. ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า “ดื่มเหล้าแล้วทำให้อยากอาหารได้ดีขึ้น”
5. ภรรยาผู้ป่วยบอกว่า “เมื่อทะเลาะกับภรรยา ผู้ป่วยมักดื่มสุราน้ำหนักกว่าเดิม ช่วงหลังภรรยาปล่อยให้ดื่มโดยไม่พูดอะไร แต่ถ้านึกหรือชัก จังหวะพามาโรงพยาบาล”
6. บุตรชายไม่สนใจผู้ป่วยเพราะเบื่อกับที่พุด
7. ภรรยาผู้ป่วยบอกว่า “ผู้ป่วยใช้การดื่มสุราทุกครั้งเมื่อมีปัญหา/ภาวะเครียดเกิดขึ้น”

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

1. ผู้ป่วยรู้วิธีและมีทักษะการจัดการความอยากดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพและมีแนวทางปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของสุรา และมีทัศนคติที่ดีต่อการงดดื่มสุรา
3. ผู้ป่วยมีแนวทางการจัดการปัญหาและการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม
4. ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือน หลังการจำหน่ายจากการรักษา (3-month remission)

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยบอกขั้นตอนวิธีการจัดการความอยากสุรา โดยใช้แนวคิด “สติบำบัด” ได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยบอกขั้นตอนวิธีการจัดการปัญหาและการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยบอกแนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล :

ฝึกการจัดการความอยากสุรา โดยใช้แนวคิด “สติบำบัด”

1. ประเมินโดยการพูดคุย ซักถามและสร้างสัมพันธภาพ

2. แนะนำฝึกทักษะการจัดการความอยากสุราที่มีประสิทธิภาพโดยใช้แนวคิด “สติบำบัด” (ซึ่งเป็นโปรแกรมเฉพาะผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีกระบวนการเป็นขั้นเป็นตอน โดยหลักการของสติบำบัดในการเลิกสุราสามารถใช้ได้⁽⁹⁾ ประกอบด้วย การตระหนักรู้ในปัจจุบัน การฝึกสมาธิ การรับรู้และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการจัดกิจกรรมร่วมภรรยา และบุตรชาย ชี้ให้เห็นว่า “การเลิกสุราไม่ใช่เรื่องง่าย การตระหนักรู้ในปัจจุบันช่วยให้เราเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยการรับรู้ความรู้สึกอยากดื่ม โดยไม่ต้องทำตามความรู้สึกนั้น เพียงแค่สังเกตและยอมรับความรู้สึกเหล่านั้นโดยไม่ตัดสินหรือหลีกเลี่ยงมัน”

3. แนะนำการฝึกสมาธิ (Meditation) เพื่อช่วยให้จิตใจสงบและมีสมาธิ การฝึกสมาธิสามารถช่วยให้เราเรียนรู้ที่จะควบคุมความคิดและอารมณ์ของตนเอง ลดความเครียด และช่วยให้เรามีความตระหนักรู้ถึงความต้องการดื่มสุราได้ในขณะนั้น

4. การรับรู้และการยอมรับ : ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกอยากดื่มว่าเป็นเพียงแค่ความรู้สึกหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องทำตามมัน การรับรู้และยอมรับความรู้สึกโดยไม่พยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขจะช่วยให้เราสามารถจัดการกับอารมณ์ได้ดีขึ้น”

5. ติดตามผลการปฏิบัติและให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการมาตรวจตามนัดติดตามจำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยเข้าใจและตอบคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการความอยากสุรา โดยใช้แนวคิด “สติบำบัด” ได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนหลังการจำหน่ายจะพากันไปปฏิบัติธรรมและฝึกสมาธิที่วัดบึงสีไฟ ทุกวันอาทิตย์ (เวลา 09.00 - 12.00 น.) โดยจะมีบุตร/ภรรยาไปด้วยทุกครั้งเพื่อดูแลใกล้ชิด(เฝ้าระวังการเกิดภาวะชกจากการหยุดแอลกอฮอล์) หากอาการปกติวางแผนเพิ่มเวลาเป็น 09.0 - 16.00 น.

3. หลังการให้คำปรึกษาและติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีผลการติดตาม ดังนี้

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 1 (หลังการจำหน่าย 1 สัปดาห์) พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน และยังมีความคิดอยากดื่มสุราเป็นบางวันโดยเฉพาะช่วงเย็น ผู้ป่วยจัดการ โดยรับประทานอาหารเย็นให้อิ่มเต็มที่ และจิบน้ำหวานแทน ทำให้ลดความอยากดื่มสุราได้ ภรรยาดูแลใกล้ชิดมิปล่อยให้ย่ำตามลำพังหลังเลิกงาน และชวนผู้ป่วยเดินออกกำลังกายรอบหมู่บ้าน

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 2 (หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์) ข้อมูล จากภรรยาแจ้งว่า มีพยาบาลจากคลินิกหมอครอบครัวศรีมาลา มาติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยมาสอบถามให้กำลังใจ ให้ความรู้การจัดการความอยากดื่มสุรา และวัดความดันโลหิตให้พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยยังคงไม่ดื่มสุราซ้ำแต่ยังมีความรู้สึกอยากดื่มสุราเป็นบางครั้ง แต่ยังควบคุมตนเองได้

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 3 นัดติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์) ผู้ป่วยเดินมาพร้อมภรรยา สีน้าสดชื่นแต่งกายดูสะอาดเรียบร้อย พูดคุยถามตอบรู้เรื่องดี มีอาการปลายมือสั่นเล็กน้อย ผู้ป่วย บอกว่ารับประทานยาได้ดีขึ้น นอนหลับสนิท ไม่มีความคิดหาวิธีระแวง หรือวิตกกังวล ยังมีความรู้สึก อยากสุราเป็นครั้งคราวแต่สามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้นความรู้สึกก็ลดลง ปัจจุบันยังไม่กลับไปดื่มซ้ำวางแผน จะพักผ่อนอยู่ที่บ้าน 2 สัปดาห์เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงจึงจะไปทำงานในเรือนจำตามเดิม ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ภรรยาและลูกเอาใจใส่ดูแล และไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 4 (หลังการจำหน่าย 6 สัปดาห์) ผู้ป่วยมี สภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นสามารถไปทำงานที่เรือนจำได้ยังไม่ดื่มสุรา สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว และเดินออกกำลังกายช่วงเย็นกับภรรยาทุกวัน ทางเรือนจำสนับสนุนให้เลิกดื่มสุรา และจัดให้ขึ้นทำงานในช่วงเวรเช้า งดเวรกลางคืน ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือและส่งเสริมให้เลิกสุรา โดยมีรุ่นน้องอาสาเข้าเวรกลางคืนแทน

การติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 5 เป็นการนัดติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.พิจิตร (หลังการจำหน่าย 12 สัปดาห์) ผู้ป่วยเดิมมาคนเดียว สีหน้าสดชื่น แต่งกายดูสะอาดเรียบร้อย พูดคุยถามตอบรู้เรื่องดี มือไม่สั่น ผู้ป่วยบอกว่ารับประทาน อาหารได้ดี นอนหลับสนิท ไม่มีความคิดหาตัวกระแจะ หรือวิตกกังวล ยังมีความรู้สึกอยากสุราเป็นครั้งคราวแต่ สามารถควบคุมตัวเองได้ ปัจจุบันยังไม่กลับไปดื่มซ้ำ ร่างกายแข็งแรงดี สามารถไปทำงานได้ตามเดิม และไม่มีอาการชักเกร็ง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายอายุ 54 ปีที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องนานกว่า 20 ปี ซึ่งเมื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ทำให้เกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงและมีภาวะชักซ้ำ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์อย่างยาวนาน เช่น ภาวะตับเสื่อมและโรคหลอดเลือดสมองเก่า ข้อวินิจฉัยและการพยาบาลที่ได้รับ คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องและมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะชักได้ การรักษาที่ได้รับคือการให้ยา Valium (Diazepam) เพื่อควบคุมการชัก และยา Levetiracetam และ Depakin ซึ่งเป็นยาต้านการชัก เพื่อควบคุมอาการชักของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังภาวะชักและการติดตามระดับยาในเลือด เช่น Valproic acid ถือเป็นวิธีการที่สำคัญในการประเมินและปรับการรักษาอย่างเหมาะสม ผลการประเมินพบว่า หลัง 48 ชั่วโมงมีอาการชักเกร็ง ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาในการควบคุมภาวะชักได้อย่างดี 2.) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากอาการถอนพิษสุราที่อาจทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและสับสน การจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ปลอดภัย เช่น การจัดเตียงให้ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลและผูกยึดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตกเตียง รวมถึงการจัดการสารน้ำและเกลือแร่เพื่อปรับสมดุลในร่างกายได้ผลดี เนื่องจากไม่มีการตกเตียงหรืออุบัติเหตุเกิดขึ้น และระดับเกลือแร่ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การดูแลในส่วนนี้ช่วยลดความเสี่ยง

จากการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3.) ภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่องจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า SGOT และ SGPT สูงกว่าค่าปกติ ซึ่งบ่งชี้ถึงการทำงานของตับที่ผิดปกติ อาจสัมพันธ์กับภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (alcoholic hepatitis) อันเป็นผลมาจากการดื่มสุราเรื้อรัง การดูแลในด้านนี้รวมถึงการส่งเสริมการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และให้ความรู้แก่ภรรยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคตับ เช่น ลดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการดื่มน้ำสะอาด และหลีกเลี่ยงสารที่มีพิษต่อตับ เพื่อส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟูและซ่อมแซมตับจากการประเมินภายหลังการดูแล พบว่าอาการอ่อนเพลียของผู้ป่วยลดลงภายใน 1 สัปดาห์และค่า SGOT และ SGPT ได้ลดลงตามลำดับหลังจากการตรวจภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการตอบสนองต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ 4.) เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ เนื่องจากความเครียดจากการทำงานและการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อรับมือกับปัญหาครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำ การพยาบาลที่ได้รับรวมถึงการใช้แนวคิด สติบำบัด เพื่อฝึกทักษะการจัดการกับความอยากดื่มสุรา การแนะนำให้ฝึกสมาธิเพื่อช่วยลดความเครียด และการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มสุรา ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยสามารถอธิบายการจัดการกับความอยากดื่มสุราที่มีประสิทธิภาพและสามารถวางแผนชีวิตหลังการจำหน่ายได้ โดยรวมกับการฝึกสมาธิร่วมกับครอบครัวเพื่อสร้างการสนับสนุนและความเข้มแข็งในกระบวนการบำบัด การดูแลผู้ป่วยในกรณีนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบถ้วน ซึ่งรวมถึงการควบคุมอาการชัก, การจัดการภาวะสารน้ำและเกลือแร่, การดูแลภาวะตับบกพร่อง และการช่วยเหลือในการจัดการกับความเสี่ยงที่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำ การใช้ยาที่เหมาะสม เช่น Diazepam, Levetiracetam, Depakin, และการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและสามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ด้านการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลการติดตามดูแลต่อเนื่องและการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ที่มีผลติดตามจากการเยี่ยมเยียนและการประเมินผลที่ดีขึ้น

อย่างชัดเจนในทุกขั้นตอน การติดตามผลเหล่านี้เป็นการสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยหลังการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการจัดการที่ครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการอยากดื่มสุราได้ดีขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ ทั้งในด้านการทำงาน และในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น และไม่มีปัญหาทะเลาะวิวาท นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการให้กำลังใจจากสภาพแวดล้อมทางสังคม รวมถึงการควบคุมความอยากดื่มสุราผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน การจัดการความเครียด และการฝึกฝนทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรามีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ผู้ป่วยชายอายุ 54 ปี ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องนานกว่า 20 ปีและมีการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 วันก่อนเข้ารับการรักษา โดยมีประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคลมชัก รวมถึงการใช้ยา Kreppa และ Depakin อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบประวัติการสูบบุหรี่และการใช้สมุนไพรเห็ดหลินจือและฟ้าทะลายโจร ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เนื่องจากมีอาการชักเกร็ง 20 นาที ก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยในระหว่างการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยยังคงแสดงอาการที่สอดคล้องกับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยที่ค่า CIWA-Ar ได้รับการประเมินอยู่ที่ระดับ 12 ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง ผลการตรวจเพิ่มเติมและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล CT Brain พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในสมอง แต่พบ encephalomalacia ในลำดับสมองซีกซ้ายและสมองฝ่อ ซึ่งเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมองในอดีตค่า Electrolyte พบภาวะ Potassium ต่ำ ซึ่งมีการให้ Potassium chloride เพื่อปรับสมดุล ค่า SGOT และ SGPT สูงกว่าค่าปกติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาวะตับเสื่อมจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตับ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับประกอบด้วย Valium (Diazepam) สำหรับการควบคุมการชักและภาวะวิตกกังวล, Levetiracetam และ Depakin สำหรับการควบคุม

การเกิดอาการชัก และ Vitamin B Complex เพื่อป้องกันการขาดวิตามินบี 1 ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก การติดตามค่า Depakin level เพื่อประเมินระดับยาลมชักในเลือด

พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4 ข้อ ได้แก่ 1.) เสี่ยงต่อภาวะชักซ้ำ 2.) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 3.) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่อง และ 4.) เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ในปริมาณที่เหมาะสม เฝ้าระวังภาวะผิดปกติจากการถอนพิษสุรา ดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับบกพร่อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมและการดูแลช่องปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหารเป็นการดูแลที่ดี ติดตามการทำงานของตับและการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดื่มสุราและผลกระทบต่อสุขภาพที่เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ โดยการฝึกทักษะการจัดการความอยากดื่มสุราโดยใช้แนวคิด “สติบำบัด” เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง การสร้างความตระหนักรู้ในปัจจุบันและการฝึกสมาธิสามารถช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างทักษะในการจัดการความอยากสุราการดูแลฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยหลังจากที่มีการใช้แอลกอฮอล์ในระยะยาว กรณีศึกษาที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจำนวน 12 สัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์และการมาตรวจตามนัด มีผลการติดตาม ดังนี้

ครั้งที่ 1 (หลังการจำหน่าย 1 สัปดาห์) ผู้ป่วยยังคงมีความคิดอยากดื่มสุราในบางครั้ง โดยเฉพาะในช่วงเย็น แต่การจัดการโดยการรับประทานอาหารให้เต็มที่และจิบน้ำหวานแทนการดื่มสุราได้ช่วยลดความอยากดื่มได้ดี ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์และความอยากดื่มในช่วงที่มีความเสี่ยงสูง โดยที่ภรรยาได้มีบทบาทสำคัญในการดูแลใกล้ชิดและไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังหลังเลิกงาน การชวนผู้ป่วยออกกำลังกายร่วมกันเป็นการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิตใจ

ครั้งที่ 2 (หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์) ผู้ป่วยยังคงสามารถควบคุมความอยากดื่มได้แม้จะมีความรู้สึกอยากดื่มในบางครั้ง การได้รับการสนับสนุนจากภรรยาและการเยี่ยมเยียนจากพยาบาลที่คลินิกช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก

มีกำลังใจและได้รับความรู้ในการจัดการกับความอยากดื่มสุรา ในส่วนของการวัดความดันโลหิตที่พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติถือเป็นสัญญาณที่ดีของสุขภาพโดยรวม

ครั้งที่ 3 (หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าอาการทางกายภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมาก เช่น การรับประทานอาหารได้ดีขึ้น นอนหลับสนิท และไม่มีอาการวิตกกังวลหรือหวาดระแวง ส่วนการควบคุมความอยากดื่มสุราก็ยังคงสามารถทำได้ดีขึ้นและลดความรู้สึกลอยๆอยากดื่มลงได้มาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีแผนพักฟื้นที่บ้านเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงก่อนกลับไปทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีในการฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

ครั้งที่ 4 (หลังการจำหน่าย 6 สัปดาห์) ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น การสามารถกลับไปทำงานที่เรื้อรังได้โดยไม่ดื่มสุรา และการเดินออกกำลังกายร่วมกับภรรยาทุกวัน ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวก็ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นฟูในด้านจิตใจและสภาพแวดล้อมทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในช่วงเช้าและการให้กำลังใจจากเพื่อนร่วมงานยังช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรักษาตัวเองและเลิกดื่มสุราได้

ครั้งที่ 5 (หลังการจำหน่าย 12 สัปดาห์) จากการติดตามพบว่า ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรงและสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ไม่มีการกลับไปดื่มสุรา และไม่มีอาการชักเกร็งอีก การพูดคุยกับผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นด้วย ผู้ป่วยยังสามารถควบคุมความอยากดื่มสุราได้แม้จะมีความรู้สึกลอยๆอยากดื่มในบางครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการใช้ทักษะการจัดการความเครียดและความอยากดื่มสุราที่ได้รับจากคำปรึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. GBD. Alcohol collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet 2018; 392(10152): 1015-1035. 2016.
2. Hoffman RS, Weinhouse G. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 27]. Available from: <http://www.Uptodate.Com/contents/mangrment-of-moderate-and-severe-alcohol-withdrawal-syndromes>; 2019.
3. Sutton J, Lynsey, Jutel. Alcohol withdrawal syndrome in critically patients: Identification, assessment and management. Critical Care Nurse ; 36(1): 28-38.2016.
4. Yutawisuttham S, Boontham A, Sangsangtham M, Anan K, Buaeng T, Chaplap S. Adaptation of drinking behavior in the community. Journal of Phrapokklao College of Nursing Chanthaburi ; 27(2): 160-168.2016.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.2016.
6. Mayo Clinic. Alcohol withdrawal seizures. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org>.2020.
7. Kohn, G.W., & Rainer, R.A. The management of alcohol withdrawal syndrome and prevention of alcohol withdrawal seizures. Clinical Reviews in Allergy & Immunology, 53(2), 149-157.2017.
8. Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A., & Sellers, E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). The British Journal of Addiction, 84(11), 1353-1357.
9. Bowen, S., et al. "Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot effectiveness study." Substance Abuse, 35(4), 266-272.2014.