

รายงานการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ – นามสกุล นางสาวกฤษณา พงษ์หาญ
อายุ ๓๒ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อายุรกรรม

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โดยให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม ทั้งในระยะวิกฤต กึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะสุดท้าย ให้การพยาบาล ๒๔ ชั่วโมง ผลิตเปลี่ยนหมุนเวียน เข้า บ่าย ดึก โดยใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพให้ผู้ป่วยปลอดภัย และปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขา วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูกาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๑๘๐,๐๐๐.- บาท

ระหว่างวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

๑.๔ การเผยแพร่รายงานผลการอบรม ผ่านเว็บไซต์ สนพ. และ กทม.

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูกาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุและสามารถนำความรู้ที่ได้รับกลับมาใช้ในการพัฒนางานบริการของโรงพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๑.๒ เพื่อพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนสามารถนำไปประยุกต์กับแนวการปฏิบัติด้านการพยาบาลได้

๒.๑.๓ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการทำวิจัยด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคร่วมเรื้อรังจากการบริโภคและกลุ่มเสี่ยงในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง)

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) และโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภัยเงียบต่อชีวิตมนุษย์ โดยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ปัจจุบันประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำมีความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าประเทศที่มีรายได้สูง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อายุ ๒๐-๗๙ ปีทั่วโลกมากถึง ๕๓๗ ล้านคน พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมากถึง ๖.๗ ล้านคน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ ๙๖๖ พันล้านดอลลาร์ และปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ประมาณจำนวนผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๗๙ ปี มีจำนวน ๑.๒๘ พันล้านคน พบผู้ป่วยร้อยละ ๔๖ ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและพบว่า ๔ ใน ๕ คนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานที่อายุ ๒๐-๗๙ ปี จำนวน ๖.๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๖ ของประชากรไทยที่อายุระหว่าง ๒๐-๗๙ ปี (ใน ๙ คนเป็นเบาหวาน ๑ คน) จากข้อมูลของโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบผู้ป่วยเบาหวานในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในเพศหญิงพบร้อยละ ๑๑.๑ เพศชายพบร้อยละ ๘ และเมื่ออายุมากขึ้นก็พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นตามอายุ และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยที่อายุมากกว่า ๑๕ ปีขึ้นไป พบร้อยละ ๒๑.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เพิ่มเป็นร้อยละ ๒๔.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จากข้อมูลของโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในเพศหญิงพบร้อยละ ๑๗.๙ เพศชายพบร้อยละ ๑๕ และเมื่ออายุมากขึ้นก็พบจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากขึ้นตามอายุ ซึ่งอัตราการเสียชีวิตของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๑ มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น โดยโรคเบาหวานอัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก ๑๗.๕ คน เป็น ๒๑.๙ คน และโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก ๑๑ คน เป็น ๑๓.๑ คน ตามลำดับ ซึ่งคาดได้ว่าในอนาคตจะมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นอันเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวาน หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือทั้งสองอย่าง

๑. การจำแนกชนิดโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น ๔ ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

๑.๑ โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (type ๑ diabetes mellitus; T๑DM)

โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งพบประมาณร้อยละ ๕-๑๐ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก)

๑.๒ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (type ๒ diabetes mellitus; T๒DM)

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม มักพบในคนที่อายุ ๓๐ ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป

๑.๓ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus; GDM)

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากการที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ จากปัจจัยจากรกหรืออื่นๆ และตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการได้ สามารถตรวจพบจากการตรวจวินิจฉัยในหญิงมีครรภ์ในไตรมาสที่ ๒ หรือ ๓ ด้วย ๑๐๐ กรัม oral glucose tolerance test (OGTT) คือ การเจาะเลือดขณะอดอาหารและหลังได้รับประทานกลูโคส ๑๐๐ กรัม ที่ ๑, ๒ และ ๓ ชั่วโมงตามลำดับ

๑.๔ โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (specific types of diabetes due to other causes)

โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะเป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติของตับอ่อน ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ยา การติดเชื้อ ปฏิกริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆ โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

๒. การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

เกณฑ์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศอเมริกา (American Diabetes Association) ได้แก่

๒.๑ ผู้ที่มีภาวะอ้วน โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๓ กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในกลุ่มชาวอเมริกันที่มีเชื้อสายเอเชีย และมีหนึ่งปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้ ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

- มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน
- เชื้อชาติที่มีความเสี่ยงสูง เช่น แอฟริกันอเมริกัน ลาติน ชนพื้นเมืองอเมริกา
- มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
- เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทหรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง)

- ระดับไขมันดี (High-density Lipoprotein; HDL) น้อยกว่า ๓๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า ๒๕๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

- ผู้หญิงที่มีกลุ่มอาการถุงน้ำรังไข่
- ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย
- ผู้ที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน เช่น อ้วนมาก โรคผิวหนังซาง

๒.๒ ผู้ป่วยที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน ควรได้รับการตรวจคัดกรองทุกปี

๒.๓ ผู้หญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควรได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยทุก ๓ ปี

๒.๔ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๔๕ ปี ขึ้นไป (หรือมากกว่าหรือเท่ากับ ๓๕ ปีขึ้นไป ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของประเทศไทย (Clinical practice guideline for diabetes)

๒.๕ กรณีผลการตรวจปกติ ควรตรวจคัดกรองซ้ำอย่างน้อยทุก ๓ ปี หรือพิจารณาความเสี่ยงเป็นรายบุคคล

๒.๖ เอชไอวี

๓. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามเกณฑ์สมาคมโรคเบาหวานของประเทศอเมริกา (American Diabetes Association) ดังแสดงในตาราง

	ภาวะก่อนเป็นเบาหวาน	เบาหวาน
HbA๑C คือ การตรวจค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	๕.๗-๖.๔%	≥๖.๕%
Fasting plasma glucose คือ การตรวจระดับน้ำตาลที่วัดจากพลาสมาหลังจากงดอาหารข้ามคืนมากกว่า ๘ ชั่วโมง	๑๐๐-๑๒๕ mg/dl	≥๑๒๖ mg/dl
๒-hour plasma glucose during ๗๕-g OGTT คือ การตรวจความทนต่อกลูโคส โดยการเจาะเลือดจากเส้นเลือดฝอยบริเวณปลายนิ้วหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส ๗๕ กรัม ๒ ชั่วโมง	๑๔๐-๑๙๙ mg/dl	≥๒๐๐ mg/dl
Random plasma glucose คือ การตรวจระดับน้ำตาลที่วัดจากพลาสมา โดยเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำเวลาใดก็ได้ไม่เจาะจง	-	≥๒๐๐ mg/dl

๔. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แบ่งออกได้เป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

๔.๑ ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงหรือเลือดเป็นกรด

๔.๒ ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง คือเกิดในระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นความเสื่อมของเส้นเลือดตามอวัยวะต่างๆในร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตาและเส้นเลือดที่ขา

๕. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศอเมริกา (American Diabetes Association) ได้แก่

๕.๑ การจัดการวิถีชีวิต (lifestyle management)

๑) Diabetes Self-Management Education (DSME) และ Diabetes Self-Management Support (DSMS) คือ การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเองและการช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง โดยวิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง ควรเป็นการให้ความรู้แบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ดีขึ้นกว่าเดิม

๒) Medical nutrition therapy (MNT) คือ โภชนบำบัดทางการแพทย์ที่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในผู้ป่วยที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน และชะลอการดำเนินโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่ยังไม่มียาที่กำหนดที่แน่นอนว่าสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีนจะเป็นเท่าใด ดังนั้นการจัดการอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะโรค ความชอบและเป้าหมายร่วมกัน และรูปแบบการบริโภคที่หลากหลายพบว่าสามารถช่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ดี เช่น อาหารที่เน้นพืชผัก ไขมันต่ำ คาร์โบไฮเดรตต่ำ และควรจำกัดโซเดียมน้อยกว่า ๒,๓๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน

๓) การทำกิจกรรมทางกาย (physical activity) โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และชนิดที่ ๒ ในวัยผู้ใหญ่ แนะนำออกกำลังกายหนักปานกลาง ๑๕๐ นาที/สัปดาห์ ซึ่งออกกำลังกายวันละ ๓๐-๕๐ นาที ๓-๕ วัน/สัปดาห์ และไม่ควรงดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน ๒ วัน

๔) แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ รวมทั้งไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบอื่นๆ และบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

๕.๒ พฤติกรรมด้านสุขภาพ (behavioral health)

ควรมีการดูแลในเรื่องจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานร่วมด้วย โดยประเมินทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความทุกข์จากโรคเบาหวาน

๕.๓ การวางแผนการจัดการ (management plan)

๑) การควบคุมระดับน้ำตาล (glycemic control)

- เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (American Diabetes Association) ดังแสดงในตาราง

การควบคุมเบาหวาน	เป้าหมาย
HbA๑C คือ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	< ๗%
Pre-prandial capillary plasma คือ ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร	๘๐-๑๓๐ mg/dl
Peak postprandial capillary plasma glucose คือ ระดับน้ำตาลสูงสุดหลังรับประทานอาหาร	< ๑๘๐ mg/dl

หมายเหตุ กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในอายุขัย หรือมีอันตรายมากกว่าการรักษา จะกำหนดระดับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดน้อยกว่าร้อยละ ๘

- เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานวัยสูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของประเทศไทย (Clinical practice guideline for diabetes) ดังแสดงในตาราง

สถานะผู้ป่วยเบาหวาน	เป้าหมายระดับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA๑C)
ผู้มีสุขภาพดี ไม่มีโรคร่วม	< ๗%
ผู้มีโรคร่วม ช่วยเหลือตัวเองได้	๗-๗.๕%
ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ	
มีภาวะเปาะบาง	ไม่เกิน ๘.๕%
มีภาวะสมองเสื่อม	ไม่เกิน ๘.๕%
ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน	หลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนทำให้เกิดอาการ

๒) ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

- ระดับที่ ๑ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๗๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๔ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำที่มีอาการ

- ระดับที่ ๒ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๕๔ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเป็นระดับที่มีความสัมพันธ์การเกิดอาการร็อดโตโนมิค ได้แก่ รู้สึกใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตซิสโตลิกสูง มือ สั่น รู้สึก

กังวล กระสับกระส่าย คลื่นไส้รู้สึกร้อน เหงื่อออก ชาและรู้สึกหิว อาการดังกล่าวเป็นอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการ สมองขาดกลูโคสที่รุนแรงขึ้น

- ระดับที่ ๓ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง โดยมีอาการสมองขาดกลูโคสที่รุนแรง ซึ่งต้องได้รับการขอความช่วยเหลือ

การรักษาภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๗๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้กลูโคส ๑๕-๒๐ กรัม หลังจากนั้น ๑๕ นาที เจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ ถ้าหากระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สามารถให้กลูโคส ๑๕-๒๐ กรัม ซ้ำได้

๕.๔ เทคโนโลยีโรคเบาหวาน (diabetes technology)

Self-monitoring of blood glucose (SMBG) คือ ผู้ป่วยที่ใช้อินซูลินควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง อาจจะเจาะขณะอดอาหาร ก่อนอาหาร ก่อนนอน ก่อนออกกำลังกาย หรือเมื่อรู้สึกระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

๕.๕ การจัดการภาวะอ้วน (obesity management)

การควบคุมน้ำหนักตัวที่ได้ผลดี คือ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ลดปริมาณพลังงานที่ได้รับ ๕๐๐-๗๕๐ กิโลแคลอรีต่อวัน โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถลดน้ำหนักได้อาจพิจารณาการทำผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อรักษาภาวะอ้วนในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน

๕.๖ การจัดการความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

๑) แนะนำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๒) แนะนำให้ใช้ยาแอสไพริน (๗๕-๑๖๒ มิลลิกรัมต่อวัน)

๕.๗ การสร้างภูมิคุ้มกัน (immunization)

แนะนำฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี วัคซีนป้องกันโรคปอดบวม และวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันให้ผู้ป่วยเบาหวาน

๕.๘ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก

๑) โรคไตเรื้อรังที่เกิดจากโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ที่เป็นโรคนานเกิน ๕ ปี และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ เมื่อได้รับการวินิจฉัย ควรตรวจโปรตีนในปัสสาวะ (urinary albumin) และอัตราการกรองของไต (eGFR) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๒) ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy) โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ที่เป็นโรคนานเกิน ๕ ปี และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ เมื่อได้รับการวินิจฉัย ควรได้รับการตรวจตาอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง การป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอตา แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และระดับไขมันให้ได้ตามเป้าหมาย

๓) ความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย โดยผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ควรตรวจประเมินเท้าอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง โดยการประเมินลักษณะภายนอก เช่น สีผิว อุณหภูมิ ผิวหนังแข็ง เท้าผิดรูป คลำชีพจรที่เท้า ตรวจเล็บ เป็นต้น

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure; SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท และหรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure; DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

๑. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใช้อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่การวัดดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจอุปกรณ์ที่ใช้วัด ความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจ และอาจทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริง ดังนั้นในผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูงจึงควรจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้น จากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ เป็น ๔ ระดับ

ระดับ ๑ ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง (high normal blood pressure) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เกือบสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” เท่านั้น

ระดับ ๒ อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง (possible hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง ๑๖๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ ๓ น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง (probable hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๖๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง ๑๘๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย อย่างไรก็ตามผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคน หรือมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจใช้วิจารณญาณเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ ๔ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (definite hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๘๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่ามีเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง

๒. การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ (มีต้นเหตุของความดันโลหิตสูงมาจากโรคหลักอื่นๆ เช่น โรคไต โรคของต่อมหมวกไต และโรคไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น) ประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินอวัยวะที่ถูกผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง และตรวจหาโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงโรคไต ดังนี้

๒.๑ การซักประวัติผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การซักประวัติผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรครอบคลุมประเด็นสำคัญ ๔ ข้อ ดังนี้

๑) ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

ควรซักประวัติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ประวัติโรคไต ประวัติการนอนกรน ประวัติครอบครัวของโรคความดันโลหิตสูง และประวัติโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

๒) ประวัติเกี่ยวกับอวัยวะที่ถูกผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติโรคเบาหวานและโรคไต เช่น อาการเหนื่อยง่ายหรือแน่นหน้าอกเวลาออกแรง แขนขาชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก ตามัวชั่วคราว ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เป็นต้น

๓) ประวัติที่อาจบ่งชี้ถึงโรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ ควรซักประวัติการตรวจพบความดันโลหิตสูงผิดปกติ (ระดับความดันโลหิตซิสโตตั้งแต่ ๑๖๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ ๑๐๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป) ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนอายุ ๔๐ ปี ประวัติความดันโลหิตสูงแบบทันที หรือความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประวัติโรคไต หรือโรคทางเดินปัสสาวะ ประวัติระดับโพแทสเซียมต่ำ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นๆ หายๆ ประวัติเหงื่อออก ใจสั่น หรือปวดศีรษะเป็น ๆ หาย ๆ ประวัติของโรคไทรอยด์ ประวัตินอนกรน ประวัติใช้ยาและสารที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่น ยาคุมกำเนิด ยาหยอดจมูกที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ซะเอม รวมถึงสมุนไพรบางชนิด

๔) ประวัติการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงควรซักประวัติชนิดและจำนวนของยาลดความดันโลหิต รวมถึงประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาที่เคยใช้ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

๒.๒ การตรวจร่างกายผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจร่างกายที่จำเป็นควรประกอบด้วย การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พร้อมการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และควรตรวจวัดความดันโลหิตเทียบกับแขนทั้ง ๒ ข้าง อย่างน้อยในครั้งแรกที่เริ่มต้นการรักษา ควรตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบสมองและเส้นประสาท หรือความจำ และควรตรวจตาเพื่อประเมินจอประสาทตา นอกจากนี้ควรตรวจหาสาเหตุต่างๆ ของความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ

๒.๓ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ควรส่งตรวจหาโปรตีนในเซลล์เม็ดเลือดแดง (hemoglobin) หรือความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ตรวจการทำงานของไต ตรวจหาระดับโพแทสเซียม โซเดียม พลาสมา กลูโคสขณะอดอาหาร และน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับไขมันในเลือด กรดยูริก ตรวจปัสสาวะและแอลบูมินในปัสสาวะ นอกจากนี้ควรตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเอกซเรย์ทรวงอก

๓. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๓.๑ การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

๑) การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๑๘.๕ - ๒๒.๕ กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอว อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทยคือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน ๙๐ ซม. (๓๖ นิ้ว) และสำหรับผู้หญิง ไม่เกิน ๘๐ ซม. (๓๒ นิ้ว) หรือไม่เกินส่วนสูงหารสองทั้งเพศชายและหญิง

๒) การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร ๒:๑:๑ ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง ๙ นิ้วออกเป็น ๔ ส่วน เท่าๆ กัน โดย ๒ ส่วนเป็นผักอย่างน้อย ๒ ชนิด อีก ๑ ส่วนเป็นข้าวหรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก ๑ ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้โพแทสเซียม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปแบบของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากแพทย์หรือนักกำหนดอาหาร ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น ซะเอมเทศ ซะเอม ส้ม เป็นต้น

๓) การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ ๒ กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ ๑.๕ กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น ปริมาณโซเดียม ๒ กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) ๑ ช้อนชา (๕ กรัม) หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว ๓-๔ ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว ๑ ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ ๓๕๐ - ๕๐๐ มก. และผงชูรส ๑ ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ ๕๐๐ มก.

๔) การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วัน

๕) การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่มหรือถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้วควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือผู้หญิงไม่เกิน ๑ ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน ๒ ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ ๑ ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ ๑๐ กรัม

๖) การเลิกบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่ สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม

๓.๒ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษาตามมาตรฐานมี ๒ วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิตซิสโตลิกลง ๑๐ มิลลิเมตรปรอท หรือลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกลง ๕ มิลลิเมตรปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ ๒๐ ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ ๑๕ ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๓๕ ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ ๒๐ และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ ๔๐ การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง ส่วนการเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้สูงอายุ (ระหว่าง ๖๕-๗๔ ปี) ให้พิจารณาเช่นเดียวกันกับผู้อายุน้อยกว่า ๖๕ ปี แต่หากผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไป ควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ ๑๖๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือมิลลิเมตรปรอทตั้งแต่ ๙๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป อย่างไรก็ตามถ้าหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงมากเนื่องจากเคยเป็นโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้วและมีอายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไป ก็อาจพิจารณาเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท เป็นต้นไปได้ โดยควรพิจารณาจากสภาพความแข็งแรงของผู้ป่วย ความสามารถในการทนต่อการรักษาโรคร่วมอื่น ๆ และความพร้อมต่าง ๆ ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

๔. เป้าหมายการรักษาของระดับความดันโลหิต

เป้าหมายการรักษาของระดับความดันโลหิตแนวทางของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
ดังแสดงในตาราง

กลุ่มอายุ	เป็นเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง	มีโรคเบาหวาน	มีโรคไตเรื้อรัง	มีโรคหลอดเลือดหัวใจ	เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
๑๘-๖๕ ปี	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙
๖๕-๗๙ ปี	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙
≥ ๘๐ ปี	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙	๑๒๐-๑๓๐/ ๗๐-๗๙

การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโพสท์โควิด (Post COVID condition)

โรคโควิด ๑๙ เป็นโรคติดต่อจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งแพร่ระบาดมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย องค์การอนามัยโลกพบผู้ติดเชื้อโควิด ๑๙ ทั่วโลกประมาณ ๗๖๙ ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ ๖.๙๕ ล้านคน สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบผู้ติดเชื้อโควิด ๑๙ ประมาณ ๔.๗๔ ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ ๓๔,๔๓๗ คน ในปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ มีแนวโน้มลดลง ประเทศไทยได้ปรับให้โรคโควิด ๑๙ ออกจากโรคระบาดเข้าสู่โรคประจำถิ่น เมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นมา ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด ๑๙ มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด ๑๙ ทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดถึงร้อยละ ๔๓ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด ร้อยละ ๓๐-๖๕

๑. ความหมายของภาวะโพสท์โควิด (Post COVID condition)

ภาวะโพสท์โควิดหรือลองโควิด (post COVID condition or long COVID) คือ อาการและอาการแสดงหรือมีภาวะผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นใหม่ภายหลังติดเชื้อโควิด ๑๙ ซึ่งมีผู้ให้คำนิยามที่แตกต่างกันตามระยะเวลาภายหลังติดเชื้อโควิด ๑๙ ดังนี้

๑.๑ องค์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (Center for Disease Control and Prevention) ของสหรัฐอเมริกา กล่าวว่า ภาวะโพสท์โควิด (post-COVID condition) หรือลองโควิด (long COVID) หมายถึง อาการและอาการแสดงหรือมีภาวะผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นใหม่นานมากกว่า ๔ สัปดาห์ หลังจากติดเชื้อ โดยภาวะโพสท์โควิด (post-COVID condition) มีการเรียกที่แตกต่างกัน เช่น ลองโควิด (long COVID) โพสท์โควิด-๑๙ เฉียบพลัน (post-acute COVID-๑๙) ลองฮอลโควิด (long-haul COVID) ผลระยะยาวจากการติดเชื้อโควิด (long-term effects of COVID) โควิดเรื้อรัง (chronic COVID) และผลตามมาภายหลังการติดเชื้อซาร์ส-โควี-๒ (post-acute sequelae of SARS CoV-๒ infection)

๑.๒ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กล่าวว่า ภาวะโพสท์โควิด ๑๙ (post COVID-๑๙ condition) หรือลองโควิด (long COVID) หมายถึง อาการผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นใหม่

นานมากกว่า ๓ เดือนขึ้นไปนับจากวันตรวจพบเชื้อ และมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ เดือน โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายระบบ และอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยจากสาเหตุอื่นๆ

๒. พยาธิสภาพของภาวะโพสท์โควิด

โรคโควิด ๑๙ เป็นการติดเชื้อหลายระบบทั่วร่างกายเกิดจากโปรตีนตรงส่วนหนาม (spike protein) ของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ๒ (severe acute respiratory syndrome-coronavirus-๒; SARS-CoV-๒) จับกับแองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติงเอนไซม์ ๒ (angiotensin-converting enzyme ๒; ACE๒) ซึ่งเป็นตัวรับที่มีอยู่ในผนังเซลล์ของอวัยวะเกือบทุกระบบภายในร่างกาย เช่น ปอด หัวใจ ระบบทางเดินอาหาร ตับ ตับอ่อน ไต ม้าม สมองและหลอดเลือดทำให้เกิดการติดเชื้อหลายระบบทั่วร่างกาย โดยกลุ่มอาการผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นใหม่ภายหลังจากการติดเชื้อโควิด ๑๙ หรือเรียกว่าภาวะโพสท์โควิดหรือลองโควิดเกิดจากพยาธิสภาพ ๓ กลไก ได้แก่ ๑) โปรตีนของไวรัสที่ยังคงหลงเหลืออยู่ ๒) การอักเสบระยะยาวนานและ ๓) ภาวะภูมิคุ้มกันตนเองที่เกิดจากไวรัส โดยโปรตีนของไวรัสที่ยังคงหลงเหลืออยู่ไม่สามารถส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อโควิด ๑๙ อย่างไรก็ตามสามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติ ซึ่งทำให้เกิดการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโดยกำเนิดมากกว่าปกติ (innate immune cell) ส่งผลให้เกิดการอักเสบ และเกิดการหลั่งไซโตไคน์มากกว่าปกติ (cytokine storm) จนทำให้เกิดการอักเสบระยะยาวนานและรุนแรง ส่งผลให้เนื้อเยื่อของอวัยวะและหลอดเลือดภายในร่างกายถูกทำลายโดยระบบภูมิคุ้มกันของตนเอง นำไปสู่การเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะและหลอดเลือดภายในร่างกายทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ เช่น เยื่อปอดหลอดเลือดถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตัน เกิดพยาธิสภาพที่สมองนำไปสู่การเกิดอาการผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นใหม่ภายหลังหายจากโรคโควิด ๑๙

๓. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ๑๙

อาการที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ๑๙ มีตั้งแต่อาการไม่รุนแรงจนถึงอาการรุนแรงมาก อาจแสดงอาการได้ ๒-๑๔ วันหลังได้รับเชื้อไวรัส โดยอาการที่พบเช่น มีไข้หรือหนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะ สูญเสียการรับรสและการได้กลิ่น เจ็บคอ คัดจมูกหรือน้ำมูกไหล คลื่นไส้หรืออาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น ซึ่งอาการที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ๑๙ สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคโควิด ๑๙ ได้ ๕ ระดับตามสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health) ดังนี้

- ไม่มีอาการ (asymptomatic or pre-symptomatic infection) คือ ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อไวรัสซาร์ส-โควิ-๒ (SARS-CoV-๒) แต่ไม่มีอาการที่สอดคล้องกับโรคโควิด ๑๙

- ระดับเล็กน้อย (mild illness) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคโควิด ๑๙ เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ แต่ไม่มีอาการหายใจไม่อิ่มหรืออาการหายใจลำบาก หรือไม่มีภาพถ่ายรังสีปอดที่ผิดปกติ

- ระดับปานกลาง (moderate illness) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยการประเมินจากอาการหรือภาพถ่ายรังสีปอด และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๔ ขณะที่หายใจอากาศปกติ (room air)

- ระดับรุนแรง (severe illness) คือ ผู้ป่วยที่มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนได้น้อยกว่าร้อยละ ๙๔ ขณะที่หายใจอากาศปกติ อัตราส่วนของค่าความดันแก๊สออกซิเจนในเลือดต่อสัดส่วนของออกซิเจน ในอากาศที่ร่างกายหายใจเข้าทั้งหมด ๑ ส่วน (PaO₂/ FiO₂) น้อยกว่า ๓๐๐ มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจมากกว่า ๓๐ ครั้ง/นาที หรือมีรอยโรคของเนื้อปอด (lung infiltrates) มากกว่าร้อยละ ๕๐

- ระดับวิกฤต (critical illness) คือผู้ป่วยที่มีระบบทางเดินหายใจล้มเหลว มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และหรืออวัยวะภายในร่างกายล้มเหลวหลายระบบ

๔. อาการและอาการแสดงของภาวะโพสท์โควิด

องค์การอนามัยโรคพบว่า การศึกษาภาวะโพสท์โควิดหรือลองโควิดสามารถพบได้ประมาณร้อยละ ๑๐-๒๐ ภายหลังจากติดเชื้อโควิด ๑๙ โดยอาการหรืออาการแสดงที่พบในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดหรือลองโควิดสามารถเกิดได้ทุกระบบของร่างกาย ซึ่งพบว่ามีมากกว่า ๒๐๐ อาการ ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยแบ่งอาการตามระบบต่างๆ ของร่างกายได้ ดังนี้

๑. กลุ่มอาการทั่วไป เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการที่แย่ลงหลังจากออกกำลังกายและการใช้พลังงานในการคิดเพียงเล็กน้อย มีไข้เป็นต้น

๒. ระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการหายใจลำบากหรืออาการไอเรื้อรัง เป็นต้น

๓. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เจ็บหน้าอก และใจสั่น เป็นต้น

๔. ระบบประสาท เช่น มีภาวะสมองล้า (brain fog) ปวดศีรษะ มีปัญหาการนอนหลับ เวียนศีรษะ มีการเปลี่ยนแปลงการได้กลิ่นและการรับรส และมีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการวิตกกังวล เป็นต้น

๕. ระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย หรือมีอาการปวดท้อง เป็นต้น

๖. อาการอื่น ๆ เช่น มีอาการปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อ มีผื่นขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน เป็นต้น

๕. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะโพสท์โควิด

มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะโพสท์โควิดหรือลองโควิดพบว่า เกิดจากหลายปัจจัย เช่น เพศหญิง ผู้สูงอายุ ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต เป็นต้น มีอาการมากกว่า ๕ อาการในช่วง ๑ สัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคมามากในระยะแรก ผู้ป่วยที่หายจากโรคโควิด ๑๙ ที่เคยมีปัญหาโรคปอด ชาวอเมริกันผิวสี ชาวเอเชียและชนกลุ่มน้อยในประเทศอเมริกา เป็นต้น

๖. วัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙

องค์การอนามัยโลกพบว่า มีวัคซีนโควิด ๑๙ จำนวน ๒๙๒ ชนิดที่ถูกผลิตขึ้น โดยมีจำนวน ๑๘๔ ชนิดที่กำลังอยู่ในช่วงการทดลองกับสัตว์ และมีจำนวน ๑๐๘ ชนิดที่กำลังศึกษาในมนุษย์ซึ่งวัคซีนเหล่านี้มีเทคโนโลยีการผลิตที่หลากหลาย โดยอาศัยองค์ความรู้ในเรื่องของโครงสร้างของไวรัสซาร์ส-โควิด-๒ กระบวนการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ และการตอบสนองของร่างกายเมื่อมีการติดเชื้อมาประยุกต์ใช้ในการสร้างวัคซีน โดยเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนโควิด ๑๙ ที่มีการศึกษาในมนุษย์โดยแบ่งออกเป็น ๔ กระบวนการหลัก ดังนี้

๖.๑ วัคซีนชนิดสารพันธุกรรม

วัคซีนชนิดสารพันธุกรรม ได้แก่ เอ็มอาร์เอ็นเอ (messenger RNA; mRNA) หรือวัคซีนดีเอ็นเอ (DNA) โดยวัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันขึ้นสูงมากและวิธีบริหารง่ายกว่าดีเอ็นเอ(DNA) เนื่องจากเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) เป็นสารที่ไวต่อการถูกทำลายจึงต้องใช้สารเสริมฤทธิ์ ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์จากไขมันเพื่อเป็นตัวห่อหุ้มป้องกันและส่งเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) ให้เข้าเซลล์เพื่อให้ไปกำกับให้เซลล์ผลิตสารโปรตีนสไปค์ ทำให้เซลล์ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายสร้างแอนติบอดีขึ้นมาต่อต้าน ซึ่งวัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอ(mRNA) พบว่า มี ๒ ชนิด คือ วัคซีนของบริษัทไฟเซอร์และโมเดอนา

๖.๒ วัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (recombinant viral vector vaccine)

วัคซีนในกลุ่มนี้ผลิตโดยใช้ไวรัสที่ถูกทำให้อ่อนฤทธิ์หรือไม่สามารถแบ่งตัวได้อีกนำมาตัดแต่งพันธุกรรมเพื่อใช้เป็นพาหะ ซึ่งเป็นวัคซีนประเภทที่สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดี เนื่องจากเลียนแบบการติดเชื้อที่ใกล้เคียงกับการติดเชื้อตามธรรมชาติ โดยไวรัสพาหะที่มีการพัฒนา คือ ไวรัสอะดีโนของชิมแพนซี

(chimpanzee adenovirus) ไวรัสอะดีโนของมนุษย์สายพันธุ์ ๕ (human adenovirus type ๕) ไวรัสอะดีโนของมนุษย์สายพันธุ์ ๒๖ (human adenovirus type ๒๖) และไวรัสอะดีโนของมนุษย์สายพันธุ์ ๕ และ ๒๖ (human adenovirus type ๕ and ๒๖)

๖.๓ วัคซีนที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (protein subunit vaccine)

เทคโนโลยีการผลิตนี้มีการใช้มานาน และใช้ในการผลิตวัคซีนที่คุ้นเคย เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่และวัคซีนตับอักเสบบี เป็นต้น การผลิตวัคซีนโควิด ๑๙ ด้วยเทคโนโลยีการผลิตนี้ทำโดยการผลิตโปรตีนสไปค์ของเชื้อไวรัสซาร์-โควี-๒แล้วนำมาผสมกับสารกระตุ้นภูมิคุ้มกัน เมื่อฉีดวัคซีนเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันหรือแอนติบอดีต่อต้านเชื้อไวรัสขึ้น วัคซีนในกลุ่มนี้กำลังมีการศึกษาแต่ปัจจุบันยังไม่มี การขึ้นทะเบียน วัคซีนในกลุ่มนี้ เช่น วัคซีนบริษัทโนวาแวก พบว่า มีประสิทธิภาพสูง ป้องกันโรคได้ร้อยละ ๘๙.๓ และมีความปลอดภัย คาดว่าวัคซีนในกลุ่มนี้จะมีการใช้มากขึ้นในอนาคต เพราะจะมีการปรับเปลี่ยนชนิดของโปรตีนได้ไม่ยาก ทำให้สามารถผลิตเพื่อรองรับสายพันธุ์ที่อยู่ในอนาคตได้ดี

๖.๔ วัคซีนชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccine)

วัคซีนในกลุ่มนี้ผลิตโดยนำเชื้อไวรัสซาร์ส-โควี-๒ มาเลี้ยงขยายจำนวนมากและนำมาฆ่าด้วยความร้อนหรือสารเคมี เมื่อฉีดวัคซีนจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านไวรัสเชื้อตายดังกล่าว ข้อดีของเทคโนโลยีการผลิตนี้ คือ มีความคุ้นเคยในแง่ของประสิทธิภาพและความปลอดภัย เนื่องจากเทคโนโลยีนี้เป็นวิธีที่ใช้กับวัคซีนตับอักเสบบี และโปลิโอชนิดฉีดซึ่งมีการใช้มานาน แต่มีข้อเสียคือ ผลิตทำได้ช้าและมีราคาแพง เนื่องจากต้องเพาะเลี้ยงไวรัสในห้องปฏิบัติการนรีภยระดับสูงซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง จากการศึกษาพบว่า วัคซีนในกลุ่มนี้กระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดี โดยวัคซีนในกลุ่มนี้ คือ วัคซีนของบริษัทซิโนแวก และบริษัทซิโนฟาร์ม

นอกจากวัคซีนดังกล่าวข้างต้นยังพบว่า Long-acting Antibody (LAAB) คือ แอนติบอดีออกฤทธิ์ยาวที่ประกอบด้วยแอนติบอดีสองชนิด ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปป้องกันโรคโควิด ๑๙ ในกลุ่มบุคคลที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายอวัยวะหรือปลูกถ่ายไขกระดูกที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคมะเร็งมะเร็งทางโลหิตวิทยาหรือมะเร็งอวัยวะที่กำลังได้รับการรักษาหรือเพิ่งหยุดการรักษาภายใน ๖ เดือน และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น

๗. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดส่วนใหญ่ยังไม่มี การรักษาที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นการดูแลรักษาจึงเป็นเพียงการรักษาตามอาการ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ สาเหตุ อาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยาบาลของผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมได้

๒. พัฒนาทักษะในการทำวิจัยและพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมมากยิ่งขึ้น

๓. พัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และวิพากษ์หลักฐานเชิงประจักษ์มากยิ่งขึ้น

๔. มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมมากขึ้น

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมและญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

๒.๓.๒.๒ สามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาดูงานมาปรับใช้กับหน่วยงานและโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เพื่อปรึกษาหารือร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๓.๒.๓ สามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรภายในหน่วยงาน และภายนอกหน่วยงานได้

๒.๓.๒.๔ สามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาพัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ระบบ การดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรมในโรงพยาบาลตากสินได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ และมาตรการการเว้นระยะห่างระหว่างสังคม รูปแบบการเรียนการสอนมากกว่าร้อยละ ๙๐ จึงเป็นการเรียนออนไลน์ทำให้บางครั้งมีปัญหาในการเข้าเรียน เนื่องจากระบบสัญญาณการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตขัดข้องจึงทำให้การเรียนไม่ต่อเนื่อง และในบางรายวิชา ไม่เหมาะสมในการเรียนออนไลน์ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุออนไลน์ การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น

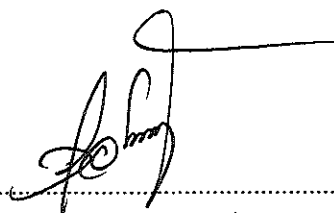
ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลมีคณาจารย์ผู้มีความรู้ความชำนาญ สามารถถ่ายทอด ความรู้ให้ผู้เข้าศึกษาเข้าใจได้ สถานที่ฝึกงานบนหอผู้ป่วยมีความเหมาะสม มีกรณีศึกษาที่หลากหลายและ มีความซับซ้อน อีกทั้งหลักสูตรนี้ยังส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านวิชาการและ วิจัย ฝึกให้นักศึกษาใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ สังเคราะห์ วิพากษ์ ตลอดจนแก้ปัญหาทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุนำไปสู่การทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จ โรงพยาบาล ตากสินจึงควรส่งพยาบาลเข้าศึกษาในรุ่นต่อ ๆ ไป เพื่อเพิ่มพูนทักษะด้านความรู้และความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรม และพัฒนาทักษะในการทำวิจัยเพื่อดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ลงชื่อ.....*กัญญา พงษ์หาญ*.....ผู้รายงาน
(นางสาวกัญญา พงษ์หาญ)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

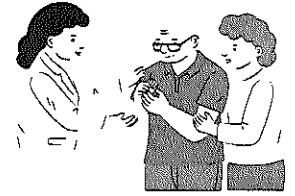
ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ..........
(นายขจร อินทรบุหรั่น)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน



โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตซึ่งก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน



ชนิดของโรคเบาหวาน

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์
4. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ



การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

1. ผู้ที่มีภาวะอ้วน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะก่อนเป็นเบาหวาน
3. ผู้หญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
4. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี
5. กรณีผลการตรวจปกติ ควรตรวจคัดกรองซ้ำอย่างน้อยทุก 3 ปี
6. เอชไอวี



ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงหรือเลือดเป็นกรด
2. ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง คือเกิดในระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นความเสื่อมของเส้นเลือดตามอวัยวะต่างๆในร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตาและเส้นเลือดที่ขา



โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure; SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure; DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

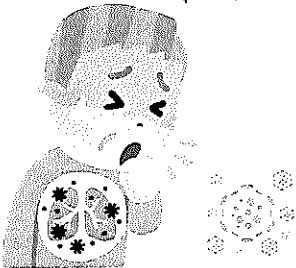
1. การซักประวัติผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ประวัติเกี่ยวกับอวัยวะที่ถูกรบกวนจากโรคความดันโลหิตสูง ประวัติที่อาจบ่งชี้ถึงโรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ ประวัติการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง
2. การตรวจร่างกายผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต เช่น การลดน้ำหนัก การปรับรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดโซเดียมไม่เกินวันละ 2 กรัม การออกกำลังกาย การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกบุหรี่
2. การให้ยาลดความดันโลหิต

ภาวะโพสท์โควิด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กล่าวว่า ภาวะโพสท์โควิด 19 (post COVID-19 condition) หรือลองโควิด (long COVID) หมายถึง อาการผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นใหม่มานานมากกว่า 3 เดือนขึ้นไปนับจากวันตรวจพบเชื้อ และมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายระบบ และอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยจากสาเหตุอื่นๆ



อาการและอาการแสดงของภาวะโพสท์โควิด

1. กลุ่มอาการทั่วไป เช่น อาการเหนื่อยล้า มีไข้
2. ระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการหายใจลำบากหรืออาการไอเรื้อรัง
3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เจ็บหน้าอก และใจสั่น
4. ระบบประสาท เช่น มีภาวะสมองล้า ปวดศีรษะ มีปัญหาการนอนหลับ เวียนศีรษะ มีการเปลี่ยนแปลงการได้กลิ่นและการรับรส และมีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการวิตกกังวล
5. ระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย หรือมีอาการปวดท้อง
6. อาการอื่นๆ เช่น มีอาการปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อ มีผื่นขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน

สิ่งที่จะนำมาปรับใช้ในหน่วยงาน

1. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือแนวทางบรรเทาอาการของภาวะโพสท์โควิด
2. นำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรภายในหน่วยงาน
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตลอดจนให้คำแนะนำอาการและการบรรเทาอาการของภาวะโพสท์โควิด



จัดทำโดย นางสาวกฤษณา พงษ์หาญ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลตากสิน