

Case Study 03 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ: กรณีศึกษา

นางสาวพัชรา เกษมสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ความเป็นมา โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นโรคที่เกิดการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเกิดได้ทั้งจากการติดเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา หรือหนองพยาธิ สามารถเกิดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แต่ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงจะเป็นกลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี เพราะภูมิคุ้มกันที่จะกำจัดเชื้อโรคบางส่วนยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ เชื้อจึงมีโอกากระบายไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ได้มากกว่าเด็กโตหรือผู้ใหญ่ จากสถิติโรงพยาบาลศรีสะเกษ ปี 2561 2562 และ 2563 (6 เดือน) พบว่ามีผู้ป่วย ร้อยละ 7.6 16 ร้อยละ 10.45 และ 8 ร้อยละ 17.02 ตามลำดับ และในปี 2563 พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคนี้จำนวน 2 ราย จากสถิติแม้ว่าโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบพบได้ไม่บ่อย แต่กรณีที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมาก เพราะอาจก่อให้เกิดความบกพร่องทางด้านสติปัญญา ความพิการทางด้านร่างกาย ตลอดจนการสูญเสียชีวิต และค่าดูแลรักษาพยาบาลอีกเป็นจำนวนมาก การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีโดยบุคลากรที่มีความรู้ มีมาตรฐานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ครอบคลุมเป็นองค์รวม จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถฟื้นหายจากการเจ็บป่วยและกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการดำเนินโรคของผู้ป่วยปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ และผลของการรักษาพยาบาล **กรณีศึกษาและสถานที่** เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2/PICU โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 17 ธันวาคม 2562 – 4 มกราคม 2563 **วิธีศึกษา** ศึกษารายกรณี โดยทำการศึกษาจากเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วย **ผลการศึกษา** เด็กชายไทยอายุ 3 เดือน น้ำหนัก 5.6 กก. สูง 64 ซม. มาด้วยไข้สูง ตาซ้ายบวม ซีมลงไม่เล่น ผู้ปกครองนำส่งรพช. ตรวจพบ ไข้สูง ตัวลายมือเกร็งเข้าหน้าอกตลอด ให้ NPO ไว้ On O2 Box , Cefotaxime 275 mg.V.stat และส่งมา วันที่ 17/12/62 แรกรับตรวจร่างกายพบ Stiff neck +ve ,Brudzinski's sign +ve มีไข้สูง ทำ LP พบ Glucose 10.8 Protein 429 wbc 100 cell, N= 95% ,L= 5% ,CBC: Hct 28.5% wbc 11200 cell ,Plet.count 564000 cell , N= 70 % L= 18% ,PT 19 sec.PTT 1.6 sec INR 27.2 BUN 10.2 mg/dl CR 0.23 mg/dl Na 133 K 4.3 Cl 97 HCO3 20 มีอาการเกร็งกระตุก ควบคุมอาการชักโดยได้ Dilantin 110 mg+NSS 50 ml V.in 20 min Then Dilantin 14 mg V.q 12 hr. หลัง Loading dose ได้ ATB : Cefotaxime 315 mg V.q 6 hr. ,Acyclovir 110 mg V.q 8 hr. ระหว่างนี้ยังมีไข้สูงตลอด ต่อมาวันที่ 22/12/62 มีอาการเกร็งกระตุกทั้งตัวนาน 5 นาที แพทย์ได้ปรับยาชักและเพิ่ม Doseยา ATB ทำ LP ซ้ำ และพิจารณา ON ET-tube ย้ายเข้า PICU เพื่อ ON Ventilator A/C Mode RR 40 PIP 16 Fio2 0.5 PEEP 4 รวมทั้งส่ง CT Brain with Contrast ผลอ่านเป็น Mild Subdural effusion ผู้ป่วยตื่นดีขึ้น ไม่มีเกร็งกระตุกเพิ่ม Off ET-tube และย้ายกลับวอร์ดวันที่ 23/12/62 ระหว่างนี้มีไข้บางวันและมีอาการเกร็ง 1 ครั้ง วันที่ 28/12/62 ไข้สูง ชัก ซีมลง แพทย์เพิ่ม ATB เป็น Meropenam 240 mg V. q 8 hr. และ Consult ศัลยกรรมประสาท เรื่องผล CT ให้สังเกตอาการไว้ก่อน และส่ง MRI Brain พบว่ามี Subdural empyema จึง

Set OR For Small Craniotomy with Drainage ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อโดยให้ยาฆ่าเชื้อ ยาแก้อักเสบ และแก้ไข้ปรับสมดุลเกลือแร่และกรดต่างในร่างกายให้เป็นปกติ โดยได้รับการประเมินและรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศรีสะเกษได้อย่างปลอดภัย