



การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for People with HIV/AIDS Infection with Opportunistic
Infections : Case studies.

(Received: January 9,2024 ; Revised: February 2,2024 ; Accepted: February 13,2024)

อำพร เพ็งมา¹

Amporn Pengma¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ รพ สิรินครจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.2565- 2566

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเมื่อร่างกายแสดงถึงภาวะเอดส์ชัดเจน เริ่มการรักษาเมื่อระดับภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปอย่างมาก (CD4 0.67% 67 cell) พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉวยโอกาส ติดเชื้อ Pneumocystis carinii Pneumonia หรือ Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP) ไข้ เหนื่อยหอบ มีภาวะเชื้อราในปาก ลิ้นเป็นฝ้าขาว ติดเชื้องูสวัดที่ผิวหนัง น้ำหนักลด หลังจากทราบผลว่าติดเชื้อ HIV มีความกังวลเรื่องสุขภาพ กลัวถูกเปิดเผย กลัวสังคมรังเกียจ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีบทบาทให้ความรู้ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยพบปัญหา ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งพยาบาลเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ , ติดเชื้อฉวยโอกาส

Abstract

This study is a case study with the objective of studying the nursing process for people with HIV/AIDS who have opportunistic infections. The study was conducted on 2 patients infected with HIV/AIDS who received treatment at Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province, year 2022-2023.

The results of the study found that patients came for treatment when their bodies clearly showed signs of AIDS. Begin treatment when the immune system is severely damaged (CD4 0.67% 67 cells). Complications are found from opportunistic diseases, infection with Pneumocystis carinii Pneumonia or Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP), fever, fatigue, candidiasis in the mouth. Tongue has a white coating Had a herpes zoster infection on the skin, lost weight after finding out that she was infected with HIV. Have health concerns Afraid of being exposed Afraid of social shunning It shows that patients have physical and mental illnesses. Nurses in charge need to play a role in providing knowledge and advice. Be a consultant Provide encouragement when patients encounter problems. Promote patients' ability to take care of themselves so they can manage themselves appropriately. Including nurses as co-ordinators between the multidisciplinary team in participating in patient care. So that patients receive continuous treatment and have good health and quality of life.

Keywords: Nursing care of people with HIV/AIDS, opportunistic infections

บทนำ

การติดเชื้อ Pneumocystis carinii Pneumonia
หรือ Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP)

Pneumocystis เป็นเชื้อราและมีลักษณะเหมือนกับ
โปรโตซัวที่พบได้เสมอในสัตว์เชื้ที่ก่อโรคสัตว์เรียก
Pneumocystis carinii แต่เชื้อที่ทำให้เกิดโรคใน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

คนเราเรียก *Pneumocystis jirovecii* เชื้อพวกนี้เป็นปรสิตที่อยู่ในเซลล์ ก่อนที่จะมีโรคเอดส์จะไม่ค่อยได้พบโรคนี้ แต่หลังจากการมีระบาดของโรคเอดส์ก็พบว่าเมื่ออัตราการติดเชื้อ *Pneumocystis* 60-80% แต่หลังจากที่มีการให้ยาต้านไวรัสเอดส์และยาป้องกัน การติดเชื้อ *Pneumocystis* ก็ทำให้การติดเชื้อลดลง การเกิดโรค *Pneumocystis carinii* เชื่อว่ามีการเกิดโรคได้สองวิธี คือเชื่อว่าคนเราได้รับเชื้อนี้ตั้งแต่เด็ก โดยสามารถตรวจพบภูมิต่อเชื้อนี้ถึง 2/3 ของเด็ก และเมื่อร่างกายมีภูมิต้านทานลดลง เชื้อในร่างกายก็จะทำให้เกิดโรคเรียกวิธีนี้ว่า reactivation อีกวิธีหนึ่งคือติดเชื้อใหม่

อาการ และ อาการ แสดง ของ โรค *Pneumocystis carinii* อาการสำคัญของผู้ป่วยจะมีเหนื่อยง่าย ไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ เหนื่อยง่ายหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Pneumocystis* น้ำหนักลด เหงื่อออกกลางคืน อ่อนเพลีย หากเป็นไม่มากจะตรวจร่างกายไม่พบอะไร แต่ในรายที่เป็นมาก ผู้ป่วยจะมีอาการหอบอย่างมากและเขียว โรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้และยังไม่มีวัคซีนป้องกัน ทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 38.4 ล้านคน ในปี 2021. มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลก 1.5 ล้านคน ในปี 2021. มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุที่สืบเนื่องจากโรคเอดส์ 650,000 คน ในปี 2021 ในจำนวนนี้ 110,000 คน เป็นเยาวชน (อายุ 0-19 ปี) จากข้อมูลของศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้าน HIV ของประเทศไทย (HIV info hub) พบว่าผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ ร้อยละ 50 ของประเทศ เกิดในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี นนทบุรี เชียงใหม่ ขอนแก่น ปทุมธานี สมุทรปราการ และนครราชสีมา สาเหตุของการติดเชื้อหลัก คือชายรักชาย 67.9% พนักงานบริการชาย 42.6% ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด 36.5% ตามลำดับ

ปัจจุบันกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้มีการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย ระบุว่า ข้อมูล ณ วันที่ 27 เมษายน 2566 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิต

อยู่จำนวน 560,000 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 9,200 คน (เฉลี่ย 25 คน/วัน) และมีผู้เสียชีวิตจากเอชไอวี 11,000 ราย/ปี (เฉลี่ย 30 ราย/วัน) กำลังรับยาต้านไวรัส 457,133 คน ดังนั้นยังคงมีผู้ติดเชื้ออย่างน้อย 102,867 คน ที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา ประเทศไทยวางแผนยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ.2573 โดยแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2562-2573 มุ่งเน้นในการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันจากการรักษาด้วยยาต้าน HIV โดยเร็ว (Treatment as Prevention) และส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่การเข้าสู่บริการตรวจหาการติดเชื้อ HIV และการรักษาด้วยยาต้าน HIV และการคงอยู่ในการรักษา โดยมีเป้าหมาย 95-95-95 คือร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจหาการติดเชื้อ HIV และทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 95 ของผู้ที่รู้ว่าตัวเองติดเชื้อได้รับการรักษาด้วยยาต้าน HIV ร้อยละ 95 ของผู้รับยาต้าน HIV กดระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จ

จากการสำรวจของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยการดำเนินการทั่วประเทศพบว่ายังมีช่องว่างที่เกิดจากผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งรับรู้สถานะการติดเชื้อของตนเองแล้วยังไม่ได้เริ่มการรักษาหรือหายไปจากระบบบริการก่อนการรักษาด้วยยาต้าน HIV ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น ปัญหาสิทธิการรักษา คนไทยยังมีทัศนคติการเลือกปฏิบัติและการถูกตีตรา 26.7% ช่องว่างของระบบบริการการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการตรวจ HIV และหน่วยบริการดูแลรักษา รวมทั้งความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องการรักษาของผู้ติดเชื้อที่อาจยังไม่เป็นปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องหาแนวทางให้ผู้ติดเชื้อ HIV เข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุด และรับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับ CD4 เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อจะทำให้เกิดการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยตรง ส่งผลให้ผู้ป่วยสุขภาพ อ่อนแอ ติดเชื้อฉวยโอกาสได้ เนื่องจากเป็นโรคมีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูง แพร่กระจายออกไปใน ประชากรกลุ่มต่างๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ มี

เพียงแต่ยาที่ออกฤทธิ์ ยับยั้งการลุกลามของเชื้อเอชไอวีโดยใช้ยาต้านไวรัสเอชวี ผลกระทบที่จะตามมาหลังจากผู้ติดเชื้อรับทราบสถานะของตนเองมี 3 ประเด็นหลักได้แก่ 1)ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ไม่ได้เมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีปฏิเสธไม่ยอมรับความเป็นจริงคิดวิตกกังวล เครียด นอนไม่หลับ ทานอาหารลดลง กลัวสูญเสียคนรอบข้างสูญเสียสังคมที่เคยเข้าร่วม 2) ผลกระทบด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการมีวินัยในการดูแลตนเอง และค่าใช้จ่ายในการรักษา 3) ผลกระทบในการใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนสังคมไม่ยอมรับ คำนินทา บุคลากรสุขภาพ จึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพจึงต้อง มีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อการวางแผนการ พยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม บทความนี้นำเสนอ แนวคิดการประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน5 เพื่อการวางแผนการ พยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาเฉพาะราย โดยมีความเชื่อว่ากรณีตัวอย่างจะช่วยให้บังเกิดความ เข้าใจการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมทุกมิติเป็น แบบองค์รวม โดยใช้แนวคิดในการดำเนินการ ได้แก่ กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล แนวคิดการวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 ประเภท ได้แก่ Actual nursing diagnosis Risk nursing diagnosis, Possible nursing diagnosis, Wellness nursing diagnosis, และ Sign and symptom nursing diagnosis ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ กรอบแนวคิดและทฤษฎีการตีตรา และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส
2. เพื่อนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV
3. เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วิธีการศึกษา

เป้าหมายและกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ที่มารับการรักษาที่ รพ สิรินครจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.2565-2566

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่1

ผู้ป่วยชายอายุ 27 ปี สถานภาพโสด นักร้อง ศาสนาพุทธ สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาท ที่อยู่ ม. 10 ต. โนนสมบูรณ์ อ. บ้านแฮด จ.ขอนแก่น มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ไม่มีเสมหะ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เป็นผู้ติดเชื้อ HIV ขึ้นทะเบียนในระบบ D4-2020-968764 ขาดยาต้านไวรัส 6 เดือน อุณหภูมิร่างกายแรกรับ 39.2 องศา ฟังปอด crepitation right lobe แพทย์วินิจฉัยว่ามี การติดเชื้อในร่างกาย จึงรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล วันที่ 26 พฤศจิกายน 2566 เวลา 20.30 น. เลขที่ผู้ป่วยนอก 10327 เลขที่ผู้ป่วยใน 650011836 สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 117 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/64 mmhg ออกซิเจนในร่างกาย 95% CD4 5.31% 84cell VL <20 log1.3ตรวจ ครั้งสุดท้าย วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ที่ โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์ให้การรักษา โดย on iv Nacl 1000 ml v 80 cc/hr ,sputum AFB x3 day sputum c/s ,CXR infiltration RL , CBC , Bun ,Cr ,E' lyte , LFT, ATK ,Flu A,B ,CD4 DTX , on O2 cannular 3LPM, lactase , HC x2 specimen, HbsAg,Anti HCV ,VDRL,TPHA พบผล

เลือดที่ผิดปกติคือ มีภาวะเลือดจาง Hct 25.1% Hb 8.0% MCV 60.2 MCH 19.2 MCHC 31.9 แพทย์ให้ ย 1 Cef-3 2 g v OD ,Azitromycin 2x1 o pc, Paracetamol 1 tab o prn for pain ทุก 6-8 hr ,Folia 1x1 o pc วันที่27 พฤศจิกายน 2566 ผลตรวจเลือดพบเชื้อซิฟิลิส TPHA Positive,VDR L Reactive 1:4 , Cryptococcus Ag Positive แพทย์ วินิจฉัยเป็น 1. VP loss follow up with poor compliance 2.PCP suspected 3.2nd syphilis เคยรักษาที่ โรงพยาบาลขอนแก่น มกราคม 2563 แพทย์ให้ยาเป็น Fluconazole 2x1 o pc ทุกวันจันทร์ ,Bactrim (80/400) 3 amp+5%dw 100ml v drip in 30 min ทุก 8 hr ,Prednisolone (5) 8x2 o pc วันที่1- วันที่5 80 tab / 8x1 o pc วันที่6- วันที่10 40 tab / 4x1 o pc วันที่11- วันที่21 44 tab ,Clindamycin 600mg iv drip in 30 min ทุก 8 hr วันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมีภาวะแพ้ยา Bactrim แพทย์ให้หยุดยา Azithromycin และ Bactrim ที่ให้ทางหลอดเลือด วันที่ 29-30 พฤศจิกายน 2565 แพทย์เปลี่ยนสารน้ำให้ทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 nss 1000 ml V 80 cc /hr หากน้ำเกลือหมดให้หยุดได้ และให้ยาเกินครึ่ง วันที่1 ธันวาคม 2565 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านให้ฉีด Benzathine Penicillin G 1.2 mu IM ตั้นแขน 2 ข้าง weekly x 3 week นัดติดตามอาการที่คลินิกอายุรกรรม พร้อมเจาะเลือดติดตามภาวะโลหิตจาง CXR และฟังผลเจาะ CD4 รวมระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5วัน

วันที่8 และ 15 ธันวาคม ผู้ป่วยมาฉีดยา Benzathine Penicillin G 1.2 mu IM ตั้นแขน 2 ข้าง ตามนัด มี อาการผื่นแดงตามตัวแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นลมพิษ จึงให้ยาทาแก้แพ้และยาเกินครึ่งร่วมด้วย

วันที่ 3 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดรับยา ต้านไวรัส ไม่มีไข้ หายใจสะดวก ไม่มีอาการวิงเวียนหรือปวดศีรษะ สูตรยาที่ใช้ TEEVIR 1x1 o hs , Fluconazole 200mg 2 เม็ด ต่อสัปดาห์

วันที่ 21 มีนาคม2566 มาตามนัด รับยาต้านไวรัส และเจาะเลือดติดตามผลVDRL ผลยังReactive 1:8 แพทย์ให้ฉีด Benzathine Penicillin G 1.2 mu IM ตั้นแขน 2 ข้าง ซ้ำอีก 3 ครั้ง และนัดมาติดตามอาการวันที่18 กรกฎาคม 2566มาตามนัด หลังจากรับยาต้านไวรัสต่อเนื่องมา 6 เดือน นัดติดตามฟังผลเจาะเลือด CD4 ผลได้ 13.75% 347 cell กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่2

ผู้ป่วยหญิง สถานภาพสมรส อายุ 59 ปี HN 13106 AN 660007790 ที่อยู่ ท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น วันที่ 25 กรกฎาคม 2566 มาโรงพยาบาลด้วย อาการสำคัญ ไข้ เหนื่อยหอบก่อนมา 1 วัน อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมา มี ฝ้าขาวในช่องปาก และเป็นบ่อย แพทย์จึงขอให้ตรวจหาเชื้อHIV ผู้ป่วยยินยอมตรวจ ผลตรวจ Positive และ Hbs Ag ผล Positive 3 สัปดาห์ก่อนมา เหนื่อยวิงเวียน เจ็บในปาก ทานได้น้อย มาตรวจที่รพ แพทย์ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน 1 วันก่อนมา เหนื่อยหอบ มีไข้ จึงมา โรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับ 25 กรกฎาคม 2566 อุณหภูมิ 39.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 46 กิโลกรัม ความดันโลหิต 98/65 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 88% E4V5M6 ส่วนสูง150 เซนติเมตร ถามตอบรู้เรื่อง ทำทางดูเหนื่อยเจ็บหน้าอกทะลุไปหลัง วินิจฉัยเป็น HIV disease resulting in PCP with oral candidiasis with sepsis with septic shock ส่งตรวจ Chest X ray พบ reticular interstitial infiltration both lung lower lobe และ crepitation both lung , Hct 29.4% เลือดจาง BUN, Cr, Electrolyte, PT PTT INR, LFT,ca,Mg ,Po4 ,Hemoculture 2 specimen ,UA, UC, ATK fore Covid 19, sputum AFB for G/S,C/S, sputum AFB*3 day , blood gas analysis, lactase ,influenza A และ B ผลปกติ CD4 0.67% 11 cell ค่าน้อยมาก, แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก On O2 cannular 3L และ on HFNC Temp 31 flow 20 Fio2 30% keep o2sat ≥ 92% พ่นยาขยายหลอดลมทุก 6 hr หลังพ่นยาและ on O2 ผู้ป่วยอาการเหนื่อยหอบลดลง O2



เพิ่มขึ้น เป็น 98%ได้รับสารน้ำชนิด LRS 1000 ML v 100 ML / hr ได้รับการรักษาด้วยhydrocortison 100 mg v stat then 50 mg v ทุก 8 hr, Fluconazole 200 mg 1 เม็ดต่อสัปดาห์ Bactrim 2 amp +5%DW 500 ML v drip in 2 hr ทุก 8 hr วันที่ 26 กรกฎาคม2566 แพทย์ หยุดให้เครื่องช่วย ออกซิเจนแรงดันสูง ปรับมาเป็น ออกซิเจนธรรมดา canular 3 L แพทย์เปลี่ยนยามาเป็น meroperam 2 g + 5%DW 100 ml v in 1 hr then 1 g v ทุก 8hr v เก็บเสมหะส่งตรวจเพาะเชื้อ PCR รอผล 1 เดือน คนไข้ ไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพคงที่ ทานอาหาร ได้ ขับถ่ายปกติ หลังน้ำเกลือหมด off IV on Heparin lock และปรับเป็นยากิน ให้off Fluconazole 200 mg 1 เม็ดต่อสัปดาห์เป็น Fluconazole 200 mg 2 x 1 po pc ,prednisolone (5) 3 x 1 o pc ,omepazole (20) 1x1 o pc วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 สัญญาณชีพคงที่off ออกซิเจน ย้ายมาที่ตึก อายุรกรรมหญิง อุณหภูมิ 36.5องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที o2 sat 99% ความดันโลหิต 105/72 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ ได้ปรับยาเป็น Fluconazole 200 mg 2x1 po pc, Prednisolone 5 mg 3x1 po pc ,Bactrim 3 amp +5%dw500ml v drip in 2 hr ทุก 8 hr วันที่31 กรกฎาคม 2566 แพทย์สั่งเจาะ E lyte ค่า K 3.15 ให้ E kcl 30 ml o stat และ off Bactrim 3 amp +5%dw500ml v drip ให้เป็น Bactrim (80/400) 4 tab o bid pc ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่หอบ รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ วันที่ 3 สิงหาคม 2566 แพทย์ อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการที่คลินิกรับ ยาต้านไวรัส รวมนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน

วันที่ 15 สิงหาคม2566 มาตามนัดอาการ ทั่วไปน้ำหนัก 49 kg สูง 150 cm BMI 21.7 อุณหภูมิ 36.5องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที o2 sat 99% ความดันโลหิต 130/72 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีวิงเวียน หรือเหนื่อยหอบ E4V5M6 ยังมีเจ็บในช่องปาก ลิ้นมีฝ้าขาว รับยาต้าน ไวรัสสูตร TEEVIR 1x1 o ac เย็น (Tenofovir+ Efavienz+ Emtrictabine 300/600/200 mg), MTV

1x2 o pc, Triamnisolone paste ทาปาก bid ,Bactrim 480 mg 2x1 o pc, Fluconazole 200mg 2tab/สัปดาห์ Viral load ส่งตรวจได้เมื่อผู้ป่วย รับประทานยาต่อเนื่องครบ3 เดือน นัดครั้งต่อไป 19 ธันวาคม 2566

วันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 มาก่อนนัดของ คลินิกรับยาต้านไวรัส เนื่องจาก เหนื่อยเพลีย หายใจ ลำบากเล็กน้อย วิงเวียน เป็นมา 1 วัน น้ำหนัก 47 kg อุณหภูมิ 36.9องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที o2 sat 99% ความดัน โลหิต 107/73 มิลลิเมตรปรอท CXR ผลปกติ รอยโรค เดิม ไม่มีรายการส่งเจาะเลือด ได้รับยา MTV 1x2 o pc , Triamnisolone paste ทาปาก bid และนัด ติดตามอาการ 19ธันวาคม2566

กระบวนการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเมื่อร่างกายแสดงถึง ภาวะเอดส์ชัดเจน เริ่มการรักษาเมื่อระดับภูมิคุ้มกัน ถูกทำลายไปอย่างมาก (CD4 0.67% 67 cell) พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉวยโอกาส ติดเชื้อ Pneumocystis carinii Pneumonia หรือ Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP) ไข้ เหนื่อยหอบ มีภาวะเชื้อราในปาก ลิ้นเป็นฝ้าขาว ติด เชื้ออสุภที่ผิวหนัง น้ำหนักลด หลังจากทราบผลว่า ติดเชื้อHIV มีความกังวลเรื่องสุขภาพ กลัวถูกเปิดเผย กลัวสังคมรังเกียจ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความ เจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ พยาบาลผู้ดูแล จำเป็นต้องมีบทบาทให้ความรู้ให้คำแนะนำ เป็นที่ ประึกษา ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยพบปัญหา ส่งเสริม ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถ จัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งพยาบาลเป็นผู้ ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพใน การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การรักษาต่อเนื่องมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผล การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉวยโอกาสอื่นๆได้อีกด้วย

การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับผลกระทบทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะ เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซ ลดลง จากการติดเชื้อที่ปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลงจากการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : มีโอกาสเกิดภาวะ สูญเสียสารน้ำและเกลือแร่จากภาวะแผลในปากจากการติดเชื้อราในช่องปาก รับประทานอาหารได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : ความทนต่อกิจกรรม ลดลงเนื่องจากอ่อนเพลียและซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5:แบบแผนการพักผ่อน นอนหลับเปลี่ยนแปลงโดยมีอาการนอนไม่หลับ หรือพักผ่อน ได้ไม่เพียงพอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : ขาดความรู้ในการ ปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 : เครียด วิตกกังวล กลัวเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อเอชไอวีของตนกลัวคนอื่นรับทราบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 : ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 : ความมั่นใจในตนเองลดลงจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 : มีโอกาสแพร่เชื้อ เอชไอวี และรับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทำให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถจัดการตนเองได้

อย่างเหมาะสม ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การ พยาบาล กระบวนการให้คำปรึกษา ประเมินปัญหาของผู้ป่วย ค้นหาปัญหา ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส สุขภาพ แข็งแรงมากขึ้นตามลำดับ กล้าเปิดเผยให้สามีทราบ ชักชวนสามีมาตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ HIV สามียอมรับในความเจ็บป่วยของภรรยา เปิดใจยอมรับในการติดเชื้อ HIV แต่ยังไม่ยอมเจาะเลือด ให้เหตุผลว่า จะติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อHIV ก็สามารถอยู่ร่วมกันได้ เจ็บป่วยก็ดูแลกันเหมือนเดิม^{3,5} อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลทั้งหมดมานำเสนอในเอกสาร ได้ครบถ้วนทำให้มีบางส่วนขาดหายไป แก้ไขโดยพยายาม นำข้อมูลที่สำคัญ และประเด็นที่เป็นปัญหามานำเสนอ ในเอกสารรายงาน กรณีศึกษาผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการ ที่ล่าช้าของผู้ป่วย เนื่องจากเข้ามารับการรักษาเมื่อระดับ ภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปอย่างมาก ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส สภาพร่างกายของผู้ป่วย แสดงถึงภาวะเอดส์ชัดเจน และมีระดับ $CD4 < 100 \text{ cells/mm}^3$ เหตุจากความรู้สถานะติดเชื้อเอชไอวี ของตนเองตั้งแต่มีก่อนมีอาการ แสดงถึงการให้บริการเชิงรุก ในการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ยังคงเป็นปัญหา ของระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรสร้างตระหนักให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับทราบยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างสม่ำเสมอมากกว่าหรือเท่ากับ 95% เพื่อหลีกเลี่ยง การเกิดไวรัสดื้อยา และการติดเชื้อฉวยโอกาส

2. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการ ดูแลที่ต่อเนื่องและผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่การป้องกันตนเองจาก การติดเชื้อฉวยโอกาส การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การ

รับประทาน อาหารที่มีประโยชน์การออกกำลังกาย
สม่ำเสมอ การมี สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม
และครอบครัว การจัดการกับความเครียด และการ
พัฒนาทางด้านจิต วิญญาณอย่างสม่ำเสมอ

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเปิดเผยสถานการณ์
ติดเชื้อเอชไอวีต่อบุคคลในครอบครัว เพราะ
ครอบครัว เป็นสถาบันที่สำคัญที่คอยดูแลช่วยเหลือ
และให้กำลังใจ ผู้ป่วยที่ดีที่สุด

4. การรักษาผู้ติดเชื้อHIV ระบบการส่งตรวจ
CD4 ยังไม่เอื้อต่อแพทย์ผู้รักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ให้
ประสบการณ์ เกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วย
และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ทำให้พยาบาล
เข้าใจผู้ที่ติดเชื้อ เอชไอวีมากขึ้น และทำให้สามารถ
วางแผนการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ และขอบคุณแพทย์เจ้าของไข้
เจ้าหน้าที่ตึก ICU ตึกอายุรกรรมหญิง ขอขอบคุณ
โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่นที่อนุญาตให้
นำเอาข้อมูลผู้ป่วยมาศึกษา ที่เอื้อต่อการให้ดูแล
และวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.2564 คู่มือการจัดการบริการเพื่อส่งเสริมการ
เริ่มยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย. พิมพ์ที่บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.2565
แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย 2564/2565. พิมพ์ครั้งที่ 1 .พิมพ์ที่ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์
อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
3. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.2563 แนวทางการจัดการบริการรับยาต้าน
ไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทย.พิมพ์ที่
บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด.
4. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.2566 รายงานประจำปี 2565.
5. ศุภรัตน์ เพ็ญพาส.การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส : กรณีศึกษา 2564.website online สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ 8-11สิงหาคม2565 หน้า 9-15. สืบค้นเมื่อ 20พฤศจิกายน2566.
6. เพ็ญพักตร์อุทิศ, ชมพูนุช โสภณารีย์, ปรีศ กิตติธรรค์ศักดิ์. คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560
7. <https://www.nhso.go.th>.บริการออนไลน์.การบริหารจัดการระบบบันทึกข้อมูลให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แห่งชาติ
(NAPPLUS).สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566
8. <https://www.nhso.go.th>.บริการออนไลน์.ระบบรายงานข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ (NAP WEB
REPORT) <https://www.nhso.go.th>.บริการออนไลน์.การบริหารจัดการระบบบันทึกข้อมูลให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์ แห่งชาติ (NAPPLUS).สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566.
9. <https://workpointtoday.com>.สถานการณ์ HIVในปัจจุบัน.2565 สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566.
10. <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>.ที่มา: Spectrum-AEM ปรับปรุง 27 เมษายน 2566 หมายเหตุ ข้อมูล
การรับยาต้านไวรัส เป็นข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพ.สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566.