

การจัดการรายกรณี Case management

เรื่อง การได้รับสารอาหารในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบ

นางแรมจันทร์ จันทารินทร์

วิชาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (CCN3)

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะกลุ่มโรค (CCN4)

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคตับอ่อนอักเสบเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของโรกระบบทางเดินอาหารที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุของโรคตับอ่อนอักเสบ ทั้งการอักเสบชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังนั้นมีความเกี่ยวพันกัน เพราะการอักเสบเรื้อรังจะเกิดต่อเนื่องมาจากการอักเสบเฉียบพลัน ดังนั้นสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงจึงเหมือนกัน ซึ่งสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อยของโรคตับอ่อนอักเสบทั้งหมดจะมีอยู่ด้วยกัน 2 สาเหตุหลัก ๆ คือ จากโรคนี้ในถุงน้ำดีซึ่งทำให้เกิดการอุดตันและการอักเสบของท่อตับอ่อน และจากการดื่มแอลกอฮอล์จัด (ชัยพิชิต. 2018) ซึ่งกลไกการอักเสบของตับอ่อนในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าการอักเสบของตับอ่อนน่าจะเกิดจากน้ำย่อยอาหารจากตับอ่อน โดยเฉพาะชนิดที่เรียกว่า “ทริปซิน” (Trypsin) ซึ่งเป็นน้ำย่อยโปรตีนที่ปกติแล้วจะไม่ทำงานเมื่ออยู่ในตับอ่อน แต่จะทำงานก็ต่อเมื่อเข้าไปอยู่ในลำไส้เล็ก โดยเซลล์ของลำไส้เล็กตอนบนจะสร้างเอนไซม์ ชื่อ “เอนเทอโรไคเนส” (Enterokinase) ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้น้ำย่อยตับอ่อนทำงาน แต่เมื่อเซลล์ของตับอ่อนเกิดการอักเสบจากสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ก็ส่งผลทำให้เกิดสารเคมีผิดปกติต่าง ๆ ขึ้นมา ซึ่งจะไปกระตุ้นให้น้ำย่อยของตับอ่อนโดยเฉพาะทริปซินทำงาน น้ำย่อยเหล่านี้จึงย่อยสลายเซลล์ของตับอ่อนและก่อให้เกิดเป็นโรคตับอ่อนอักเสบขึ้นมา (นรินทร์. 2018)

ภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อนอักเสบ คือการเกิดเนื้อตายของตับอ่อน (Necrotizing pancreatitis) โดยเกิดจากการที่มีการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงที่เนื้อของตับอ่อนไม่เพียงพอจนทำให้มีการตายของเนื้อตับอ่อน มีสารน้ำรอบตับอ่อน (APFC) ส่งผลให้เกิด ภาวะ abdominal compartment syndrome (ACS) คือ ภาวะที่ความดันในช่องท้องสูงค้างมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอทพร้อมกับมีภาวะอวัยวะล้มเหลวที่เกิดขึ้นใหม่ นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ที่อาจพบได้อีกคือ ภาวะกระเพาะอาหารอุดตัน (gastric outlet obstruction) (พวงทอง. 2017)

การรักษาโรคตับอ่อนอักเสบ โดยการรักษาประคับประคองตามอาการ เป็นการรักษาอันดับแรกที่สำคัญมาก แพทย์จึงมักต้องรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลและ ให้งดการรับประทานอาหารและน้ำเพื่อลดการทำงาน

ของตับอ่อนจนกว่าอาการอักเสบจะทุเลา ให้น้ำเกลือและสารอาหารทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ และให้เกลือแร่ต่าง ๆ อยู่ในระดับสมดุลจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง อาจจำเป็นต้องใส่สายจากจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารเพื่อดูดน้ำย่อยของกระเพาะอาหารออกให้หมด เพื่อลดการตั้งตัวของท้องและลดอาการคลื่นไส้อาเจียน นอกจากนี้ก็ให้ยาแก้ปวดตามระดับอาการปวดของผู้ป่วย บรรเทาอาการปวดท้อง และให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน รวมถึงการรักษาที่สาเหตุและภาวะแทรกซ้อน เช่น การให้เลกติ้มแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาด รวมถึงให้เลกิสบูพรีด้วย การให้ยาปฏิชีวนะเมื่อการอักเสบเกิดจากการติดเชื้อ (ชัยพิชิต. 2018) ในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบที่มีความรุนแรงมากหรือมีอวัยวะล้มเหลว ควรที่จะเริ่มให้อาหารทางสายยางก่อนที่จะพิจารณาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าการให้อาหารทางสายยางมีการติดเชื้อ น้อยกว่าการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (พงทอง. 2017)

จากกรณีศึกษาพบว่า ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยรายนี้ เกิดจากสาเหตุหลักจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลทำให้เกิดการอักเสบเฉียบพลันของตับอ่อน แพทย์ได้รักษาเบื้องต้นโดยการให้ดื่มน้ำและอาหารและใส่สายจากจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารเพื่อดูดน้ำย่อยของกระเพาะอาหารออกให้หมด ให้น้ำเกลือและสารอาหารทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ พร้อมทั้งให้ยาปฏิชีวนะเมื่อเกิดการอักเสบของตับอ่อน จากการรักษานี้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ประกอบกับผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มความดันในช่องท้องสูงขึ้น (Abdominal compartment syndrome) ทำให้การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารมีความผิดปกติไป ความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารนานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ มีการติดเชื้อในร่างกาย และส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นตามมา

การจัดการรายกรณีครั้งนี้เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามดูแลภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตที่มีการอักเสบของตับอ่อนร่วมกับมีภาวะความดันในช่องท้องสูงขึ้น (Abdominal compartment syndrome) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่พยาบาลไม่ควรมองข้าม ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการตั้งแต่วินาทีแรก มีการวางแผน ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดควรเพิ่มความตระหนักและให้ความสำคัญในการติดตามดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโภชนบำบัดที่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกายอันจะเป็นประโยชน์ในการช่วยเพิ่มน้ำหนักมวลกล้ามเนื้อและคงสภาพการทำงานของร่างกาย ตลอดจนช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงมีการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง

สรุปกรณีศึกษา

Case ผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี อาชีพรับจ้าง ปฏิเสธโรคประจำตัว chronic alcohol drinking ผล sero positive (ตรวจพบครั้งนี้ ประวัติ unsafe sex) ดื่มเหล้าขาว 1 ขวด/วัน สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน
รับประทานยาชุด 1-2 ชุด/เดือน ครั้งนี้ให้ประวัติ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดจุกท้องบริเวณใต้สะดือ เป็นๆ หายๆ pain score 7/10 ต่อมาไข้สูง หนาวสั่น เบื่ออาหาร ไม่มี N/V น้ำหนักลด ไปโรงพยาบาลหนองใหญ่ วันที่ 20/02/2563 แรกรับ v/s BT 40 องศาเซลเซียส, Pulse 160 bpm, BP 150/80 mmHg , RR 28 bpm ตรวจร่างกายพบ murphy sign positive , liver 1 FB BRCM admit Dx. AFI with Acute febrile illness เก็บ septic W/U ได้ ATB เป็น cef-3 film acute abdomen No free Air, bowel loop dilatation at RLQ & suprapubic region ต่อมาปวดท้องมากขึ้น มี rebound tenderness with voluntary guarding U/S bed side : heterogeneous liver parenchyma, GB 30x50 mm. in diameter, GB wall 4 mm. suspect gallstone 7x9 mm, Murphy sign weakly positive , NG content yellow fluid จึงขอ refer โรงพยาบาลชลบุรี at ER consult ศัลยกรรม ตรวจร่างกายมี tenderness U/S bedside : multiple GS, Hepatomegaly เจาะ lab SGOT = 32 , SGPT= 11 film acute abdomen No free air R/O Acute cholecystitis จึงให้ admit ศัลยกรรม ขณะ admit ชลบทศ 4 on sepsis protocol เก็บ septic w/u ได้ ATB เป็น cef-3, flagil IV retain NG ต่อลง bag content ลักษณะเป็น bile สีเขียว ต่อมาผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ 21/02/2563 จึงใส่ ET-tube on ventilator PCV mode หายใจเหนื่อย agitation ได้เป็น Fentanyl IV drip มีท้องบวมโต ส่งทำ CT whole abdomen พบ Chronic pancreatitis จึง consult intervention for embolization หลังส่งทำ embolization ผลพบ Successful gel foam embolization via inferior pancreaticoduodenal artery. Dx. Severe pancreatitis with hemorrhagic pseudo cyst with pancreatic aneurysm ขอย้าย SICU ขณะ admit มีปัญหาท้องบวมโต อืดตึง วัดรอบท้อง OD อยู่ในช่วง 84-88 cms. ร่วมกับมี NG content > 500 ml/day จึงต่อ NG intermittent suction NPO on B-fluid 80 ml/hr., RLS IV drip 60 ml/hr. ,ได้ plasil 10 mg q 6 hr. และเจาะ DTX q 6 hr. DTX อยู่ในช่วง 80-180 mg% มีปัญหา electrolyte imbalance เป็นระยะ ได้รับการแก้ไขเรื่อง electrolyte ผล septic work up ไม่พบเชื้อ แต่ผู้ป่วยยังคงมีไข้สูง 39-40 องศาเซลเซียส HR เร็ว อยู่ในช่วง 130-140 bpm แพทย์จึง treat as Sepsis พิจารณาเปลี่ยน ATB เป็น Meropenem มีปัญหา Anemia Hct. ประมาณ 27-29% ได้เป็น PRC 2 unit เรื่อง pancreatitis with ascites plan ส่งทำ CT upper abdomen ซ้ำ clinical stable แพทย์จึงพิจารณาย้ายกลับ ชลบทศ 4 (27/2/63) หลังย้าย ward ผู้ป่วยมีปัญหา abdominal compartment syndrome set OR for explore lap. Pancreatic necrosectomy with drain (28/2/63) พบ serosanguinous fluid 1,700 ml , severe tissue inflammation and pancreatic edema no necrosis tissue cannot evaluated pseudo cyst หลัง post-operative for explore lap. with decompression จึงย้ายกลับ SICU เพื่อ close monitoring ล่าสุด ผู้ป่วยขณะ on fentanyl IV drip coma score 8 (E3M4Vt) on Jackson drain 2 ขวด content 50-100 ml/day แต่ยังคงมีปัญหาท้องอืดตึง NG มี content ต่อ intermittent suction และ on B-fluid IV

drip rate 80 ml/hr. ร่วมกับเริ่ม feed เป็นน้ำหวาน 100 ml/hr. drip in 4 hr. x 4 dose ทาง NG tube
แพทย์พิจารณา supportive treatment

กรณีศึกษา

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 มารับการรักษาที่ รพช.หนองใหญ่

Chief complaint :ปวดจุกท้องใต้สะดือ 3 วันก่อนมา

Present illness : 3 วันก่อนมาปวดจุกท้องบริเวณใต้สะดือ ปีบๆคลายๆเป็นช่วงๆ ร้าวมารอบๆสะดือและท้อง
ด้านบน วันนี้ มาด้วยอาการ มีไข้ หนาวสั่น เบื่ออาหาร ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีมูกเลือดปน

Past history :ไม่มีโรคประจำตัวดื่มสุราเป็นประจำประมาณ 1 ขวด/วัน สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน

Allergies :ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติใช้ยาสมุนไพร ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด

การตรวจร่างกาย

GA : good conscious E4V5M6 pupil 3 mm React to light both eye.

Skin : multiple excoriatic rash at trunk & extremities.

HEENT : Icteric sclera

Heart &Lung : normal

Abdomen : Generalized tenderness at suprapubic PS = 7 คะแนน. No rebound tenderness.

Murphy sign positive. No CVA tenderness. Liver 1 FB below right costal margin. Spleen can't be palpate.

Vital sign : T= 40.1 C PR = 162 /min RR = 26 /min BP = 169/99 mmHg

การตรวจพิเศษ

Film acute abdomen : No free air. Bowel loop dilatation at RLQ & suprapubic region.

U/S : Heterogeneous liver parenchyma. Gall bladder 30 x 50 mm. in diameter , Gall bladder wall 4 mm. , suspect gall stone 7 x 9 mm. not seen pericholecystic fluid.

แพทย์วินิจฉัย AFI with generalized peritonitis R/O Acute cholecystitis Refer โรงพยาบาลชลบุรี

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563 มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี ตรวจร่างกายมี tenderness U/S bedside

: multiple GS, Hepatomegaly เจาะ lab SGOT = 32 , SGPT= 11 film acute abdomen No free air R/O Acute cholecystitis จึงให้ admit ศัลยกรรม ขณะ admit on sepsis protocol เก็บ septic w/u ได้ ATB เป็น cef-3, flagil IV retain NG ต่อลง bag ต่อมาผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ จึงใส่ ET-tube on ventilator ICU ศัลยกรรม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC

Date	20/2/63	21/2/63	22/2/63	23/2/63	25/2/63	27/2/63	28/2/63	29/2/63	1/3/63	2/3/63
Hb		10.1	8.8	10.4	12.1	12.5	10.9	10.8	9.7	10.3
Hct.		29.7	25.9	29.9	35.3	35.7	31.3	31.8	27.9	29.7
MCV		75.8	72.8	71.7	72.0	72.4	73.0	73.3	72.1	72.3
RBC		3.92	3.56	4.17	4.90	4.93	4.29	4.34	3.87	4.11
WBC		19.80	21.78	17.70	18.57	21.00	16.54	13.65	11.15	12.06
N		88.1	88.4	89	89.2	88.1	87.5	85.7	82.8	89.1
L		8.2	7.0	6.4	4.7	7.5	7.9	9.9	13.4	6.9
Mo		3.6	4.3	4.4	5.9	4.2	4.0	3.4	3.0	2.1
E		0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.4	0.7	0.6	1.6
Plt.		321	194	163	154	166	190	163	201	138
PT	14.5			13.6		13.5	13.4	13.3		
INR	1.22			1.14		1.13	1.15	1.11		
PTT	31.9			29.1		30.9	29.8	31.8		

TFT

date	1/3/63
FT3	0.73
FT4	<0.95
TSH	0.857

ABG

date	21/2/63	22/2/63	28/2/63
pH	7.528	7.516	7.501
PaO2	169.1	123.6	77.1
P/E ratio	422.7	309	192.9
PaCO2	22.8	26	30.2
HCO3	19.2	21.2	23.8

แบบฟอร์มการทำรายงานการจัดการรายกรณี

ปัญหา: มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีพยาธิสภาพของตับอ่อนอักเสบรุนแรงร่วมกับมีภาวะ Abdominal Compartment syndrome

ตัวชี้วัด: 1. ผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบรุนแรงได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2. ไม่เกิดภาวะขาดสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

3. ไม่เกิดภาวะ Abdominal Compartment syndrome เพิ่มขึ้น สามารถ Early feeding ได้

การดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้การจัดการรายกรณี: ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ สารอาหารและพลังงานอย่างเพียงพอ

Plan of Care	Day 1- 5						
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ						
	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	นักรังสีการแพทย์	นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา
เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วย/ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล			- ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะขาดสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย - เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบรุนแรงที่ได้รับ				

Plan of Care	Day 1- 5						
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ						
	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	นักรังสีการแพทย์	นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา
			การงดน้ำงดอาหาร -ผู้ป่วยได้รับอาหาร ทางสายยางได้เร็วขึ้น				
การประเมินภาวะ สุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - Consult Medicine - Consult surgery - Diagnostic test - Ranson's criteria - U/S bedside - การวัดรอบท้องผู้ป่วย - การตรวจสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลมาจาก เวชระเบียน ใบสั่งยา - สอบถามประวัติ การแพทย์ของ ผู้ป่วย - ประวัติยาเดิม ของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - การซักประวัติ ทางด้านโภชนาการ ชนิด และปริมาณ อาหารที่รับประทาน โรคทางเมตาบอลิซึม การซักประวัติน้ำหนัก ตัวที่ พร้อมทั้งบันทึก ชนิด ปริมาณของ อาหาร อัตราการไหล พร้อมทั้งเกิดอาการ ของภาวะการขาดน้ำ (Dehydration) เช่น ผิวแห้งเหี่ยว ริม ฝีปากแห้ง มีอาการ 	<ul style="list-style-type: none"> - General appearance - Vital signs and neurosigns - ประเมิน disability - ประเมิน Barthel index - ตรวจร่างกาย ทาง กายภาพบำบัด •ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ •ระบบประสาท 	<ul style="list-style-type: none"> - General appearance - CT – scan - CXR - U/S Abdomen - Film abdomen 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการ ประเมินภาวะ ทุพโภชนาการ (คะแนน Nutrition Alert.....) - การคำนวณ แคลลอรี่ที่ควร ได้รับ 	

Plan of Care	Day 1- 5						
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ						
	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	นักรังสีการแพทย์	นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา
			กระจายน้ำ คอแห้ง กระวนกระวาย และ ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น - การใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะโภชนาการ - General appearance การตรวจร่างกาย โดยการวัดความหนาของไขมันชั้นใต้ผิวหนัง บริเวณต่าง ๆ เช่น บริเวณกึ่งกลางต้นแขนด้านหน้า (biceps) ด้านหลัง (triceps) ด้านหลัง บริเวณสะบัก	•ระบบสมอง เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว			

Plan of Care	Day 1- 5						
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ						
	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	นักรังสีการแพทย์	นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา
			(subscapular) และที่บริเวณ เอว (supra-iliac) แล้วนำไปคำนวณเป็นปริมาณของ ไขมันเทียบกับตารางมาตรฐานตามเพศและช่วงอายุ - การคำนวณค่า BMI - การประเมินภาวะแทรกซ้อนในช่องท้องโดยใช้หลัก 6Ps - การวัด CVP และประเมินน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย - การคำนวณ Calorie ที่ผู้ป่วยควร				

Plan of Care	Day 1- 5						
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ						
	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	นักรังสีการแพทย์	นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา
			<p>จะได้รับในแต่ละวัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจ Lab examination - การประเมิน Early feeding ร่วมกับแพทย์ 				
กิจกรรม			<ul style="list-style-type: none"> -สังเกตอาการปวดท้อง ท้องอืด บวมโต โดยการวัดรอบท้อง เวนละ 1 ครั้ง - ฝ้าระวังภาวะ Abdominal Compartment syndrome ตามหลักการดูแล 6Ps -Pain -Pallor 	<ul style="list-style-type: none"> -เข้ามามีส่วนร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลในการกระตุ้น ambulation เพื่อป้องกันอาการท้องอืด กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้เพื่อการ early feeding 		<ul style="list-style-type: none"> -วางแผนการให้โภชนบำบัด กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ผู้ป่วยควรได้รับพลังงานประมาณ 10 กิโลแคลอรี/กก./วัน จากนั้นค่อยๆ ปรับเพิ่มพลังงานอย่างช้าๆ เช่น เพิ่มครึ่ง 	

Plan of Care	Day 1- 5						
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ						
	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	นักรังสีการแพทย์	นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา
			-Polar -Paralysis -Paresthesia -Pulse - ประเมิน Bowel sound อย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง - ใส่สายยางให้อาหารต่อแบบระบบ Intermittent สังเกตสี ลักษณะ ปริมาณ content - ดูแลการทำงานของ Jackson's drain ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสังเกตสี ลักษณะ	โดยไม่ขัดกับอาการของผู้ป่วย		ละ 5-10 กิโลแคลอรี/กก./วัน จนถึง พลังงานเป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงการติดตามประเมินภาวะโภชนาการซ้ำ (Re-assessment nutrition status) ก่อนการย้าย ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การวางแผนให้	

Plan of Care	Day 1- 5						
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ						
	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	นักรังสีการแพทย์	นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา
			<p>ปริมาณ content</p> <p>-ประเมินพลังงานโดยใช้ค่า total energy expenditure (TEE) เพื่อประเมินพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน</p> <p>- ดูแลให้ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ B-fluid และสังเกต</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับสารน้ำ</p> <p>-ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเปลี่ยนแปลงสมดุลทางเกลือแร่,</p>			<p>โภชนบำบัดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- จัดเตรียมอาหาร ปั่นผสมสำหรับให้ทางสายให้อาหารสำหรับผู้ป่วยตามแผนการรักษา</p>	

Plan of Care	Day 1- 5						
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ						
	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นักกายภาพบำบัด	นักรังสีการแพทย์	นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา
			การย่อยและการดูดซึมสารอาหาร เช่น albumin ภาวะความเป็นกรด-ด่างในร่างกาย เป็นต้น -ดูแล Feed อาหาร เป็น Neomoon สูตร 1:1 300 ml ทุก 6 ชั่วโมงเฝ้าระวังการสำลักอาหาร และประเมิน NG content				
การจำหน่าย	-อธิบายแนวทางในการดูแลตนเองต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคตับอ่อน อักเสบแก่ผู้ป่วยและญาติ	-ทบทวนความรู้เรื่องการใช้อยา	-ประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดย - แนะนำการใช้ยา การรับประทานอาหารเฉพาะโรค			-สอนเรื่องการรับประทานอาหารและการคำนวณพลังงานที่ได้รับอย่างง่าย	

Plan of Care	Day 1- 5						
	ทีมสหสาขาวิชาชีพ						
	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	นัก กายภาพบำบัด	นักรังสี การแพทย์	นักโภชนาการ	นักจิตวิทยา
			<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำอาการ และอาการแสดงที่บ่ง บอกถึงความผิดปกติที่ ต้องมาโรงพยาบาล - แนะนำการมา ตรวจตามนัด 			ให้กับผู้ป่วยและ ญาติ	

การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการวางแผนการจัดการรายกรณี

1. Nutritional support in acute pancreatitis from physiopathology to practice. An evidence-based approach

จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ Nutritional support in acute pancreatitis: from physiopathology to practice. An evidence-based approach จากการทบทวนวรรณกรรมนี้ พบว่า ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute Pancreatitis) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่อาจทำให้เสียชีวิตซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะ hyper-catabolic state รวมถึงภาวะแทรกซ้อนในช่วงต้นและปลายที่อาจนำไปสู่การล้มเหลวของอวัยวะหลายอวัยวะและความตาย การวิจัยทางคลินิกที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันอาจไม่ได้รับประโยชน์จากโภชนาการทางช่องปากในระยะแรก อย่างไรก็ตามแพทย์หลายคนยังเชื่อว่าการอดอาหารและน้ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรก อาจลดภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อนอักเสบและการเสียชีวิต เป้าหมายของการทบทวนวรรณกรรมนี้คือเพื่อแสดงให้เห็นว่าความเชื่อที่ผิด ๆ ดังกล่าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและกระบวนการรักษา การจัดการทั้งหมดจะต้องเปลี่ยนไปโดยใช้แนวทางที่มีเหตุผลและเป็นหลักฐานมากขึ้น

ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute Pancreatitis) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้านโภชนาการ ความอดอยากในลำไส้บนทอนระบบทางเดินอาหาร ซึ่งนำไปสู่การติดเชื้อและอวัยวะล้มเหลว ควรประเมินความรุนแรงโดยเร็วที่สุดสำหรับการจัดการการรักษาและให้โภชนาการ ข้อมูลตามหลักฐานของการให้อาหารทางปากเร็วขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรง ในตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ที่ไม่รุนแรงนักโภชนาการควรเริ่มรับประทานทันทีที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ ในตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ที่รุนแรงควรเริ่มต้นภายใน 24-48 ชั่วโมงนับตั้งแต่เข้ารับการรักษา โดยสรุปการสนับสนุนด้านโภชนาการที่ตรงเวลาและเพียงพอ อาจช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ การตาย และระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษานี้ได้แนะนำแนวทางการให้อาหารในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบมาใช้ในการเริ่มให้อาหารผู้ป่วย โดยการรักษา นั้นควรเริ่มรับประทานทันทีที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ ในตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่รุนแรงควรเริ่มต้นภายใน 24-48 ชั่วโมงนับตั้งแต่เข้ารับการรักษาแต่ในกรณีศึกษาผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารได้ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกเนื่องจากผู้ป่วยมี Content เป็นลักษณะคล้ำน้ำตาลี แพทย์จึงพิจารณางดน้ำและอาหารในระยะแรก หลังจากนั้นแพทย์ได้เริ่มให้อาหารทางสายยาง ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการรักษาเพื่อสนับสนุนด้านโภชนาการที่ตรงเวลาและเพียงพอ เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ การตาย และระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

อ้างอิง : Rinninella, E., Annetta, M. G., Serricchio, M. L., Dal Lago, A. A., Miggianno, G. A. D., & Mele, M. C. (2017). *Nutritional support in acute pancreatitis: from physiopathology to practice. An evidence-based approach*. European Review For Medical And Pharmacological Sciences, 21(2), 421–432. 17

2. Chronic Pancreatitis and Nutrition Therapy

จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ Chronic Pancreatitis and Nutrition Therapy จากการทบทวนวรรณกรรมนี้ พบว่า ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกาย และส่งผลให้การทำงานทางกายภาพลดลง สาเหตุของการขาดสารอาหารของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเกิดจากหลายปัจจัยและอาจเป็นผลมาจากการรวมกันของความไม่เพียงพอของต่อมไร้ท่อ การขาดเอนไซม์ตับอ่อนนำไปสู่ภาวะ steatorrhea และ malabsorption อาการปวดท้องเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการขาดสารอาหารในตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง และควรได้รับการพิจารณาเมื่อสงสัยว่ามีการขาดสารอาหารในผู้ป่วยเหล่านี้ การให้อาหารในผู้ป่วยที่มีตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ควรให้อาหารทางปกติที่มีประสิทธิภาพสูงสำหรับผู้ป่วยที่มีตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง โดยทั่วไปจะเพิ่มสูตรโปรตีนที่ได้รับการยอมรับอย่างดี อย่างไรก็ตามมีปัจจัยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับปริมาณของอาหารปกติได้ จึงต้องพิจารณาการให้อาหารทางสายยาง และสามารถพิจารณาได้ว่าสถานะทางโภชนาการนั้นดีขึ้นและยอมรับได้หรือไม่ หากสารอาหารยังไม่เพียงพอหรือไม่สามารถรับอาหารได้ พิจารณาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ โดยมีแนวทางจากสมาคมยุโรปสำหรับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดและทางเดินอาหาร (ESPEN) ระบุว่า <math>< 1\%</math> ของผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจะต้องได้รับสารอาหารทางหลอดเลือด เนื่องจากโภชนาการที่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการจัดการตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ควรพิจารณาในการเลือกวิธีการให้อาหารทาง Nasogastric เป็นวิธีที่มีการรุกรานน้อยที่สุดและวิธีการที่ถูกที่สุด

จากการศึกษานี้ ได้นำแนวทางการให้อาหารในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง โดยการเริ่มให้อาหารปกติ ถ้าหากผู้ป่วยรับไม่ได้จึงเริ่มพิจารณาการให้อาหารทางสายยาง ในระยะที่มีการอักเสบของตับอ่อนที่มากขึ้น ร่วมกับมีภาวะแรงดันในช่องท้องสูง ทำให้ผู้ป่วยรับอาหารทางสายยางไม่ได้ ด้วยเหตุนี้แพทย์จึงพิจารณาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายในช่วงที่มีภาวะการเจ็บป่วยของร่างกาย และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

อ้างอิง : Stephen J. O'Brien, MB, BCH, BAO1 ; and Endashaw Omer, MD, MPH2. (2019).

Nutrition in Clinical Practice Volume 34. American Society for Parenteral and Enteral

Nutrition.October 2019 S13–S26. 18

3. Pragmatic Management of Nutrition in Severe Acute Pancreatitis

จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ Pragmatic Management of Nutrition in Severe Acute Pancreatitis จากการทบทวนวรรณกรรมนี้ระดับอ่อนแอเสียบพลันรุนแรง เป็นรูปแบบของระดับอ่อนแอเสียบพลัน ที่มีการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โภชนาการมีความสำคัญต่อการจัดการสนับสนุนด้วยเส้นทางที่เหมาะสมและระยะเวลาของการสนับสนุนทางโภชนาการที่สำคัญยิ่งเพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุดของกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่ดื่มน้ำและอาหาร ในขณะที่การใช้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Parenteral Nutrition) โดยทั่วไปมักนิยมให้โภชนาการ (Enteral Nutrition) โดยมีการใช้ Parenteral Nutrition ในบางสถานการณ์เท่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลสนับสนุนการใช้การเริ่มต้นของ Enteral Nutrition ภายใน 48 ชั่วโมงของการรับเข้ารักษาเพื่อลดความผิดปกติของทางเดินอาหารและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ในขณะที่ข้อมูล แนะนำว่า Gastric Enteral Nutrition อาจใช้งานได้และไม่ด้อยกว่า Jejunal Enteral Nutrition ขอแนะนำให้ใช้ความระมัดระวังหากใช้ Gastric Enteral Nutrition ท้ายที่สุดในขณะที่มีเหตุผลที่จะทดลองใช้โภชนาการที่ดีขึ้นขอแนะนำ Enteral Nutrition ในระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะมีความต้องการการสนับสนุนด้านโภชนาการเป็นเวลานาน ระดับอ่อนแอเสียบพลัน เป็นภาวะการอักเสบของตับอ่อนตั้งแต่ความรุนแรงเล็กน้อยถึงรุนแรงและมีส่วนทำให้เกิดภาวะ ค่าใช้จ่ายที่สำคัญในระบบการดูแลสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โภชนาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลที่สนับสนุนเนื่องจากคิดว่าจะมีการลดน้อยลงของความเสียหายต่อทางเดินและลำไส้ทำให้เกิดการซึมผ่านของลำไส้เพิ่มขึ้น การติดเชื้อและการตายของเนื้อเยื่อ การอักเสบของตับอ่อนโน้มมาไปสู่ภาวะหยุดนิ่งกระเพาะอาหาร การขยายช่องท้อง แน่นอมนว่าการรักษาคนไข้ด้วย อย่างไรก็ตามการอักเสบและการติดเชื้อที่แย่งลง ด้วยการรับอาหารบนพื้นฐานของความเข้าใจทางสรีรวิทยาว่าที่พิกในกระเพาะอาหารและการส่งโปรตีนและไขมันที่ย่อยได้บางส่วนนำไปสู่การกระตุ้นตับอ่อน สิ่งนี้นำไปสู่ความเชื่อที่ถือกันมานานว่าการรักษาผู้ป่วยโดยการงดน้ำและอาหารเป็นระยะเวลานานในขณะที่การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นสิ่งที่ดีที่สุด จากกระบวนการที่มีการพัฒนาด้วยวรรณกรรมในขณะนี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในผู้ป่วยที่ถูกทดลองให้โภชนาการทางช่องปากนั้นดีขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับได้รับโภชนาการทางหลอดเลือดดำ

จากการศึกษานี้ได้แนะนำแนวทางการให้อาหารในผู้ป่วยระดับอ่อนแอเสียบพลันใช้ในการเริ่มให้อาหารผู้ป่วย ซึ่งที่มีภาวะระดับอ่อนแอเสียบพลัน โดยเริ่มให้โภชนาการ (Enteral Nutrition) ภายใน 48 ชั่วโมงหลังการรับเข้ารักษาเพื่อลดความผิดปกติของทางเดินอาหารและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ หลังจากเริ่มให้อาหารผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนความดันช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรับอาหารไม่ได้ จึงมีการใช้ Parenteral Nutrition ในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อช่วยป้องกันการขาดสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย

อ้างอิง : Carol Rees Parrish, M.S., R.D., Series Editor. (2018). *Pragmatic Management of Nutrition in Severe Acute Pancreatitis*. NUTRITION ISSUES IN GASTROENTEROLOGY, SERIES #179. September 2018 S20-S33. 19

4.บทความพื้นวิชา การดูแลโรคตับอ่อนอักเสบ Management of acute Pancreatitis

ในระยะแรกของโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจะมีการบวม ของเนื้อตับอ่อนเป็นอย่างมาก ระบบการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยง ตับอ่อนจะหายไป ทำให้มีการตายในระดับเซลล์เพิ่มมากขึ้น เกิดเนื้อตายของตับอ่อนขึ้น จนไปกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนน้ำย่อยตับอ่อนให้ทำงานมาทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้มีการสูญเสียน้ำไปใน ช่องท้อง จนวนกลับมาทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงตับอ่อนลดลงอีกกลายเป็นวงจรที่ไม่สิ้นสุด ดังนั้นการให้สารน้ำปริมาณมากในช่วงแรก (early aggressive hydration) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจึงเป็นประโยชน์อย่างมากในการตัดวงจรที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งการให้สารน้ำปริมาณมากจะมีประโยชน์ชัดเจนในช่วง 12-24 ชั่วโมงแรก และหลังจากนั้นจะเริ่มมีประโยชน์ลดลง การให้สารอาหารทางลำไส้เป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากมีการศึกษาทั้งในสัตว์และในมนุษย์มากมายที่แสดงให้เห็นว่า การงดอาหารจะทำให้เยื่อของผนังลำไส้ฝ่อและตายไป ทำให้มีการย้าย ของเชื้อแบคทีเรียผ่านผนังลำไส้ (bacterial translocation) จนทำให้เกิดภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน และมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิตได้ ในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่มีความรุนแรงน้อย สามารถที่จะเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้เลยเมื่ออาการปวดท้องลดลง โดยสามารถเริ่มเป็นอาหารอ่อนได้เลย ไม่จำเป็นต้องเริ่มด้วยอาหารเหลวในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่มีความรุนแรงมากหรือ ถูกพยากรณ์ว่าจะมี ภาวะล้มเหลว ควรที่จะเริ่มให้อาหารทางสาย ยางก่อนที่จะพิจารณาให้สารอาหารทางเส้นเลือด เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าการให้อาหารทางสายที่มีการติดเชื้อ ภาวะล้มเหลว การต้องการทำหัตถการและอัตราการเสียชีวิต ที่น้อยกว่าการให้สาร อาหารทางเส้นเลือดอย่างชัดเจนโดยชนิดของอาหารที่ให้พบ ว่าทั้ง elemental และ polymeric นั้นไม่มีความแตกต่างกัน เดิมยังไม่มีการศึกษาชัดเจนถึงเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มให้อาหาร ทางสาย ยาง โดยส่วนใหญ่แนะนำให้ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังจาก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการศึกษานี้ ได้นำแนวทางการดูแลการให้สารน้ำและสารอาหารในผู้ป่วยวิกฤต โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่มีความรุนแรงน้อย สามารถที่จะเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้เลยเมื่ออาการปวดท้องลดลง รวมถึงการพิจารณาเริ่มให้โภชนบำบัดทางสายยางให้อาหารภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ ความดันช่องท้องสูง จึงพิจารณาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งมีการติดตามภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับโภชนบำบัด ทั้งนี้เพื่อเพิ่มผลลัพธ์และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและป้องกันเกิดภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนและมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิตได้

อ้างอิง : ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ.(2559). บทความพื้นวิชา การดูแลโรคตับอ่อนอักเสบ Management of acute Pancreatitis. กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า. 20

5. การพยาบาลเพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวิกฤต

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยวิกฤต พยาธิสรีรภาพของความเจ็บป่วยในภาวะ วิกฤต ส่งผลต่อการย่อยและดูดซึมที่ผิดปกติ รวมทั้งข้อจำกัดในการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับพลังงาน ไม่เพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วย เพิ่มอัตราการติดเชื้อและเพิ่มอัตราการตาย รวมทั้งเป็นภาระด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน เฝ้าระวังและติดตาม ภาวะทุพโภชนาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและรักษาได้ทันที่ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหาย วัตถุประสงค์ของบทความนี้ เพื่อชี้ให้เห็นพยาบาลวิกฤตมีความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการ ติดตามดูแล ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิกฤตควรดูแลผู้ป่วยให้ได้รับโภชนบำบัดที่ เหมาะสมตาม ความต้องการของร่างกาย การติดตามเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินอาหาร เป็นสิ่ง สำคัญที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ฟื้นหาย ลดระยะเวลาการดูแล รักษาในโรงพยาบาล ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น พยาบาลพึงควรตระหนักในการ ประเมิน ดูแลป้องกันปัญหา และภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อสุขภาพ ชีวิต สังคม เศรษฐกิจ นอกจากนี้แล้วพยาบาล ยังต้องมี การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพอื่น ในการร่วมกันดูแลและวางแผนให้โภชนบำบัดที่เหมาะสม ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการพิจารณาเริ่ม ให้โภชนบำบัดทางสายยางให้อาหารภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อบ่งชี้อื่นที่ไม่สามารถให้ได้ ซึ่งการพิจารณาให้สารอาหารทาง หลอดเลือดดำ จะพิจารณาในลำดับต่อไป รวมทั้งมีการติดตามภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับโภชนบำบัด ทั้งนี้เพื่อเพิ่ม ผลลัพธ์และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

จากการศึกษานี้ ได้นำแนวทางการให้อาหารในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบที่อยู่ในระยะวิกฤตและได้มีการ ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพอื่น ในการร่วมกันดูแล และวางแผนให้โภชนบำบัดที่เหมาะสมตามความ ต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งทีมแพทย์ นักโภชนาการ นักรังสีรักษา เกสซิกกร รวมถึงการพิจารณาเริ่มให้โภชน บำบัดทางสายยางให้อาหารภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันช่องท้องสูง จึงพิจารณาให้ สารอาหารทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งมีการติดตามภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับโภชนบำบัด ทั้งนี้เพื่อเพิ่ม ผลลัพธ์และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

อ้างอิง : วรรทยา กุลนิธิชัย. (2561). การพยาบาลเพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการอย่าง ต่อเนื่องในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 (มกราคม -มิถุนายน) 2562

