

การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า

โดย

หทัยสมิต

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

4 มกราคม 2537

พท 00946

วรางรัตน์ ทะมั่งกลาง

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต

พ.ศ. 2537

คำนำ

หนังสือคู่มือการพยาบาลศาสตร์เล่มนี้ เขียนขึ้นจากทฤษฎีทางการพยาบาล ตลอดจนประสบการณ์ที่ปฏิบัติทางการพยาบาลจิตเวชเป็นเวลานาน โดยมีจุดมุ่งหมายใช้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช และเป็นคู่มือประกอบการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช

สำหรับเนื้อหาในเล่ม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 กล่าวถึง ความหมาย ประวัติความเป็นมาของการรักษาด้วยไฟฟ้า ข้อบ่งใช้และข้อห้ามใช้ทฤษฎีของ ECT ส่วนที่ 2 วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า ตลอดจนผลแทรกซ้อน ฤทธิ์ข้างเคียง ข้อเสีย และผลดีของการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนที่ 3 หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า ระยะก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ตลอดจนบทบาทของพยาบาลในการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนที่ 4 กล่าวถึง การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งมีตัวอย่างผู้ป่วยกรณีศึกษาด้วย

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาล นักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และผู้สนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ในการเขียนคู่มือเล่มนี้ ผู้เขียนยินดีน้อมรับข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

วรางรัตน์ ทะมั่งกลาง

พฤษภาคม พ.ศ. 2537

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณ นพ. ชวนันท์ ชาณศิลป์ หัวหน้าฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น และอาจารย์ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาอ่าน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับรายละเอียด
ของหนังสือเล่มนี้ ซึ่งช่วยให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวช-
ขอนแก่น ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการเขียน และเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่
ให้ความร่วมมือด้วยดี และสุดท้ายนี้ ขอมอบความดีของหนังสือนี้แด่บุพการี และครู อาจารย์ ทุก
คน ที่ได้เคยอบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้เขียน ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ขอระลึก
ถึงในความปรารถนาดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

วรางรัตน์ ทะมั่งกลาง

พฤษภาคม พ.ศ. 2537

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy)	
ความหมาย	3
ประวัติความเป็นมา	3
เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า	4
ข้อบ่งชี้ในการเลือกการรักษาด้วยไฟฟ้า	4
ข้อห้ามในการรักษาด้วยไฟฟ้า	5
ข้อควรระวังเป็นพิเศษ	5
ทฤษฎีของ ECT	6
บทที่ 3 วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า	
การทำการรักษาด้วยไฟฟ้า	7
แรงดันไฟฟ้าและ เวลาที่ใช้	7
จำนวนครั้งที่ใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า	8
ผลแทรกซ้อนของการรักษาด้วยไฟฟ้า	8
ฤทธิ์ข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า	9
ข้อเสียของการรักษาด้วยไฟฟ้า	9
สรุปผลดีของการรักษาด้วยไฟฟ้า	10
บทที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า	
บทบาทของพยาบาลในการรักษาด้วยไฟฟ้า	11
การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า	11
การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า	13
การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า	16
บทที่ 5 ตัวอย่างกรณีศึกษา	19
บรรณานุกรม	41

เก็บสมุด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
4 ม.ค. 2561
รพ. จิตเวช

บทที่ 1

บทนำ

วัตถุประสงค์หลักในการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เพื่อบำบัดอาการทางจิต ซึ่งเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งในหลาย ๆ วิธี ที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคทางจิตเวช ร่วมกับการรักษาอย่างอื่น เพื่อให้เกิดผลในการรักษาที่ดีขึ้น แต่การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวไม่ได้ทำทุกราย ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์ผู้ทำการรักษาว่าผู้ป่วยรายใดสมควรจะให้การรักษาด้วยวิธีนี้ ส่วนใหญ่การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) จะใช้ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าอย่างมาก ถึงคิดฆ่าตัวตาย โรคจิตที่มีอาการคลั่ง หรือซึมตลอดเวลา และโรคที่ไม่สามารถตรวจหาพยาธิสภาพทางสมองได้ โรคจิตที่เกิดจากกลุ่มอาการทางสมอง แล้วมีอาการรุนแรง ตลอดจนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล หรืออยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งในบางกรณีฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิตอาจเข้าเกินไป การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) เหมาะสมสำหรับต้องการผลการรักษา เพื่อแก้ไขปัญหานั้นในระยะสั้น ฤทธิ์ต้านอารมณ์เศร้าจะได้ผลทางการรักษาภายใน 10-20 วัน ในขณะที่การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) จะให้ผลทางการรักษาเช่นกันภายใน 2-3 ชั่วโมง ถึง 2-3 วัน ผู้ทำลายชีวิตตัวเองจึงเหมาะสำหรับการรักษาด้านไฟฟ้า (ECT)

ในการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) คุณากลัว มีผลเสีย และฤทธิ์ข้างเคียงในกรณีที่ไม่เข้าใจการรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) จะรู้สึกไม่สบายใจ เกิดความกลัว และไม่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากนี้ในขณะที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วยอาจหยุดหายใจบางครั้งอาจหยุดหายใจนานมาก จนอาจเกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วย จึงต้องศึกษาถึงอัตราการเสี่ยงต่อผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ซึ่งจะมีผลแทรกซ้อนทางร่างกายเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในระยะของการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชัก การเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ในการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) และการให้การช่วยเหลือ การให้การพยาบาลก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเกิดผลแทรกซ้อนขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายเป็นอย่างยิ่ง เพราะโรคแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกัน หรือแก้ไขได้ โดยที่ผู้ให้การรักษายาบาลจะต้องเรียนรู้ถึงการ

เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางด้านจิตใจ กายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยา ตลอดจนขั้นตอน การช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า

พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถของตนในการป้องกัน และดูแลผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ให้ดีที่สุด ตั้งแต่ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า ตลอดจนถึงระยะหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า การให้การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นอย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยตื่นดี สามารถรับรู้ปฏิบัติตามคำสั่งได้ ไม่มีปัญหาทางเดินหายใจ ความสับสน หลงลืมมาก จึงส่งกลับหอผู้ป่วยได้

บทที่ 2

การรักษาด้วยไฟฟ้า

Electroconvulsive Therapy (ECT)

ความหมาย

การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) เป็นการรักษาอาการทางจิต โดยใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัด ผ่านเข้าสมองในระยะเวลาที่จำกัด ทำให้เกิดอาการชักแบบ Tonic clonic convulsion หรือ grandmal zeizure ยังผลให้ความผิดปกติทางจิตใจบางอย่างลดลง (ชูทิพย์, 2520)

ประวัติความเป็นมา

การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า เป็นการบำบัดรักษาอย่างหนึ่งของการบำบัดรักษาทางจิต หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า ECT ซึ่งย่อมาจาก Electroconvulsive therapy

ได้มีผู้สังเกตตั้งแต่ศตวรรษที่ 20 โดยเฉพาะ Von Meduna จิตแพทย์ชาวฮังการีว่า เมื่อเกิดการชัก ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม จะทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น ต่อมาในปี ค.ศ. 1938 จิตแพทย์ชาวอิตาลี ชื่อ Ugo Ceretti และ Lueio Bini ซึ่งบุคคลทั้งสองได้ประดิษฐ์เครื่องมือ ECT และได้นำมาใช้ทางคลินิกเป็นครั้งแรก (ชูทิพย์, 2520) สำหรับประเทศไทย จิตแพทย์ผู้ท่นำวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) มาใช้เป็นคนแรก คือศาสตราจารย์ นพ.อรุณ ภาควรรณ เมื่อปี พ.ศ. 2488

เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า

เครื่อง ECT ใช้กับกระแสไฟฟ้าตามบ้าน หรือกระแสไฟฟ้ากระแสสลับ (Alternating current หรือเรียกย่อว่า AC. ไม่ใช้กระแสไฟฟ้ากระแสตรง (Direct Current) หรือเรียกว่า D.C. ทั้งนี้เพราะไฟฟ้ากระแสตรง (D.C.) ไม่ทำให้ผู้ป่วยชัก หรือกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมอง เป็นเพียงทำให้เกิด Dialysis ของ nerve cell เท่านั้น แรงดันไฟฟ้าอยู่ระหว่าง 70-130 โวลต์ ระยะเวลาที่ผ่านกระแสไฟนาน 0.1 วินาที มีอิเล็กโทรด 2 อัน ชุบน้ำเกลือธรรมดา หรือเกลือวางทาบนีศีรษะบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง

ถ้าทำ Unilateral ECT ให้วางอิเล็กโทรดทั้ง 2 อัน บนศีรษะข้าง nondominant hemisphere (อิเล็กโทรด 2 อัน ชุบน้ำเกลือหรือเกลือเพื่อช่วยนำกระแสไฟฟ้า) เช่น คนถนัดมือขวาวางอิเล็กโทรดบนศีรษะด้านขวาทั้ง 2 ตำแหน่ง จุดแรกลากเส้นตั้งฉากขึ้นไปจากจุดกึ่งกลางระหว่างหางตา และกลางหู เป็นระยะทาง 3 ซม. จุดที่สองลากเส้นจากจุดที่หนึ่งห่างออกไป 6 ซม. โดยทำมุม 70 องศา กับเส้นแรก

ถ้าทำ Bilateral ECT ให้วางอิเล็กโทรดที่ขมับทั้ง 2 ข้าง ก่อนวางอิเล็กโทรดบนผิวหนัง ที่ขมับต้องทาอิเล็กโทรดด้วยเกลือ หรือน้ำเกลือ เพื่อเป็นสื่อนำกระแสไฟฟ้า

ข้อบ่งชี้ในการเลือกการรักษาด้วยไฟฟ้า (Indication)

1. ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากถึงขนาดคิดฆ่าตัวตาย (Suicide) หรือพยายามทำลายตนเองอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นอาการซึมเศร้าจากโรคจิตชนิดใดก็ตาม การทำ ECT โดยด่วนจะช่วยจัดอารมณ์เศร้าได้ดี
2. โรคจิตเภทชนิดมีอาการคลั่งหรือซึมเศร้าอยู่ตลอดเวลา (Schizophrenia, catatonic type) การทำ ECT การช่วยทำให้อาการทางจิตดีขึ้นอย่างรวดเร็ว
3. โรคจิตอารมณ์สุขเศร้าระยะสุข (Manic-depressive psychosis, Manic Type) หรือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม Overactive
4. โรคจิตอื่น ๆ ที่ไม่สามารถตรวจหาพยาธิสภาพในสมองได้ (Functional Psychosis) เมื่อรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) ที่มีอาการกำเริบขึ้นมาอีก ทั้ง ๆ ที่รับยาการรักษาอาการอยู่ การใช้ยาต่อไปไม่ได้ผล ควรทำ ECT

5. โรคจิตที่เกิดจากกลุ่มอาการทางสมอง (Organic brain syndrome psychosis) ที่มีอาการรบกวนมาหลายวัน ร่างกายอยู่ในระยะขาดอาหาร ขาดน้ำ อ่อนเพลียมาก การใช้ ECT จะช่วยทำให้อาการทางจิตสงบลงเร็วขึ้น ช่วยลดอัตราการตายได้มาก

ข้อห้ามใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า (Contra indication)

ไม่มีข้อห้ามเด็ดขาด แต่ไม่ควรใช้ ECT ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีกรณีเหล่านี้ด้วย

1. เนื้องอกในสมอง (Brain Tumor) เพราะจะทำให้ ECT ผู้ป่วยมีอาการเกร็ง กระตุกทำให้ Intracranial Pressure สูงขึ้นอาจเป็นอันตราย
2. เส้นเลือดของหัวใจอุดตัน (Coronary Thrombosis)
3. โรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial disease)
4. โรคหัวใจวาย (Cardiac decompensation)
5. เส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจโป่งพอง (Aneurysm ของ Large Aorta) เนื่องจาก ECT ไปเพิ่ม Blood flow จะมีผลทำให้ aneurysm แตกได้ง่าย

ข้อควรระวังเป็นพิเศษ (Precaution)

โรคบางชนิด และในภาวะบางอย่างของร่างกายที่ทำให้ ECT ได้ แต่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ต้องมีเครื่องช่วยหายใจที่พร้อมจะช่วยให้การทำงานของหัวใจได้เมื่อต้องการ ซึ่งได้แก่โรค

1. โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง
2. โรคหลอดเลือด (Vascular Disease) เช่น Hypertension
3. โรคกระดูก (Bone Disease) และโรคที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อ เพราะ ECT อาจทำให้กระดูกหัก และกล้ามเนื้อฉีกขาดได้
4. ผู้ป่วยที่สมองมีพยาธิสภาพอยู่แล้ว (Organic Brain syndrome) ECT อาจทำให้พยาธิของสมองเพิ่มมากขึ้น
5. ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ขณะทำ ECT อาจทำให้เด็กในครรภ์ขาดออกซิเจนได้
6. ผู้ป่วยสูงอายุ ECT อาจทำให้สมองขาดออกซิเจนชั่วคราว เพราะคนสูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีการเสื่อมสมรรถภาพของสมองอยู่แล้ว
7. ไม่ควรรักษาด้วย ECT ในผู้ป่วยที่ร่างกายไม่แข็งแรง เช่น Acute Infection ต่าง ๆ และผู้ป่วย Paranoid

ทฤษฎีของ ECT

แม้ว่า ECT จะใช้รักษาโรคทางจิตเวชหลายโรคได้ดีมาก แต่กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบแน่นอน ผลของ ECT ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมอง พบว่า ECT มีผลต่อ Monoamine metabolism พบว่า ECT ลดปริมาณของ Postsynaptic beta-adrenergic receptors ขณะเดียวกันก็เพิ่มปริมาณของ serotonergic และ alphaadenergic receptors และเชื่อว่าผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนมีอาการดีขึ้น ทฤษฎีนี้น่าเชื่อถือ เพราะในปัจจุบันเชื่อกันว่าความผิดปกติของ monoamine ที่สมองเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอารมณ์แปรปรวน (เกรียงไกร, 2533)

บทที่ 3

วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า

เมื่อแพทย์เห็นสมควรว่าควรรักษาด้วย ECT ก่อนทำการรักษาแพทย์จะตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยละเอียดก่อนทุกราย เมื่อทราบถึงภาวะร่างกายในปัจจุบัน T.P.R. และ BP. ตรวจ film chest และ EKG ด้วย บางรายต้อง x-ray หลายแห่งของร่างกายเพื่อดูสภาพภายใน กระโหลกศีรษะ สภาพของปอด และสภาพของกระดูกสันหลัง ควรแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ญาติต้องเซ็นต์ใบยินยอมให้รักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัด

การทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

การทำ ECT ที่ใช้กันทั่ว ๆ ไปมี 2 ชนิดคือ

1. แบบ Unmodified method วิธีนี้ทำการรักษาในขณะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี ขณะที่ทำผู้ป่วยจะมีอาการกระตุกและเกร็ง ต้องใช้คนช่วยหลายคน
2. แบบ Modified method โดยเจตนาให้ผู้ป่วยหลับ และไม่เกิดอาการกระตุกของกล้ามเนื้อขณะชัก ยาที่ใช้มี Amythal Sodium หรือ Pentothal Sodium I.V. ยาลด Secretion เช่น Atrophine Sulphate I.M. ก่อนทำ 30 นาที และให้ Muscle Relaxant ที่ใช้กันอยู่คือ Succinylcholine Dichloride ปัจจุบันนี้การทำ ECT ยังใช้วิธี Unmodified Method อยู่ นอกจากหน่วยงานจิตเวชบางแห่งที่มีวิสัยอยู่ด้วยจึงจะทำ ECT แบบ Modified Method เพราะผู้ป่วยที่ทำ ECT แบบ Modified Method นี้จะหยุดหายใจนานกว่าแบบ Unmodified

แรงดันไฟฟ้าและเวลาที่ใช้ (Dosage ของ ECT)

เครื่อง ECT ใช้แรงดันไฟฟ้า (Voltage) และเวลา (Time) ได้ตามที่ต้องการ คือระหว่าง 70-130 โวลต์ ระยะเวลาที่ผ่านกระแสไฟฟ้าผ่าน 0.1 วินาที โดยจะเริ่มในไฟฟ้าขนาดต่ำที่สุด หากไม่ได้ผล (ผู้ป่วยไม่ชัก) จะปรับขนาดกระแสไฟฟ้าให้มีแรงดันสูงขึ้น พบว่าผู้ป่วยที่มักต้องเพิ่มขนาดของแรงดันไฟฟ้าคือ

1. อายุคนไข้ (ยกเว้นวัยชรา)
2. ปริมาณของ Subcutaneous fat คนไข้ตัวอ้วนใช้แรงดันไฟฟ้าสูงกว่าคนผอม ผู้หญิงใช้แรงดันไฟฟ้าสูงกว่าผู้ชาย
3. จำนวนครั้งของ ECT ถ้าคนไข้เคยทำ ECT มาแล้วหลายครั้ง บางรายจะต้องใช้ขนาดสูงกว่าคนที่ยังไม่เคยทำ ECT มาเลย

จำนวนครั้งที่ใช้รักษาด้วยไฟฟ้า (Frequency)

การทำ ECT ใน course หนึ่ง 6-12 ครั้ง แต่ขึ้นอยู่กับชนิดของผู้ป่วยด้วยว่าเป็นผู้ป่วยชนิดใด เคยทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) มาแล้วหรือยัง (จำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ขนาดต่ำ 6 ครั้ง ขนาดกลาง 9 ครั้ง และขนาดสูงสุด 25 ครั้ง) ปกติแล้วจะทำ ECT วันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละครั้ง 3 ครั้ง จันทร์ พุธ ศุกร์ ใน 1-2 สัปดาห์แรก ต่อไปสัปดาห์ละ 2 ครั้งคือ จันทร์, ศุกร์

ผลแทรกซ้อนของการรักษาด้วยไฟฟ้า (Complication)

ที่อาจเกิดขึ้นในการรักษาด้วย ECT

1. กระดูกหักและข้อเคลื่อน (Fracture and Dislocation) กระดูกสันหลัง (อันที่ 3, 4 และ 5) แขน ขา คอ และที่พบบ่อยคือ กระดูกขากรรไกรเคลื่อน (Dislocation of Jaw)
2. หยุดหายใจนาน (Prolonged apnea) พบได้เฉพาะบางคน หรือผู้ป่วยที่ได้ยาให้หลับ หรือให้ muscle relaxant มากเกินไป ฉะนั้นควรช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้เร็ว โดยการพ่ายบอด และให้ออกซิเจน
3. หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Cardiac arrhythmia) anoxia จาก Prolonged apnea ทำให้เกิดอาการดังกล่าว
4. สุดเอา Secretion และสิ่งที่อาเจียนออกมาเข้าไปในบอด มักพบในรายที่ผู้ป่วยอดอาหารไม่ถึง 4 ชั่วโมง หรือแอบรับประทานอาหารก่อนทำ ECT
5. การหดเกร็งของกล้ามเนื้อกล่องเสียง (Laryngeal spasm) เป็นผลจาก Parasympathetic reflex หลังฉีด Pentothal Sodium หรือ irritation ของเสมหะที่อยู่บริเวณลำคอ

6. มีอาการรุ่มวายในระยะ Confused stage (Post convulsive excitation) บางคนมีอาการมาก บางคนมีอาการน้อย ในระยะที่มีอาการมากแพทย์ให้ Amytal Sodium ก่อนทำ

7. สูญเสียความทรงจำและสับสนงงง (Loss of memory and confusion) เป็นอาการชั่วคราว จะค่อย ๆ หายไปหลังจากหยุดการรักษาด้วย ECT แล้วระยะหนึ่ง (ประมาณ 6-8 สัปดาห์) แต่ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่มีความพิการของสมองอยู่แล้วจะเสียความทรงจำมาก และนานกว่านี้

ฤทธิ์ข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า (Side effect)

ที่พบอยู่เสมอ ได้แก่

1. บวดยึดศีรษะ
2. คลื่นไส้อาเจียน
3. บวมเมื่อยกล้ามเนื้อ และบริเวณบั้นเอว

ยาแก้ปวดสามารถลดอาการบวดยึดศีรษะ และบวมกล้ามเนื้อบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียน ควรให้ Dramamine 50 มก. หรือแพทย์อาจสั่งฉีด Compazine 5 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 30 นาทีก่อนทำ ECT ครั้งต่อไป

ข้อเสียของการรักษาด้วยไฟฟ้า (Disadvantage)

1. การรักษาด้วย ECT ทำให้ความจำเสีย และสับสน พบบ่อยที่สุด ความจำจะเสียมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่ทำ ความจำจะกลับคืนเป็นปกติภายในเวลา 3-6 สัปดาห์
2. การรักษาด้วย ECT ส่วนใหญ่เป็น Symtomatic treatment หรือเป็นเพียงไประงับอาการทางจิตชั่วคราว (ชูติตย์, 2520)
3. วิธีการทำ ECT ค่อนข้างอันตราย คนไข้หรือญาติได้เห็นเกิดความกลัวได้มาก
4. ผลเสียและฤทธิ์ข้างเคียงของ ECT ทำให้ความไม่สบายใจกับผู้ป่วย
5. คำว่า "ช็อกไฟฟ้า" ฟังดูน่ากลัว ญาติคนไข้มักจะนึกถึงสภาพของผู้ป่วยถูกไฟฟ้าช็อต ญาติของคนไข้บางคนปฏิเสธไม่ยอมให้ทำ ECT จึงควรใช้คำว่า รักษาด้วยไฟฟ้า แทน

6. การรักษาด้วย ECT มีผลต่อร่างกาย คือ หิวบ่อย รับประทานอาหารได้มาก ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ECT มีผลไปกดการผลิต Sexual hormone ชั่วคราว ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง มีประจำเดือนช้าไปกว่าเดิม

สรุปผลการรักษาด้วยไฟฟ้า

1. ECT ไม่ได้รักษาโรค แต่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการอย่างเจ็บปวดหล่นทุเลาลงได้
2. การรักษาด้วย ECT ควรจะใช้ร่วมกับการรักษาชนิดอื่น ๆ เช่น ใช้ร่วมกับยาบำบัดทางจิต และทำจิตบำบัดเมื่อการทำ ECT ได้เสร็จสมบูรณ์แล้ว
3. อาจจะใช้ ECT ป้องกันการกำเริบใหม่ของโรคได้

บทที่ 4

การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

บทบาทของพยาบาลในการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าแบบ Unmodified Method

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

การเตรียมการก่อนให้การรักษาด้วยไฟฟ้า ECT นั้น เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช เพราะจะทำให้ทราบปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ECT เป็นการช่วยลดอัตราการเสี่ยงของผู้ป่วยลงได้ เป็นการเพิ่มความปลอดภัยมากที่สุด

ระยะเตรียมการ

1.1 การเตรียมก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

1.1.1 การเตรียมทั่วไป พยาบาลต้องตรวจสอบดูรายงานการตรวจร่างกายในแฟ้มผู้ป่วยที่ตกลงว่าจะรักษาด้วยไฟฟ้า ตลอดจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้มีในแฟ้มให้ครบ ถ้ายังไม่มีจะต้องรายงานให้แพทย์ผู้สั่งการรักษา และให้ญาติเซ็นต์ไปอนุญาตทำการรักษา เช่นเดียวกับการทำผ่าตัดในโรงพยาบาลฝ่ายกาย เพราะอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยเซ็นต์ไปยินยอมทำการรักษาเอง เพราะกฎหมายไม่ยอมรับการเซ็นต์ใด ๆ ของผู้ป่วยจิตเวชว่าถูกต้องตามกฎหมาย

1.1.2 การเตรียมอุปกรณ์ในการทำ ECT ประกอบด้วย

- เครื่องทำ ECT ชนิดใช้กระแสไฟฟ้า 70-130 โวลต์
- เบลล์สำหรับทาที่แผ่นโลหะ
- เตียงสำหรับทำ ECT พื้นเตียงเรียบ
- ผ้ายางกันเปื้อน เพราะผู้ป่วยอาจจะบัสสาวะรดที่นอนได้
- ผ้าห่มไว้ห่อตัวผู้ป่วย
- ไม้พันสำลีและก๊อส
- Mouth gag หรือไม้กดลิ้นที่หุ้มผ้าก๊อสจนนุ่ม
- เครื่องให้ O₂
- เครื่องช่วยหายใจ (Ambuback)
- เครื่องดูดเสมหะ (Suction)
- ยาที่ใช้สำหรับ Emergency เตรียมพร้อมที่จะหยิบใช้ได้ทันที
- ผ้าขนหนูผืนเล็ก ชุบน้ำเย็น พร้อมกาละมังใส่น้ำ
- หมอนทราย

1.1.3 การเตรียมตัวผู้ป่วย

1.1.3.1 พยาบาลควรเตรียมด้านจิตใจ ผู้ป่วยบางรายกลัวการทำ ECT พยาบาลควรคำนึงถึงหลัก supportive therapy เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการรักษาด้วย ECT เพื่อผู้ป่วยจะได้ให้ความร่วมมือในการรักษา เพราะฟังชื่อก็น่ากลัวแล้ว "ช็อตไฟฟ้า" ในรายอย่างนี้พยาบาลไม่ควรบอกผู้ป่วย อาจบอกว่าจะส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือให้จิตแพทย์เป็นผู้บอกเอง สำหรับในรายที่คุ้นเคยกับการรักษาด้วยวิธีนี้มาแล้ว ไม่มีปัญหาเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับรู้ ก็ไม่มีปัญหาเช่นเดียวกัน

1.1.3.2 ตอนเป็นก่อนส่งผู้ป่วยทำ ECT ในวันรุ่งขึ้นควรสระผมให้สะอาด เพราะเส้นผมมีน้ำมันจะเป็นฉนวนไฟฟ้าผ่านได้สะดวก

1.1.3.3 งดอาหาร ยา และน้ำ หลังเที่ยงคืนก่อนวันทำ ECT หรือมือเข้าก่อนทำ ECT 4 ชั่วโมงหรืองดอาหาร 1 มื้อก่อนทำ เพราะถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจทำให้เศษอาหารตกเข้าไปในหลอดลม ในขณะที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และปิดกั้นทางเดินหายใจได้

1.1.3.4 ถ้ามีฟันปลอม จะต้องถอดออก เพราะจะชักกัหมดสติ

ฟันปลอมอาจหลุดลงไปใน Trachea ได้

1.1.3.5 ให้ผู้บวญแต่งตัวด้วยเสื้อผ้าสะอาด และหลวม ๆ ไม่มี
เครื่องประดับที่เป็นสื่อโลหะ ไม่ติดกับและ เข้มกัลดที่จะเป็นสื่อไฟฟ้า หมแห่งหวีเรียบร้อย

1.1.3.6 วัดความดันโลหิต อุณหภูมิ ชีพจร หายใจ และลงบันทึกไว้ในรายงานก่อนส่งผู้ป่วยไปหน่วย ECT

1.1.3.7 ให้ถ่ายปัสสาวะก่อนทำ ECT เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง เพราะขณะผู้ป่วยชักจะได้ไม่ปัสสาวะราด

1.1.3.8 หากผู้ป่วยไปยังหน่วยทำ ECT ให้ผู้ป่วยนั่งรอที่เก้าอี้ และต้องมีพยาบาลนั่งเป็นเพื่อน ให้กำลังใจผู้ป่วย

2. การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.1 ห้องที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ควรเป็นห้องมิดชิด อากาศโปร่งลมพัดผ่านสะดวก มีม่านกัน และควรห่างจากห้องที่ผู้ป่วยรอทำ ECT หรืออาจเป็นห้องที่สามารถเก็บเสียงได้เป็นอย่างดี เพราะขณะทำ ECT ผู้ป่วยเมื่อกระแสไฟฟ้าผ่านเข้าไปในร่างกาย จะส่งเสียงดังอ้า ผู้ป่วยที่รออยู่ข้างนอกอาจได้ยิน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในห้องพักฟื้น อาจเอะอะโวยวายเสียงอาจเข้ามาทำให้ผู้ป่วยที่กำลังทำ ECT ได้ยินเกิดความกลัวได้

2.2 เมื่อส่งผู้ป่วยไปถึงห้องที่ทำการรักษาด้วย ECT ให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง
พื้นราบ ที่นอนแข็งพอสมควร (ไม่ใช่เตียงสปริง) ให้หมอนทรายรองตรงส่วนโค้งของกระดูก เช่น
ที่เอว คอ แล้วแขนทั้งสองข้าง วางราบไปข้างลำตัว พยาบาลที่ช่วยจับผู้ป่วยในการรักษาด้วย
ECT ควรมี 4-5 คน

คนที่ 1 เป็นพยาบาลหัวหน้าทีม ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ จับทางด้านศีรษะ และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นพิเศษ ซึ่งต้องซักถามผู้ป่วยว่ามีอาการเจ็บภายในช่องปาก หรือ มีบาดแผลภายในช่องปาก ใส่ฟันปลอมมีฟันโยกหรือไม่ พร้อมทั้งต้องให้ผู้ป่วยอ้าปากเพื่อตรวจดูภายในช่องปากว่ามีบาดแผลหรือสิ่งผิดปกติหรือไม่ ถ้าไม่มีพยาบาลบอกผู้ป่วยให้อ้าปาก แล้ววางไม้พัน ล่าลิหรือ Pedded tongue depressor ระหว่างฟันบน-ฟันล่าง ควรวางบนเพดานปาก เพราะ

แข็งแรงกว่าฟันซี่อื่น เพื่อป้องกันการกัดลิ้น หรือ injury อื่น ๆ โดยส่วนปลายของไม้ฟันสำลี ไม่ไปติดกระพุ้งแก้มผู้ป่วย เพื่อป้องกันมิให้เกิดแผลภายในช่องปากขึ้น ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ต่อจากนั้นพยาบาลใช้ electrode 2 อัน ใส่สายยางแล้วคาดที่บริเวณรอบศีรษะของผู้ป่วย โดยให้แผ่นโลหะที่ขั้วทั้ง 2 ข้าง สายยางที่คาดควรให้พอดีกับศีรษะ อย่าให้หลวมเกินไป จะทำให้กระแสไฟฟ้าไม่เข้าทางร่างกาย การวาง electrode 2 ข้างนี้ เรียก Bilateral E.C.T. นิยมทำกันมาก แต่ก่อนจะวาง Electrode บนผิวหนังต้องทาด้วยเจลลี่หรือน้ำเกลือ เพื่อเป็นสื่อไฟฟ้า ถ้าเป็นน้ำเกลือ แบน Electrode ต้องหุ้มด้วยสำลีและก๊อซ เพื่อจะได้จับน้ำเกลือ ถ้าเป็นเครื่องมือ ECT แบบมี Electrode ติดกับเครื่อง ECT แพทย์จะเป็นผู้จับ Electrode เอง พยาบาลก็จะทำหน้าที่จับคางผู้ป่วยเพื่อให้แน่นอยู่กับที่ไม่ให้กัดลิ้นและเป็นการป้องกัน Dislocation ของ Jaw อีกด้วย

คนที่ 2 จับหัวไหล่และแขนซ้ายวางแนบไปกับลำตัว

คนที่ 3 จับหัวไหล่และแขนขวาวางแนบไปกับลำตัว

คนที่ 4 จับเข่าและข้อเท้าซ้าย

คนที่ 5 จับเข่าและข้อเท้าขวา

พยาบาลที่ไม่ใช่หัวหน้าทีมในการช่วยทำ ECT อาจเป็นพยาบาลเทคนิคหรือเจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา ช่วยจับคนที่ 2 - คนที่ 5 ในขณะที่จับไม่ต้องติดแน่นกับที่ แต่ปล่อยให้เคลื่อนไหวได้บ้างตามจังหวะชักของผู้ป่วยขณะทำ ECT พยาบาลที่เป็นหัวหน้าทีมจะเป็นคนต่อขั้วไฟฟ้ากับเครื่องที่จะทำ ECT แล้วบอกให้ผู้ป่วยหลับตาให้สบาย จิตแพทย์จะกดปุ่มเครื่อง ECT เพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้าตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้

2.3 การให้ O₂ ควรให้สาย O₂ มีสองทางติดไว้ที่จมูก หรือ O₂ Mask การให้ O₂ ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยนอนบนเตียง จนถึงระยะหลับหมดสติ แต่การให้ O₂ หรือไม่ให้ O₂ จากการวิจัย (นงคราญ, 2530) พบว่า การทำ ECT โดยวิธีให้ O₂ จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะไม่รู้สีกตัว อ่อนเพลีย หลับและภาวะสับสนได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ทำ ECT โดยไม่ให้ O₂ และยังพบว่าทำให้ผู้ป่วยไม่ขาด O₂ ในขณะที่ชักทำให้ไม่เกิดผลเสียต่อสมอง

2.4 พยาบาลหัวหน้าทีมที่จับทางด้านบนศีรษะผู้ป่วย จะบอกให้ผู้ป่วยหลับตา สูดหายใจเข้าแรง ๆ เพื่อสูดเอา O₂ เข้าปอดให้เต็มที่ (ในรายที่ไม่ให้ O₂) ให้มือข้างหนึ่งของพยาบาลจับที่ Mouth gag หรือไม้กดลิ้นที่หุ้มผ้าก๊อซที่ผู้ป่วยกัดไว้ ส่วนมืออีกข้างหนึ่งสอดมือไว้ใต้บริเวณต้นคอในลักษณะประคับประคองมือต้องกระชับพอควร (หรือใส่หมอนทรายรองใต้คอ)

และไม่ปล่อยมือจนกว่าผู้ป่วยจะหมดระยะเวลาระตุก เพราะจะทำให้กระดูกขากรรไกรของผู้ป่วยเคลื่อนหรือค้างได้

2.5 เมื่อพร้อมแล้วพยาบาลจะส่งสัญญาณให้แพทย์ปล่อยกระแสไฟฟ้าจากเครื่องระหว่าง 70-90 โวลต์ ระยะเวลา 0.1-0.3 วินาทีขึ้นไป ถึง 1 วินาที เมื่อกระแสไฟฟ้าผ่านสมองแล้วผู้ป่วยจะเกิดอาการชักแบบ Grandmal seizure หรือ Gandmal convulsive ดังมีลักษณะการชักและระยะเวลาดังนี้

ระยะที่ 1 Unconscious stage ผู้ป่วยจะหมดสติ 1-2 วินาที

ระยะที่ 2 Tonic stage ผู้ป่วยเกร็งอยู่ประมาณ 10 วินาที

ระยะที่ 3 Clonic stage ผู้ป่วยชักกระตุกอยู่ประมาณ 15-30 วินาที

ระยะที่ 4 Sleep stage ผู้ป่วยหลับไปประมาณ 5 นาที

ระยะที่ 5 Confused stage ผู้ป่วยตื่นขึ้นมาจะสับสน มึนงงอยู่ประมาณ 15-30 นาที

2.6 ในระยะ Clonic ผู้ป่วยจะมีการชักกระตุกร่วมกับการหายใจ บางรายอาจมีหน้าเขียว (Apnea) และตามด้วยเสียงหายใจรอก ๆ น้ำลายฟูมปาก ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัสสาวะไหลออกมา ต่อมากล้ามเนื้อจะคลายตัว อาการกระตุกต่าง ๆ จะค่อยลดลงจนหยุด พยาบาลต้องช่วยจับคางแขนขาหน้าให้เอียงไปข้างใดข้างหนึ่งเพื่อให้ secretion ไหลออกมา ถ้ามี secretion ออกมา ให้ใช้เครื่อง suction ช่วย

2.7 ในขณะที่ผู้ป่วย Confused อยู่ต้องมีคนคอยดูแลใกล้ชิด เพราะผู้ป่วยยังไม่ค่อยรู้ตัว ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาจหล่มเป็นอันตรายกับตนเอง หรือก่ออันตรายให้กับผู้อื่นได้

2.8 ตั้งแต่เริ่มหมดสติจนเริ่มระยะหลับผู้ป่วยจะหยุดหายใจ บางครั้งอาจหยุดหายใจต่อไปอีกนาน มีความจำเป็นต้องคอยช่วยเหลือให้ O_2 หรือผายปอดให้จนกว่าผู้ป่วยจะหายใจได้เอง

2.9 เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เองเป็นปกติแล้ว ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเพื่อป้องกันไม่ให้สูดเอาน้ำลายเข้าปอด แล้วคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกรู้ตัวและนำใบหักฟันที่หักหักฟัน

ห้องสมุด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

.....
11/11/2566

3. การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า

การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วย ECT พยาบาลควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดดังนี้

3.1 ดูว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเพียงใด สามารถปฏิบัติตามคำสั่งง่าย ๆ เช่น ลืมตา อ้าปาก แลลิ้นได้หรือไม่ ถ้าหากปล่อยให้ผู้ป่วยที่ยังฟื้นไม่ตื่นนอนอยู่คนเดียว โดยไม่มีผู้ดูแล ลื่นอาจจะตก ทำให้เกิด Partial airway obstruction จนมีภาวะขาด O₂ จนตายได้ จึงต้องมีผู้เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดจนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี

3.2 การหายใจ ดูว่าผู้ป่วยหายใจเพียงพอหรือไม่เมื่อหายใจเข้าทรวงอกขยายดีหรือไม่ เมื่อปล่อยให้ผู้ปวยนอนอยู่หนึ่ง ๆ โดยไม่มีใครรบกวนแล้ว ผู้ป่วยหายใจได้ดีเพียงใด หายใจด้วยท้องหรือทรวงอก

3.3 ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังทำ ECT จะต้องวัดความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจอย่างน้อยทุก ๆ 15 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะตื่นหรือรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ความดันโลหิตชีพจรและการหายใจมีระยะสม่ำเสมอ

3.4 เช็ดเหงื่อ น้ำลาย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น โดยใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำเย็นเตรียมไว้เช็ดบริเวณใบหน้า ต้นคอ ซอกหู เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวเร็วขึ้น และสดชื่นขึ้น และลดอาการปวดศีรษะได้ จิตแพทย์บางคนเชื่อว่าผลการรักษาเกิดจาก Psychogenic reaction คือหลังจากผู้ป่วยฟื้นจากการทำ ECT เหมือนเด็กเกิดใหม่ และมาได้รับสิ่งที่เบนสุข ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เกิดความไว้วางใจ เมื่อมีบุคคลคอยดูแลให้ความช่วยเหลือ

3.5 เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเดินตกเตียง และเป็นอันตรายได้เนื่องจากผู้ป่วยระยะนี้จะสับสน และมึนงง พยาบาลควรเรียกชื่อผู้ป่วยให้รู้ตัว พร้อมทั้งแนะนำให้นอนพักบนเตียง จนกว่าจะหายมึนงง หรือสามารถช่วยตัวเองได้ ซึ่งระยะ confused stage นี้จะกินเวลานาน 30-60 นาที อาจใช้ไม้กั้นเตียงและมีคนอยู่ดูแลเป็นเพื่อนตลอดเวลา ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรผูกผู้ป่วย

3.6 ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง เพื่อให้เสมหะและน้ำลายตกอยู่ที่กระพุ้งแก้ม ทำให้หายใจสะดวก

3.7 พยาบาลควรสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการบวตศีรษะ บวตหลัง บวตเมื่อยแขนขา หรือคลื่นไส้อาเจียน ดูแลพยาบาลตามอาการ ถ้าสงสัยมีกระดูกหักหรือเคลื่อน รีบปรึกษาแพทย์

3.8 เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ถ้าเปียกเหงื่อหรือปัสสาวะ

3.9 บันทึกอาการต่าง ๆ ขณะทำการรักษาว่ามีอาการผิดปกติอะไรบ้างไว้ในรายงาน เช่น convulsion threshold ต่อกระแสไฟฟ้าเท่าไร muscle contraction เป็นอย่างไร prolonged apnea หรือไม่ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และอาการอื่น ๆ อย่างเป็นบ้าง

3.10 พยาบาลที่ประจำหอผู้ป่วย จะต้องสังเกตอาการเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยที่ทำ ECT แล้วมีอาการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง เช่น อาการเศร้า อาการคลั่งลงใจ เป็นต้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เพียงพอ

3.11 เมื่อผู้ป่วยผ่านการทำ ECT ไปแล้ว 3-6 ครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการง่วง ๆ หลงลืม และเกิดความกลัวว่าความจำจะไม่กลับคืนมา พยาบาลควรทำความเข้าใจ ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้น โดยไม่ถามเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้ป่วยมากนัก ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการผู้ป่วยจะค่อย ๆ หายไปภายหลังทำ ECT สักระยะหนึ่ง และผลของการทำ ECT จะไม่ทำให้สติปัญญาของผู้ป่วยเสีย เมื่อมีอาการทางจิตสงบลง พยาบาลจะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ตลอดจนพยาบาลต้องคอยช่วยเหลือเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และระยะนี้เป็นโอกาสที่จะเริ่มให้ psycho-therapy และ rehabilitation แก่ผู้ป่วย พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้แก้ไข้ปัญหาของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจตนเอง เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ และจัดให้ทำอาชีพะบำบัดตามความเหมาะสมในขณะรักษาด้วย ECT พยาบาลจะต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย และจดบันทึกโดยสม่ำเสมอ

การประเมินผู้ป่วยก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะอยู่ในหอพักฟื้นหลังทำ ECT ระยะสั้น ๆ จะพิจารณาย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้ โดยอาศัยหลักเกณฑ์ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว และพ้นจากอาการชักดีแล้ว มี Reflex จะป้องกันตนเองจากอันตรายต่าง ๆ รับรู้ บุคคล เวลา สถานที่ หรือสามารถช่วยตัวเองให้สามารถนอนท่าที่ปลอดภัยได้พอควร

2. Vital sign ต่าง ๆ คงที่
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำ ECT และระหว่างอยู่ในห้องพักฟื้น ก็ได้รับการแก้ไขอย่างปลอดภัย
4. ผู้ป่วยสามารถเดินกลับหอผู้ป่วยได้เองโดยเจ้าหน้าที่ดูแล

บทที่ 5

ตัวอย่างกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย วัยผู้ใหญ่ อายุ 25 ปี

สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย

การศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ทำนา

ที่อยู่ 222/3 หมู่ 15 บ้านน้ำชน ตำบลน้ำชน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

รับไว้ในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2536. เวลา 10.15 น.

อาการสำคัญ

ผู้ป่วยมาด้วยอาการซึมเฉย พูดเรื่อยเปื่อย มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดกลัวคน ถาม
ตอบง และสับสน กลางคืนไม่นอน มีอาการมาก่อนมา รพ. 3 วัน

ประวัติและการเจ็บป่วยปัจจุบัน

15 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลก ๆ หัวเราะคนเดียว บ่นพึมพำ หงุด
หงิด โมโหง่าย กลางคืนไม่นอน พูดเพ้อเจ้อเรื่อยเปื่อย ต่อมามีหูแว่วเห็นภาพหลอน หวาดกลัวคน
ซึมเฉยไม่พูดกับใคร เหม่อลอย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยร้ายแรงใด ๆ

-ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ

-ไม่เคยเป็นโรคเรื้อรังใด ๆ

-ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา

- ไม่เคยประสบอุบัติเหตุร้ายแรงมาก่อน
- ไม่เคยได้รับการผ่าตัด
- ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยทางจิต

การวินิจฉัย

แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Major depressive with psychosis with Neuroleptic malignance syndrome

การรักษา

2 สัปดาห์แรกผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาบำบัดอาการทางจิต

5 กค. 36

- | | | |
|--------------------|-----------|----------------|
| -Haloperidal 5 mg | 1x4 O pc. | } off 7 กค. 36 |
| -Amitrip 25 mg. | 1x2 O pc. | |
| -Benzhexal 2 mg. | 1x1 O pc. | |
| -Halaperidal 5 mg. | M prn. | |

6 กค. 36

- Bonpyline 1 amp. M Stat.

7 กค. 36

- 5% D^N/2 1000 cc. V drip 25 drop/min
- Paracet 1 amp. M prn.
- Paracet 500 mg. 2x4 O pc.
- Lora 2 mg. 1xhs. O
- Lora 1 mg 1x3 pc.

8 กค. 36

-5% D^N/2 1000 cc. V drip

19 กค. 36

-Chlorpromazine 100 mg. 1x2+hs. 0

-ECT 8 ครั้ง

การประเมินสภาพ

วันที่ 5 กค. 2536 ที่ตึกแรกรับหญิง เวลา 10.15 น.

ผู้ป่วยรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในได้ 2 สัปดาห์ อาการที่พบครั้งแรก ซึมเฉย พูดเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่นอนมีหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดกลัวคน มีอาการมากก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน

ถึง ward ผู้ป่วยถามตอบ งุนงงสับสน จ้องหน้า ไม่สนใจตัวเอง ควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้าให้

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 6 กค. 2536 - 12 กค. 2536)

ผู้ป่วยไม่สนใจการแต่งกาย ร่างกายไม่สะอาด ผมไม่เรียบร้อย กิจวัตรประจำวันทั่วไป ต้องแนะนำและบอกซ้ำ ๆ พฤติกรรมทั่วไป ซึมเฉย แยกตัวเอง เหม่อมองไร้จุดหมาย ถามไม่พูด ได้แต่ส่ายหน้า บางครั้งลุกเดินบ่อย อาหารรับประทานได้น้อย เริ่มมีไข้ 38-40°C กลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ

สัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 13 กค. 2536 - 19 กค. 2536)

ผู้ป่วยมีสีหน้าซึมเฉย เหม่อลอย กระตุนถามไม่พูด จ้องหน้าเฉย ทำปากขมขมมีคล้ายจะพูด มีน้ำลายไหล ถอดผ้าถุงวุ่นวาย ผู้ป่วยอื่นแนะนำไม่สนใจ ไม่รับรู้ บางครั้งกระโดด และวิ่งมากอดเจ้าหน้าที่ เกร็งต้าน สับสนงุนงง เล่นน้ำในห้องน้ำบ่อย ถ่ายอุจจาระและบัสสาวะไม่เลือกที่ยังมีไข้ แต่ไข้หายไป ในวันที่ 18 กค. 2536 อาหารรับประทานได้น้อย ยาต้องบ้วนและดูแลใกล้ชิด

สรุปแผนการรักษาภายใน 2 สัปดาห์ (5 กค. 2536 - 19 กค. 2536)

ผู้ป่วยรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในได้ 2 สัปดาห์ เปลี่ยนแผนการรักษาด้วยยา 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 (5 กค. 2536)

-Haloperidal 5 mg	1x4 O pc.	] off 7 กค. 36
-Amitrip 25 mg.	1x2 O pc.	
-Benzhexal 2 mg.	1x1 O pc.	
-Halaperidal 5 mg.	M prn.	

ผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการของ Neuroleptic Malignant Syndrome ไข้สูง สับสน
จึงหยุดยา และให้ยา

ครั้งที่ 2 (7 กค. 2536)

-5% D^N/1 1000 cc. V drip 25 d/min
-Paracet 1 amp. M prn.
-Paracet 500 mg. 2x4 O pc.
-Lora 2 mg. 1xhs. O
-Lora 1 mg 1x3 pc.

เมื่ออาการของ NMS หาย จึงเริ่มให้การรักษาอาการทางจิตใหม่ด้วย

ครั้งที่ 3 (19 กค. 36)

-Chlorpromazine 100 mg. 1x2+hs. O
-ECT 8 ครั้ง

สรุปอาการเปลี่ยนแปลงภายใน 2 สัปดาห์ (5 กค. 36 - 19 กค. 2536)

ผู้ป่วยยังคงมีอาการซึมเฉย แยกตัวเอง ไม่สนใจใคร ไม่ได้ตอบเมื่อกระตุ้น เหม่อลอย
ไร้จุดหมาย ถามไม่พูดได้แต่ส่ายหน้า ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล กลืนลำบาก เดินที่อ ๆ อยู่คนเดียวนาน ๆ
เริ่มมีไข้สูง 38-40° C สับสน เรียกไม่ตอบ นาน ๆ จึงพยักหน้าตอบรับ ช่วยเหลือตนเองได้

น้อยลงเรื่อย ๆ จนไม่ยอมช่วยเหลือตัวเอง ปฏิเสธการรับรู้ต่าง ๆ อาหารรับได้น้อย หิวน้ำบ่อย ให้ดื่มน้ำกลืนลำบาก บางครั้งสำลัก มีภาวะ Dehydration บอกรับประทานอาหารน้อย ๆ แต่เมื่อพาไปรับอาหารไม่ยอมรับประทานอาหาร และเมื่อให้นั่งกระโถน ก็จะหยิบจับเรื่อยเปื่อย ไม่ยอมรับประทานอาหาร อาหารและอุจจาระเรี่ยราด มึนงง สับสนมาก การนอนกลางคืนหลับ ๆ ตื่น ๆ พักผ่อนได้น้อย ตื่นทุก ๆ 1 ชั่วโมง อาการไขว่หายไปในเมื่อ 18 กค.36 แต่อาการทางจิตยังคงเดิม ถอดเสื้อผ้า นอนเกลือกกลิ้งบนพื้น ไม่รู้เรื่อง ถามไม่พูด เฉย เหม่อลอย ไม่สนใจตัวเอง และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ จ้องหน้าพูดด้วยเหมือนรับรู้ ทำปากขมขมบีบคั้นจะพูด ไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง อาหารรับได้น้อย ต้องป้อน แพทย์จึงให้รับการรักษาด้วย ECT เริ่มทำครั้งแรก 20 กค.36 ถึง 8 สค. 36 โดยทำในวันจันทร์-พุธ-ศุกร์ รวม 8 ครั้ง

การตรวจร่างกาย

ศีรษะ	ปกติ
ตา	ไม่เหลือง เปลือกตาไม่ซีด
หู	ปกติได้ยินเสียงดี
จมูก	ปกติ
ปาก	ริมฝีปากแห้ง น้ำลายน้อย ภายในช่องปากไม่มีฟันโยก
คอ	คอไม่แดง ไทรอยด์ไม่โต คอแข็ง กลืนลำบาก
ทรวงอก	ปกติ หายใจเข้า-ออก สม่ำเสมอ 22 ครั้ง/นาที
หัวใจ	ปกติ นอนราบได้ดี ฟังเสียงหัวใจไม่พบเสียง murmur
ปอด	ฟังเสียงหายใจไม่พบสิ่งผิดปกติ เสียงหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง
ท้อง	หน้าท้องปกติ แบนราบ กดไม่เจ็บ bowel sound ปกติ
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ถามตอบยังสับสนและงง ไม่มี paralysis
ระบบขับถ่าย	ปัสสาวะ อุจจาระ ได้เอง แต่ไม่เป็นที่แน่นอน
กล้ามเนื้อและกระดูก	แขนขาแข็งแรงดี กระดูกไม่ผิดปกติ
ต่อมน้ำเหลือง	ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต
ระบบหลอดเลือด	ผิวหนังแดงดี ไม่มีเขียว ความดันโลหิต 120/70 mmHg. RT

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผล CBC 11 กค. 36ผล CBC 5 กค. 36

Blood group	B	B
WBC	6.0	6.1
RBC	4.89	5.11
Hemoglobin	14.6	15.3
Hct.	41.5	45.7
pH	7.37	7.39
Neutrophil	69%	78%
Eosinophil	2%	2%
Lymphocyte	29%	20%
MF	-ve	-ve

ผล 5 กค. 36

T4 15.0 (Normal values 4.2-12)

ผล 7 กค. 36

CPK (ค่าปกติ 20-200 U/L) พบ 1477

BUN (ค่าปกติ 8-23 mg%) พบ 17.9

Creatinine (ค่าปกติ 0.5-1.5 mg%) 1.0

ผล 11 กค. 36

CPK 676 (ค่าปกติ 20-200 U/L)

BUN 19.7

Cre. 1.09

ผล 11 กค. 36

T4 (ปกติ 4.82-32 ug/dl) 6.4

Free T4 1.4 (ปกติ 0.73-2.01 ug/dl)

การวินิจฉัยด้านการรักษา

แพทย์ให้การวินิจฉัยว่านอกจากเป็น Major depression with psychosis และผู้ป่วยมีอาการของ Neuroleptic malignance syndrome

แผนการรักษา

ผู้ป่วยต้องรับการรักษาด้วย ECT 8 ครั้ง

การรักษาของแพทย์ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

งดน้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืน หรืองดอาหารและน้ำก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า อย่างน้อย 4 ชั่วโมง

20 กค. 2536

-5% D_N/2 2000 cc. V drip 30 drop/นาที

-5% D_N/2 2000 cc.

แผนการรักษาหลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้าทำ (ECT)

1 สค. 2536

-Byhexal 2 mg. 1x1 O pc.

2 สค. 2536

-Chlorpromazine 200 mg. 1x2 O pc.

-Lora 2 mg. 1xhs.

-Deca 1 cc. M q 1 เดือน

-Chlorpromazine 50 mg. M prn.

การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า

1. การพยาบาลระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำตนเอง โดยบอกชื่อ และสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
2. ต้องตรวจดูรายงานการตรวจร่างกายในแฟ้มผู้ป่วย ตลอดจนผลการตรวจทางห้องทดลองให้มีในแฟ้มให้ถ่าม ถ้ายังไม่มียังไม่ต้องรายงานให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาทราบ
3. ให้อาติเซ็นใบอนุญาตทำการรักษา เช่นเดียวกับการทำผ่าตัดในโรงพยาบาลฝ่ายกาย เพราะอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมการรักษาเอง เพราะกฎหมายไม่ยอมรับการเซ็นใด ๆ ของผู้ป่วยว่าถูกต้องตามกฎหมาย
4. เตรียมด้านจิตใจ ผู้ป่วยบางรายกลัวการทำช็อคไฟฟ้ามก เพราะฟังชื่อแล้วน่ากลัวพยาบาลควรบอกผู้ป่วยว่าจะส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาด้วยเครื่องไฟฟ้า
5. เตรียมผู้ป่วยดูแลเกี่ยวกับความสะอาดทั่วไปของร่างกายตั้งแต่ผมจะต้องสระให้สะอาดและแห้ง ไม่ใส่น้ำมัน ท้องไม่ผูก

ประเมินผลกิจกรรมพยาบาล

จากการซักประวัติ ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และการตรวจของแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Major depressive psychosis จัดว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าข่ายการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากรักษาด้วยยาระยะหนึ่งแล้วมีผลข้างเคียงจากยารุนแรง แพทย์จึงใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการแพ้ยา และอธิบายขั้นตอนในการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการรักษาด้วย ECT สังเกตจากสีหน้าผู้ป่วยไม่สดชื่น ตกใจง่าย ขมวดคิ้วทั้ง 2 ข้าง เมื่อตกทายจะเฉยไม่ยิ้ม ปฏิเสธการสนทนากับเจ้าหน้าที่ หลบอยู่ในห้องคนเดียว และจากการตรวจร่างกาย วัดอุณหภูมิ 38°C ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท

แผนการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนให้การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

เป็นระยะเตรียมการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) เป็นการพยาบาลที่จัดเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการทำ ECT ตลอดจนการจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมให้พร้อม เพื่อความปลอดภัย และความสุขสบายของผู้ป่วย

แผนการพยาบาลของกรณีศึกษาในระยะนี้คือ

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากกลัวตนเองจะไม่ปลอดภัยจากการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

- S - ผู้ป่วยบอกไม่ต้องการรักษาด้วยไฟฟ้า เพราะกลัวตนทำแล้วไม่ฟื้น
- O - ปฏิเสธการสนทนากับเจ้าหน้าที่ ไม่สนทนา หรือติดต่อสื่อสารกับใคร ชอบอยู่ในห้องคนเดียว

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธการรักษาด้วยไฟฟ้า
- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล

- ยอมรับและไม่ปฏิเสธการรักษาด้วยไฟฟ้า
- ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยอื่นได้
- ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยจากการรักษา และมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายถึงขั้นตอนของการรักษาด้วยไฟฟ้า และบอกถึงการดูแลที่ปลอดภัยขณะทำ
2. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกต่อการทำ ECT และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

3. สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลจะอยู่เป็นเพื่อน ขณะที่ผู้ป่วยทำ ECT และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการ
4. ควรอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยมีความกลัว และควรให้ความมั่นใจผู้ป่วยในด้านความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย
5. ค้นหาปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไข

ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

- ผู้ป่วยรับฟังพยาบาลชี้แจง แต่ไม่ได้ตอบ
- ในวันทำ ECT พาผู้ป่วยไปทำ ECT ผู้ป่วยไม่ขัดขืน
- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยไฟฟ้า

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการรักษาด้วยไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน

- S - ผู้ป่วยบ่นว่ากลัวการผ่าตัด แล้วจะไม่ฟื้น
- O - ดูจากสีหน้าผู้ป่วยไม่สดชื่น นั่งนิ่ง แยกตัวอยู่คนเดียว ตกใจง่าย ขมวดคิ้วทั้ง 2 ข้าง ท่าทางครุ่นคิด เมื่อทักทายจะเฉย ไม่ยิ้ม ไม่ได้ตอบ

วัตถุประสงค์

- สามารถเผชิญกับสิ่งที่กลัว โดยไม่แสดงความวิตกกังวลก่อนทำ ECT
- เพื่อสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือ
- สีหน้าผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
- ผู้ป่วยมีความมั่นใจต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า ประเมินจากข้อซักถามที่ผู้ป่วยถาม

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลที่ต้องรักษาโดยการทำ ECT
2. อธิบายขั้นตอนของการรักษาด้วย ECT โดยย่อให้ผู้ป่วยฟัง และเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของการรักษาด้วย ECT เพื่อลดความวิตกกังวล
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ในการรักษาด้วย ECT พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
4. สนทนากับผู้ป่วยด้วยประโยคสั้น ๆ และเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการให้กำลังใจที่ผิด
5. ควรมีความซื่อสัตย์ และมีจิตใจสงบขณะอยู่กับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเพิ่มความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย

ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

- ผู้ป่วย เข้าใจและให้ความร่วมมือในผู้ป่วยพยาบาล
- ดูสีหน้าผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม
- ผู้ป่วยบอกว่าไม่กังวล และรู้สึกสบายดี เมื่อทักทายจะพูดได้ตอบ

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการเตรียมร่างกายเพื่อการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากจากสภาวะอาการทางจิตปัจจุบัน

ข้อมูลสนับสนุน

0 -เนื่องจากสภาวะอาการทางจิตปัจจุบัน และจากการพูดคุยกับผู้ป่วยจะไม่พูดด้วยถามไม่ตอบ เหม่อลอย ไม่สนใจอะไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่สะอาด
2. ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลด้วยตนเองได้
3. มีสภาพร่างกายพร้อมที่จะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล

- ร่างกายผู้ป่วยสะอาดก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า
- สภาพร่างกายพร้อมทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. เข้าใจและยอมรับสภาพของผู้ป่วย โดยไม่ใช้ความคิดเห็นของพยาบาลตัดสิน
2. กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองในเรื่องของการรักษาความสะอาด
3. กำหนดตารางเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกับผู้ป่วย และกระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเวลาที่กำหนดไว้
4. ให้กำลังใจและชมเชยทันทีเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
5. ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย ตรวจร่างกาย วัด Vital Signs และเมื่อมีฟันปลอมให้ถอดออก

ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

- ผู้ป่วยมีร่างกาย ผิว หน้า ผม เล็บ ฯลฯ สะอาด
- ผู้ป่วยมีสภาพด้านร่างกายพร้อมที่จะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

2. การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ

กิจกรรมการพยาบาล

- ผู้ป่วยมาถึงห้องทำ ECT เวลา 8.30 น. โดยเดินมากับเจ้าหน้าที่พยาบาลต้องให้การตอบรับ พูดคุย ทักทายผู้ป่วยด้วยความสุภาพอ่อนโยน สีนํ้ายิ้มแย้ม เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

-วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 82/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท

-ตรวจดูการเตรียมความสะดวกและหนังศีรษะ

-สอบถามการร่งน้ำและอาหารทางปาก ผู้ป่วยปฏิบัติตามที่พยาบาล

แนะนำดี

-ตรวจดูช่องปาก ถ้ามีฟันปลอมดูว่าผู้ป่วยถอดหรือยัง

-สอบถามการบัสสาวะก่อนมาห้องทำ ECT

2.2 การเตรียมความพร้อมทั่วไป

-ตรวจดูรายงานในแฟ้มผู้ป่วย

-ตรวจดูใบเข้านิยมนรักษา

-ตรวจดูเครื่องประดับและสิ่งของมีค่า ตลอดจนสือไฟฟ้าที่ติดตัวผู้ป่วย

2.3 การเตรียมเครื่อง ECT และอุปกรณ์ต่าง ๆ

-ตรวจสอบความพร้อมของเครื่อง ECT ว่าพร้อมที่จะใช้งานได้

-ตรวจดูการทำงานของเครื่อง ECT ตรวจดูว่าระบบไฟฟ้า และแรงดันไฟฟ้าอยู่ในสภาพปกติดี

-ตรวจสอบปลั๊กไฟ และสายไฟว่าอยู่ในสภาพดี ปลั๊กไฟไม่หลวม

-เตรียมแท่งออกซิเจน และ Mask ให้พร้อมที่จะใช้งานได้

-เตรียมเครื่องช่วยหายใจ (Ambuback) ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

-เตรียมไม้พันสำลี, ก้อน

-Mouth gag หรือไม้กดลิ้นพันด้วยก้อนนุ่ม

-เตรียมเครื่องดูดเสมหะ (Suction)

-เตรียมเยลลี่สำหรับทาที่แผ่นโลหะ

-เตรียม Stethoscope และเครื่องวัดความดันโลหิต

-เตรียมยาสำหรับ Emergency ให้พร้อมใช้งานได้

2.4 การเตรียมตัวของพยาบาลที่ช่วยทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

-ศึกษาค้นตำราเกี่ยวกับการให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่รักษาด้วย ECT เพื่อให้เกิดความมั่นใจและให้ผู้ป่วยปลอดภัย

-พยาบาลคนที่ 1 ต้องมีความมั่นใจ พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาค่าที่จะเกิดขึ้นขณะรักษาด้วยไฟฟ้า

2.5 ขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ในตัวอย่างกรณีศึกษา

ระยะก่อนทำ ECT จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะและเท้าเหยียดตรง แขนทั้งสองข้างวางแนบลำตัว หมุนคอด้วยหมอนทรายเล็ก ๆ ขนาดพอเหมาะกับส่วนโค้งของคอ ผู้ช่วยในการทำ ECT 5 คน พร้อมช่วยเตรียมทำ ECT 1 คน และช่วยจับ 4 คน พยาบาลคนที่ 1 จะเป็นคนเตรียมใส่ไม้กดลิ้น วาง electrode ตามตำแหน่งและวิธีการที่ถูกต้อง ผู้ช่วยให้ความร่วมมือดี

ระยะทำ ECT กระทำการรักษาโดยจิตแพทย์ เมื่อพยาบาลและผู้ป่วยพร้อม แพทย์จะกดปุ่มเพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้าตามจำนวนที่กำหนดไว้ คือแรงดันไฟฟ้า low ใช้เวลา 1 วินาที วาง electrode แบบ Bilateral ชนิดของการ shock คือ Generalize seizure (G.S) ทำ ECT ทั้งหมด 8 ครั้ง

ระยะหลังทำ ECT ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตได้ 110/70 มิลลิเมตรปรอท และจับชีพจร 80 ครั้ง/นาที ปกติและหายใจสะดวก 22 ครั้ง/นาที Secretion เล็กน้อย ไม่มีอาการผิดปกติ มีอาการง่วง ๆ สับสนบ้าง แต่ไม่มาก จึงส่งผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่อที่ห้องพักรักษา

แผนการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในขณะที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งในระยะนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพราะผู้ป่วยอาจเกิดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงปรารถนาขึ้นได้

แผนการพยาบาลของตัวอย่างกรณีศึกษาในระยะนี้คือ

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหยุดหายใจ เนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน

-การรักษาด้วยไฟฟ้า อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ และช่วยตัวเองไม่ได้ จะมีน้ำลาย
สิ่งตกค้างภายในปาก ทำให้เกิดการสำลัก บิดกั้นทางเดินหายใจได้

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยมีความปลอดภัยขณะรักษาด้วยไฟฟ้า
- ไม่เกิดอาการสำลัก หายใจได้เอง

เกณฑ์การประเมินผล

-หยุดหายใจในระยะสั้นตามแผนการรักษา ได้รับความปลอดภัยในขณะที่ทำ ECT

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าให้พร้อมสำหรับ
ใช้งาน
2. ตรวจสอบความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย
3. ในขณะที่ชัก อาการกระตุกลดลง ให้จับคางแขนงนโบหน้าให้เอียงไปข้างหนึ่ง
เพื่อให้ Secretion ไหลออกมา ถ้ามีตกค้างในปากให้ใช้ suction ช่วย และช่วยผายปอดทั้ง
2 ข้าง เป็นการกระตุ้นการหายใจ ถ้าหยุดหายใจนานต้องให้ O₂ ให้จนกว่าผู้ป่วยจะหายใจได้เอง
4. เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เองเป็นปกติแล้ว ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเพื่อป้องกันไม่ให้สูด
เอาน้ำลายเข้าปอด

ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

-ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยขณะรักษาด้วยไฟฟ้า ระยะหลังชักกระตุกนาน 20 นาที
ได้ช่วยการหายใจโดยการผายปอด และจับคางแขนงนโบหน้าเอียงไปข้างหนึ่ง และให้นอนตะแคง

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากกระดูกหัก เนื่องจากความผิดพลาดในการช่วยจับผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- การทำการรักษาด้วยไฟฟ้าอาจกระดูกหักได้ ถ้าจับหรือ Support บริเวณต่าง ๆ ของร่างกายไม่ถูกต้อง เพราะขณะรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วยจะเกิดการชัก

วัตถุประสงค์

- กระดูกไม่หัก และไม่เกิด Dislocation ของ Jow

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย กระดูกไม่หัก และไม่เกิด Dislocation ของ Jow

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของเตียงอีกครั้ง สภาพแข็งแรง
2. จัดให้มีหมอนทรายรองที่คอ หรือบริเวณที่มีส่วนโค้งมาก ๆ หรืออาจไม่ใช่หมอนทรายก็ได้ แต่ควรประคองท้ายทอยโดยใช้มือขวา ส่วนมือซ้ายจับบริเวณคาง
3. พยาบาลที่ทำหน้าที่จับคางผู้ป่วย เพื่อให้ลื่นอยู่กับที่ ไม่ให้กีดกัน และเป็นการป้องกัน Dislocation ของ Jow อีกด้วย
4. เจ้าหน้าที่ช่วยทำ ECT ขณะจับผู้ป่วยไม่ต้องติดแน่นกับที่ แต่ปล่อยให้เคลื่อนไหวได้ตามจังหวะการชักของผู้ป่วย ขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่มี Dislocation ของ Jow
- ไม่พบกระดูกหักในผู้ป่วยรายนี้

ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

-จัดผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย

-ในระยะทำ ECT ไม่มีปัญหาในการทำ แต่ผู้ป่วยมีท่าทางกลัวเนื่องจากเห็นเจ้าหน้าที่เข้ามาช่วยหลายคน แต่ก็ได้อธิบายจนผู้ป่วยเข้าใจ และผ่านการรักษาด้วย ECT ลุล่วงไปได้ดี

-ระยะ clonic ผู้ป่วยชักกระตุกอยู่ประมาณ 20 วินาที และบัสสาวะรดที่นอน และหลับตลอด 5 นาที มีอาการสับสน งุนงงบ้าง ไม่มีดินเะอะอะ

-ผู้ป่วยหายใจค่อนข้างตื้น ในระยะแรกต้องกระตุ้นโดยเรียกชื่อ และบลุกบอย ๆ จึงส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ห้องพักรักษา

3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

เนื่องจากห้องพักรักษาหลังการรักษาด้วย ECT ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ยังไม่มีอุปกรณ์พร้อม สำหรับช่วยชีวิตผู้ป่วย จึงสังเกตอาการผู้ป่วย 30-60 นาที หลังจากนั้นจึงย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม คือนอนหงายราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
2. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในหนึ่งชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที อีก 4 ครั้ง จากนั้นทุก ๆ 2-4 ชั่วโมง ตามความจำเป็นจนกระทั่งปกติ
3. ดูแลความสะอาดโดยเช็ดหน้า เช็ดปากให้ผู้ป่วย

การประเมินผลกิจกรรมพยาบาล

-ขณะอยู่ในห้องพักรักษา ผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้อาเจียน มีน้ำลายและเสมหะเล็กน้อย จึงจัดให้อยู่ในท่านอนหงายราบ ตะแคงหน้าป้องกัน airway obstruction

-หลังจากออกมาจากห้องทำ ECT ผู้ป่วยยังงง ๆ สับสน

-สัญญาณชีพขณะอยู่ในห้องพักฟื้น ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที

-จากการสังเกตผู้ป่วยหายใจดี ต้องกระตุ้นโดยการปลุกบ่อย ๆ

แผนการพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยหายใจดี เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

- o -จากการสังเกตอาการผู้ป่วย
- จากการวัดสัญญาณชีพ
- สังเกตสีผิวและเล็บของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

- เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยตื่นบ่อย ๆ และหายใจลึก ๆ
- ให้สูดดมออกซิเจนโดยหายใจลึก ๆ
- สังเกตสีผิวของผู้ป่วยแดงดี
- วัดสัญญาณชีพ
- ทดสอบการรู้สึกตัวเอง โดยให้ผู้ป่วยลืมตาอ้าปาก กำมือและยกศีรษะได้

ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

-หลังจากกระตุ้นผู้ป่วยบ่อย ๆ พร้อมกับการให้หายใจลึก ๆ การหายใจเริ่มดีขึ้นเรื่อย ๆ สัญญาณชีพปกติ สังเกต ไปจนการหายใจปกติ จึงส่งกลับหอผู้ป่วย

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยงง ๆ สับสน เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุเนื่องจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน

S -ผู้ป่วยบอกเหมือนหัวมึนหมุน

O -จากการสังเกตอาการผู้ป่วยเดินเซ ถามตอบยังไม่ตรงคำถาม

วัตถุประสงค์

-เพื่อลดอาการงง ๆ สับสน

-ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการตกเตียง

กิจกรรมการพยาบาล

-เรียกชื่อผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยจำชื่อตัวเองได้

-Orientation วัน เวลา สถานที่ และบุคคล

-ป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง

-ให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่ง ๆ บนเตียง โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแล

ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล

-หลังจากเรียกชื่อผู้ป่วยสักพัก ผู้ป่วยจำชื่อตนเองได้ พลิกตัวไปมาเล็กน้อย หลังจากให้คำแนะนำแล้วผู้ป่วยให้ความร่วมมือนอนหลับบนเตียงในห้องพักฟื้น และเมื่อผู้ป่วยตื่นจึงส่งกลับหอผู้ป่วย

4. การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 24 ชั่วโมง

ผู้ป่วยทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) 8 ครั้ง จันทร์ พุธ ศุกร์ ตอนเช้าเวลา 8.45 น. ในการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ครั้งแรก 20 กค. 2536 ซึ่งภายใน 24 ชั่วโมงหลังทำ ECT ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย วัดความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที และมีความวิตกกังวลกลัวการทำ ECT จากการซักถามผู้ป่วยไม่ต้องการรักษาด้วย ECT ต่อไป

5. คำแนะนำที่ให้ระหว่างการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

1. อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)
2. อธิบายถึงสาเหตุของการปวดเมื่อยตามร่างกาย เนื่องจากการรักษาด้วยไฟฟ้าซึ่งอาจทำให้กล้ามเนื้อเกร็ง หลังการทำ ECT จึงปวดเมื่อย 2-3 วัน อาการเหล่านี้ก็จะหายไป
3. ผู้ป่วยปวดศีรษะ ให้นอนพัก และให้ยาแก้ปวด paracetamol 500 mg. 1-2 tab. เป็นการลดอาการปวดศีรษะ ถ้าปวดมากทนไม่ได้ให้บอกเจ้าหน้าที่ที่หอผู้ป่วย
4. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องงดอาหารก่อนและหลังรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) หลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) เมื่อรู้สึกตัว และไม่มีคลื่นไส้ อาเจียนก็ให้รับประทานได้ปกติ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร และยาตามปกติ

6. การติดตามเยี่ยมระหว่างที่อยู่หอผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 ของการทำ ECT (25 กค.36)

-วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 30 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

-ผู้ป่วยยังมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายเล็กน้อย

-ไม่พบสิ่งผิดปกติในการทำ ECT ครั้งนี้

ครั้งที่ 3 ของการทำ ECT (27 กค.36)

-ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ขณะทำการรักษาด้วย ECT ผู้ป่วยกัดริมฝีปาก พบว่าเป็นแผลเล็กน้อย และทายาให้แล้วผู้ป่วยพุดรู้เรื่องขึ้น แต่พูดเสียงเบา ก็จัดประจำวันต้องดูแล

ครั้งที่ 4 ของการทำ ECT (29 กค.36)

-ผู้ป่วยเฉย ท่าทางช้า พูดเสียงเบา ถามตอบตรงคำถาม ก็จัดประจำวันแนะนำทำ
ได้เอง ไม่พบปวดศีรษะ

ครั้งที่ 5 ของการทำ ECT (1 สค.36)

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัวเอง มีเสียงหูแว่ว กลัวผี มีอาการสับสน พูดซ้ำ ไม่สนใจใคร

ครั้งที่ 6 ของการทำ ECT (3 สค.36)

ผู้ป่วยมีซึมเฉย แยกตัวเอง พูดน้อย พูดซ้ำ คิดนาน พูดด้วยรู้เรื่องดี แต่เสียงเบามาก
วันนี้ไม่มีอาการสับสน ไม่ปวดศีรษะ

ครั้งที่ 7 ของการทำ ECT (5 สค.36)

ซึมเฉย พูดน้อย คิดนาน เสียงเบา รู้เรื่อง ไม่มีสับสน แต่หงุดหงิดง่าย แยกตัว อยาก
กลับบ้าน

ครั้งที่ 8 ของการทำ ECT (8 สค.36)

ซึมเฉย แยกตัว พูดน้อย พฤติกรรมซ้ำ พูดคุยรู้เรื่อง สนใจตัวเองดี อยากกลับบ้าน
อาการทางจิตสงบ

วันจำหน่ายผู้ป่วย (9 สค.36)

เวลา 13.30 น. พี่ชายของผู้ป่วยมารับกลับบ้าน อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อน
จำหน่าย อาการทั่ว ๆ ไป ไม่มีหลงผิด สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น แต่งกายเรียบร้อย
พูดด้วยรู้เรื่อง แต่คิดซ้ำ พูดน้อย ถามตอบตรงคำถาม แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลา
อยู่รักษาในโรงพยาบาล 35 วัน

7. การเยี่ยมก่อนกลับบ้าน รวมทั้งคำแนะนำก่อน กลับบ้าน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้น ยิ้มสดชื่นขึ้นบ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี รู้เรื่องขึ้น
2. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม
3. พักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม
4. ไม่ทำงานหนัก หรือหักโหม หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ

5. ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ให้รับประทานเฉพาะยาที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
6. สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการแทรกซ้อนควรรีบมาพบแพทย์
7. มารับการตรวจรักษาตามนัด
8. พยายามทำความเข้าใจกับญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การรักษาของแพทย์
อาการข้างเคียงของยา เพื่อป้องกันการกลับมา Admit ใหม่

8. สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 25 ปี มาด้วยอาการซึมเศร้า พูดเรื่อยเปื่อย มีหิวแหว่เห็นภาพหลอน หงุดหงิดโมโหง่าย กลางคืนไม่นอน พูดเพ้อเจ้อเรื่อยเปื่อย มีอาการได้ 15 วันก่อนมา รพ. ต่อมาเหม่อลอย ซึมลงเรื่อย ๆ มารับการรักษาที่ รพ.จิตเวช ครั้งนี้เป็นครั้งแรกเมื่อ 5 กค.36 ได้รับการวินิจฉัยโรค Major depressive psychosis c NMS ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา 2 สัปดาห์แรกเปลี่ยนการรักษา 3 ครั้ง ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น พบว่า อาการทางจิตเลวลงกว่าเดิม แพทย์จึงเปลี่ยนการรักษากเป็นการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) 8 ครั้ง หลังจากทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) แล้วเป็นเวลา 2 วัน หลังจากนั้นอาการของผู้ป่วยดีขึ้นทั้งสภาพร่างกายและจิตใจจนเกือบเป็นปกติ และจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 9 สิงหาคม 2536 รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ทั้งสิ้น 35 วัน

9. วิเคราะห์กรณีศึกษา

การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ในผู้ป่วยทุกราย เป็นสิ่งที่ต้องระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการรักษาเฉพาะทางที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ตลอดจนประสบการณ์ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหา ในผู้ป่วยรายนี้แม้ว่าไม่พบความผิดปกติในขณะรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ทั้ง 8 ครั้ง แต่ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยาจากการรับประทานยาในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตดีขึ้นจากการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) แต่เมื่อการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ครบแล้ว ผู้ป่วยก็ต้องรับประทานยาต่อ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้คำแนะนำแก่ญาติ และผู้ป่วยให้ทราบถึงความผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานยา

10. ข้อเสนอแนะ

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ การให้การรักษาด้วยไฟฟ้า พบปัญหาแต่เพียงเล็กน้อย แต่ถ้าเราไม่ทราบวิธีแก้ไขก็อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแพทย์ในการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) จะต้องมีความรู้ทางด้านทฤษฎี การทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง และกรณีผู้ป่วยรายนี้ เป็นการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก และผู้ป่วยอายุยังน้อย ถ้าครอบครัวของผู้ป่วย และบุคคลอื่น ๆ ในสังคมเข้าใจและให้โอกาสผู้ป่วย ไม่ซ้ำเติม ผู้ป่วยก็คงอยู่ในสังคมได้ดังเดิม .

บรรณานุกรม

คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช. การพยาบาลจิตเวช : แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535.

ถนนอมศรี อินทนนท์. แผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช. นครศรีธรรมราช : โรงพิมพ์ พี.เจ. เพลท

โปรเซสเซอร์, 2536.

นงคราญ ผาสุข และคณะ. "เปรียบเทียบผลและฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชที่ทำ

ECT โดยวิธีให้ O₂ และไม่ให้ O₂. วารสารการพยาบาลจิตเวช 1(ก.ย.-ธ.ค.

2530): 54-63.

พานี เหลียวรุ่งเรือง. ความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวช. เชียงใหม่ : รพ.สวนบร้ง, 2534.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์. คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535.

สมภาพ เรืองตระกูล และคณะ. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือง

แก้ว, 2533.

วิวัฒน์ ยถาภูฐานนท์ และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น: โรงพิมพ์

ศิริวัฒน์ ออฟเซ็ท, 2536.

Beck, C.M., Rawlins, R.P., William., S.R. Mental Health Psychiatric Nursing : a Hospital Life, Cycle Appraoch. St.Louis: Mosby, 1937.

Kaplan H.I., Sadock B.J. Organic Therapy. In: Pocket Handbook of Chemical Psychiatry. Baltimore : Williams and Wilkins, 1990.

roger, A. Card and Lanin Ulsafer-Van Jane. Nursing Intervention in Depression. Orlando Grune Stration, Ltd., 1985.

Talbot Kathleen. ECT exploding myths, examining attitudes. Journal of psychosocial nursing. March (24-3), 1986.

Weiner R.D. Electroconvulsive. In : Kaplan H.I., Sadock B.J., eds, Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5th ed Baltimore : Williams and Wilkins, 1989.