



การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Nursing care for acute pneumonitis with sepsis and respiratory failure

เสาวนีย์ ศรีทอง¹

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะที่การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่นๆ ที่พบได้บ่อย คือการติดเชื้อในปอด ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงจากภาวะการหายใจล้มเหลว

กรณีศึกษา ผู้ป่วยสูงวัย อายุ 97 ปี มีโรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ติดเตียง เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองและสื่อสารได้น้อย มาด้วยอาการ ไอมีเสมหะ เหนื่อยหอบ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด Infiltrate both lung แพทย์วินิจฉัย Lobar Pneumonia with sepsis การวางแผนให้การดูแลการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ระยะดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ได้แก่ ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากได้รับเลือด มีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือดเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน และระยะจำหน่าย วางแผนการจำหน่าย แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันนับว่าเป็นความท้าทายของพยาบาลในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้ และฝึกฝนทักษะในการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายหลักคือ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงจากความทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น และผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาล, ปอดอักเสบ, การติดเชื้อในกระแสเลือด,ภาวะหายใจล้มเหลว

¹โรงพยาบาลอ่างทอง

ABSTRACT

Bloodstream infection It is a condition in which inflammation spreads throughout the body, caused by an infection or other trigger. The most common is a lung infection. causing a high death rate from respiratory failure

Case study of a 97-year-old elderly patient with cerebrovascular disease. Ischemic heart disease, stuck in bed, unable to walk, unable to help himself and communicate little, presenting with symptoms of coughing up phlegm, feeling tired, X-ray results of the lungs Infiltrate both lungs, the doctor diagnosed Lobar Pneumonia with sepsis. Planning for nursing care is divided into 3 phases, namely the first phase of receiving Ensure that the patient receives adequate oxygen so that oxygen depletion does not occur. Take care to provide intravenous fluids according to the treatment plan. Continuous care period It is to monitor for complications that will follow, including patients at risk of infection in the bloodstream of the respiratory system. Patients are at risk of complications from receiving blood. There is a condition of waste buildup in the bloodstream. due to decreased kidney function and the chance of complications from sleeping for a long time and distribution period. Distribution planning Advice on how to care for yourself upon discharge from the hospital Explain to patients and relatives the importance of health care. Coming to the doctor's appointments and following up for physical examinations to prevent recurrence.

Caring for patients with pneumonia and bloodstream infections Together with acute respiratory failure, it is a challenge for nurses to develop knowledge. and practice advanced nursing skills in dealing with various complications. With the main goal being Caring for patients to be safe from complications Reduce the severity of disability that may occur. and the patient survives further crisis.

Keywords: Nursing, Pneumonia, Sepsis, Respiratory failure

¹ Anghong Hospital

1. บทนำ

ปอดอักเสบนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของ ในประเทศไทยโรคปอดอักเสบเป็น 5 ลำดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทุกปี และมีแนวโน้มอัตราการตายจากโรคนี้เพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 114 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนเช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลวสูงมากขึ้น⁽¹⁾ การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่นๆ และส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560 พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 32.03⁽²⁾ ดังนั้น การค้นหาอาการระยะแรกที่จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้มากขึ้น

สถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอ่างทองปี 2564 - 2566 จำนวน 661, 536 และ 764 รายตามลำดับ และยังพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 49 ราย, 54 ราย, และ 63 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 7.71, 10.07 และ 8.24 ตามลำดับ ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 6, 12 และ 18 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.90, 2.24 และ 2.36 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและมีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงมีโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้สูง โรงพยาบาลอ่างทอง⁽³⁾

ในฐานะพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม จึงสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุมวินิจัย ปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) การวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามหลัก D-METHOD เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาจัดทำเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและจัดทำรายงานการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

3. ความหมายของโรค

3.1 ความหมายของโรค พยาธิสรีระวิทยา สาเหตุปัจจัย อาการ การรักษา

1. โรคปอดอักเสบ

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิกโรคปอดอักเสบ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็วร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดงไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาในแบคทีเรีย ระยะนี้ใช้เวลา 24-46 ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่า มีเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอย ท่อน้ำในถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้น ทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรครยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมา ดูจะเป็นสีเทาปนดำ เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไฟบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอด

ก็จะหด ตัวเล็กลง ระยะนี้ใช้เวลา 3-5 วัน และระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้ เม็ดเลือดขาวสามารถ ทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบริน เม็ดเลือดขาวและหนองจะถูกขับออกมา เป็นเสมหะ เนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไปหรือมีพังพืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวใน เด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมาก แต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ 5 วัน ผู้ใหญ่ 2 สัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน 6 สัปดาห์ ถ้าเกินต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม เช่น มะเร็งปอดหรือหลอดลม เป็นต้น⁽⁴⁾

สาเหตุปัจจัย การติดเชื้อ เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด การติดเชื้อชนิดใดขึ้นกับกลุ่มอายุ อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะภูมิคุ้มกัน ประวัติการเดินทางต่างประเทศ การสูบบุหรี่ และสภาพแวดล้อม เช่น เชื้อไวรัส ได้แก่ เชื้อ Respiratory Syncytial Virus (RSV), ไข้หวัดใหญ่ (Influenza), โควิด (Corona) เชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ เชื้อ Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae, เชื้อ Atypical bacteria และเชื้อรา ซึ่งพบน้อยไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น สารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่น ควันสารเคมีที่ระเหยได้ นอกจากนี้ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาเคมีบำบัด และยาที่ใช้ควบคุมการเต้นของหัวใจบางชนิด เป็นต้น

อาการและอาการแสดง โรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอกและหอบเหนื่อยเป็นสำคัญ ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจไม่ครบทุกอย่าง ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและมีความสามารถในการสื่อสารได้จำกัด เช่น ในผู้สูงอายุอาจมีเพียงไข้หรือตัวอุ่นๆ และซึมลงเท่านั้น อาจมีอาการไอเล็กน้อยหรืออาจไม่มีอาการไอเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือกลืนเนื้อไม่มีแรงพอที่จะไอได้ แพทย์จะให้ความสนใจและสงสัยผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นเป็นพิเศษเนื่องจากอาการแสดงไม่ชัดเจน

การวินิจฉัยโรค อาการแสดง คือ มีไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรค การตรวจร่างกาย การใช้เครื่องฟังเสียงปอด จะพบว่า มีเสียงดังกรอกรบ หรือมีเสียงหายใจค้องกว่าปกติ การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีประวัติและการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ซึ่งแพทย์จะเลือกตรวจตามความเหมาะสมตามความจำเป็น หรือตามดุลยพินิจของแพทย์

การรักษา การให้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน 4 ถึง 6 ชั่วโมง ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อแพทย์ควรพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง เนื่องจากทุกๆ 1 ชั่วโมง ของการให้ยาต้านจุลชีพช้าจะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงร้อยละ 8⁵ ทำการรักษาประคับประคองตามอาการ ดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่ควรต่ำกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ คือ วันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร หรือ ประมาณ 8-10 แก้วเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ดูแลให้ได้รับการระบายการคั่งคั่งของเสมหะ โดยการเคาะปอด สอนการไอและหายใจที่มีประสิทธิภาพ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติในเรื่องการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽⁴⁾

2. การติดเชื้อในกระแสเลือด septic shock เป็นภาวะที่มีความเกี่ยวเนื่องกันอย่างซับซ้อนของเชื้อโรคระบบภูมิคุ้มกันทั้งระดับ เซลล์และฮอร์โมน ทำให้มีผลต่ออวัยวะอย่างกว้างขวาง โดยเริ่มจากการติดเชื้อ เชื้อโรคต่าง ๆ จะสร้าง toxin มากกระตุ้น monocyte, neutrophil และ endothelial cell ให้หลั่ง mediators ส่งผลให้มีการกระตุ้น Inflammatory response ทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์ เสื่อมสภาพ ที่หลอดเลือดเกิดการขยายตัว สูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน มีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะ DIC จากการกระตุ้น Coagulation cascade ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือด ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือด อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ รวมถึงการทำงานของหัวใจด้วยตามม้ามด้วยภาวะช็อก และเสียชีวิตในที่สุด⁽⁵⁾

อาการแสดงการติดเชื้อในกระแสเลือด มีไข้ ซึมลง หรือสับสน หายใจเร็ว ร่วมกับความดันต่ำกว่า 90 หรือในผู้ป่วยที่มีโรคความดันสูง ความดันลดต่ำกว่าปกติมาก อัตราการหายใจเท่ากับหรือเร็วกว่า 20 ครั้งต่อนาที ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 140 มก./ดล ผลตรวจเลือดหรือเม็ดเลือดขาวสูงกว่า 12,000 ตัว/มิลลิลิตร หรือน้อยกว่า 4,000 ตัว/มิลลิลิตร **การวินิจฉัยภาวะ sepsis และ septic shock** Sepsis จะวินิจฉัยเมื่อสงสัยหรือมีหลักฐานว่าติดเชื้อร่วมกับประเมินคะแนน The sequential organ failure assessment score (SOFA) ≥ 2 ซึ่งถ้าคะแนน SOFA ยิ่งมาก จะยิ่งเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตมากยิ่งขึ้น โดย SOFA score ในกรณีผู้ป่วยที่มาตรวจเบื้องต้นเองที่ห้องฉุกเฉิน อาจพิจารณาใช้การประเมินแบบง่ายและรวดเร็ว โดยใช้ quick Sepsis Organ Failure Assessment (qSOFA) มีเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้ 1) Respiratory rate $\geq 22/\text{min}$ 2) Altered mentation 3) Systolic blood pressure ≤ 100 มิลลิเมตรปรอท หรือใช้ Search Out Severity Score(SOS) หากค่า qSOFA ≥ 2 หรือ SOS ≥ 4 ให้สงสัยภาวะ sepsis และให้ประเมิน SOFA เป็นลำดับถัดไป⁽⁵⁾

ภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงนั้นส่งผลกระทบต่อความดันต่ำลง เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้ลดลง รวมถึงอาจมีภาวะลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในเส้นเลือดฝอย ทำให้เกิดอวัยวะล้มเหลวได้หลายระบบ เช่น ไตวายเฉียบพลัน การหายใจล้มเหลว ภาวะเลือดเป็นกรดที่รุนแรงจากกรดแลคติกในเลือดคั่ง คนไข้ส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อนั้นส่วนใหญ่จะสามารถฟื้นตัวได้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการติดเชื้อ ในกรณีที่อาการรุนแรง รับประทานในไอซียู นั้นจะใช้เวลาในการฟื้นตัวนานกว่าที่จะฟื้นฟุอวัยวะที่ล้มเหลวให้กลับมาทำงานได้ปกติ

การรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือด แพทย์จะวินิจฉัยจากลักษณะและอาการของผู้ป่วยเป็นลำดับแรก จากนั้นจะทำการเจาะเลือดและตรวจสิ่งคัดหลั่งจากอวัยวะที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อด้วยการเพาะหาเชื้อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3-5 วัน แต่เนื่องด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะฉุกเฉิน แพทย์จึงต้องอาศัยการวินิจฉัยเบื้องต้นและเลือกให้ยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมเชื้อไว้มาก่อน ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะที่ตรงกับเชื้อในช่วง 1-2 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิตสูงมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากได้รับยาที่ไม่ตรงกับเชื้อหรือได้รับยาช้าเกินไป ก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้นเช่นกัน เมื่อได้รับยาต้านจุลชีพแล้ว แพทย์จะทำการรักษาแบบประคับประคองไปพร้อมๆ กัน เช่น ถ้ามีภาวะไตวายก็ทำการฟอกไต ถ้าผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ก็จะมีกรให้ออกซิเจนหรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือถ้าผู้ป่วยมีภาวะช็อกก็จะมีกรให้เลือด โดยพิจารณาตามลักษณะอาการของผู้ป่วย

3. ภาวะหายใจล้มเหลว

ภาวะที่ระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซหรือระบายอากาศให้อยู่ในระดับปกติทำให้ออกซิเจนในเลือดแดงลดลง (Hypoxemia, $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ หรือ $< 8.0 \text{ kPa}$) หรือมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (Hypercapnia, $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ หรือ $> 6.0 \text{ kPa}$ และ $\text{pH} < 7.3$) หรือเกิดทั้งสองภาวะร่วมกัน อาจเกิดแบบเฉียบพลัน (Acute) ในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวันหรือเกิดแบบเรื้อรัง (Chronic) ในระยะเวลาเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือนหรือเป็นปีหรือเกิดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว แบบเรื้อรังอยู่ก่อน **อาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลว** ทางสมอง : กระสับกระส่าย แขนขาอ่อนแรง เวียนศีรษะ ซึม สับสน ไม่รู้สึกตัว ม่านตาขยาย ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ระยะแรกชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ระยะต่อไปหัวใจเต้นช้าหรือ เต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำและหัวใจหยุดเต้น ระบบหายใจ : หายใจเร็วตื่น เขียว ถ้าเกิดร่วมกับสมองขาดออกซิเจน ผู้ป่วยจะหายใจแบบ CheyneStroke คือ หอบเหนื่อย หายใจเป็นช่วงๆและหยุดหายใจ ระบบเลือดและผิวหนัง : เขียว (cyanosis)⁽⁶⁾

สาเหตุ การเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุหลักเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อปอด (acute lung injury; ALI) และกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (adult respiratory distress syndrome; ARDS) ซึ่งมีสาเหตุดังนี้ 1. โรคของประสาท : หลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน (CVA) สมองบาดเจ็บ ไซนัสหลังบาดเจ็บ cystic fibrosis, sleep apnea การหายใจถูกกดจากยาสลบ ยาพิษ และมอร์ฟีน 2. โรคของปอด/ทางเดินหายใจ :

ปอดอักเสบรุนแรง การบาดเจ็บทรวงอก การใช้เครื่องช่วยหายใจ หอบหืดรุนแรง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ได้รับการให้เลือดจำนวนมาก จมน้ำ สูดก๊าซพิษและคาร์บอนไดออกไซด์ การหายใจถูกกีดในผู้ใหญ่ (ARDS) ปอดอักเสบอย่างรุนแรง sleep apnea และมะเร็งปอด 3. กล้ามเนื้ออ่อนแรง : myasthenia, muscle dystrophy 4. ผนังทรวงอกผิดปกติ: การบาดเจ็บทรวงอก และกระดูกสันหลังคด (scoliosis)

การวินิจฉัย 1. จากการซักประวัติ อาการและอาการแสดงที่หอบเหนื่อยเฉียบพลัน และรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ 2. การตรวจร่างกาย ฟังเสียงหายใจเบา มีเสียง rale วัด SpO₂ ต่ำจากภาวะพร่องออกซิเจน 3. ตรวจเลือด CBC ประเมินภาวะติดเชื้อ ตรวจ ABG พบ PaO₂ ต่ำจาก hypoxia 4. การตรวจภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) พบเป็นฝ้าขาวจากของเหลวซึมผ่านผนังหลอดเลือดและ คั่งในถุงลม ทำให้เกิดถุงลมแฟบ ปอดบวมน้ำ 5. ทำ CT scan พบน้ำในถุงลมและปอดแฟบ 6. ทำ EKG, Echocardiogram เพื่อดูโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ

การรักษา การระบายอากาศ โดยการช่วยเหลือในการหายใจหรือการระบายอากาศให้พอเพียงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ การกำซาบ โดยการส่งเสริมให้มีการกำซาบออกซิเจนในเลือดอย่างเพียงพอ ถ้าการแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอแล้ว⁽⁶⁾

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถนำข้อมูลจากการประเมินและรวบรวมเป็นปัญหาทางการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนก่อนจำหน่าย ดังนี้

1. การพยาบาลระยะแรกเริ่ม พยาบาลศึกษาประวัติการรักษา และติดตามการรักษาจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สร้างความมั่นใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดความวิตกกังวล แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประเมินและให้การพยาบาลระบบหายใจผู้ป่วยตามแผนการรักษา เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก ตามแผนการรักษา วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ สังเกตอาการและอาการแสดงติดเชื้อ สังเกตลักษณะเสมหะ ติดตามผลการส่งเพาะเชื้อในเสมหะและโลหิต ดูแลและรักษาภาวะพร่องออกซิเจนด้วยการให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

2. การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ได้แก่ ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากได้รับเลือด มีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

3. การพยาบาลระยะจำหน่าย วางแผนการจำหน่าย แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3.4 ทฤษฎีการใช้กระบวนการพยาบาล/การพยาบาลแบบองค์รวม กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นขั้นตอนหรือกระบวนการที่บุคลากรพยาบาลนำการพยาบาลไปสู่ผู้ใช้บริการ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ปัจจุบันจึงมีการนำกรอบแนวคิดมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพและข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) ของ มาร์จอร์รี่กอร์ดอน มาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

4. วิธีการศึกษา

4.1 เลือกผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง 1 ราย แนะนำตัวและขออนุญาตกับผู้ป่วย นำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์การศึกษาโดยศึกษาตั้งแต่วันที่ โดยการศึกษาในช่วงระหว่างวันที่ 15 – 25 พฤศจิกายน 2566 รวม 10 วัน

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการซักประวัติของผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการ

4.3. ทบทวนวรรณกรรมศึกษาแผนการดูแลรักษา

4.4 ศึกษาผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ ประเมินภาวะสุขภาพ ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผล

4.5 สรุปรายงานผลการศึกษา

5. สรุปผลการศึกษา

5.1 การรายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 97 ปี รูปร่างผอม น้ำหนัก 38.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร ผิวขาว ผิวหนังเหี่ยว ย่น ไม่มีรอยแตกไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด ไม่บวม เล็บมือสะอาดไม่ซีด ไม่มีนิ้วปม ผมสั้นหงอกทั่วหัว ตาทั้งสองข้างไม่เท่ากัน ตาข้างซ้ายเล็กกว่าข้างขวา เส้นผ่าศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง มองเห็นปกติ ไม่มีซีด ไม่เหลือง ใบหูลักษณะภายนอกปกติสมมาตรกันทั้งสองข้าง ปากลักษณะสมมาตรกันดีไม่มีปากแหว่ง ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ไม่มีรอยโรคที่มุมปาก ภายในปากไม่มีแผล เยื่อภายในและกระพุ้งแก้มสีชมพู ฟันเหลือไม่ถึง 10 ซี่ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ฟังได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอดสองข้างหายใจออกได้ยินเสียง Wheezing การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา ช่องท้องและทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บทวารหนักรูปร่างปกติ การขับถ่ายใส่ผ้าอ้อม ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ รับประทานอาหารได้น้อยแต่ครบ 3 มื้อ นอนหลับได้ไม่ใช่นอนหลับ ผู้ดูแลคือบุตร มีโรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา ไม่แพ้ยา ภูมิฉันทาอำเภอมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ญาติให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ไอ ถ่ายสีดำปนเขียว หายใจเหนื่อย ซึมลงจึงนำส่งโรงพยาบาล

แรกรับวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 เวลา 16.13 น. แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเอง และสื่อสารได้น้อย มาด้วยอาการ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อย ไม่มีขาบวม ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ระดับความรู้สึกตัว E₄V₁M₆ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/97 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 95% ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : WBC 5100 cell /UL,RBC 4.81 10⁶/c, Hb 13.1 g/dl, HCT 41%, Neutrophil 67%, Lymphocyte 25%, Monocyte 7%, Platelet 288000 cell/cumm, BUN 28 mg/dl, Creatinine 1.33 mg/dl, eGFR 33.53 ml/min/1.73 m², Sodium 131 mmol/L, Potassium 2.9 mmol/L, Magnesium 1.2 mmol/L, Chloride 98 mmol/L CO₂ 28 mmol/L Items : DTX 133 mg/dL ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด Infiltrate both lung แพทย์วินิจฉัย Lobar Pneumonia with sepsis

แรกรับหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอมีเสมหะ เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองและสื่อสารได้น้อย มีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ระดับความรู้สึกตัว E₄V₁M₆ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/97 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 95% แพทย์สั่ง On O₂ Cannula

3 lpm ปัสสาวะออกวันละ 1,900 ลูกบาศก์เซนติเมตร ดูแลให้ KCL elixir 30 ml, 50% MgSO₄ 8 ml สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 ml IV 100 ml/hr IV drip in 4 hr then 4 ml ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาภาวะไม่สมดุลของโพแทสเซียม แมกนีเซียมในร่างกาย

24 ชั่วโมงหลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนซิมอยู่บนเตียงอ่อนเปลี้ย ไม่มีแรง หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที On O₂ Cannula 3 lpm ระดับความรู้สึกตัว E₄V₁M₆ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 39.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/92 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98% ปัสสาวะออกวันละ 600 ลูกบาศก์เซนติเมตร ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm IV drip ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อลดการติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ

2 วันหลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนซิมอยู่บนเตียงอ่อนเปลี้ย ไม่มีแรง จำนวนเสมหะลดลง สีขาวชุ่ม หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที On O₂ Cannula 3 lpm ระดับความรู้สึกตัว E₄V₁M₆ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/92 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 99% ปัสสาวะออกวันละ 1,100 ลูกบาศก์เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : WBC 12000 cell /UL, RBC 3.4 10⁶/c, Hb 8.2 g/dl, HCT 25 %, Neutrophil 75%, Lymphocyte 24%, Monocyte 6%, Platelet 288000 cell/cumm, BUN 30 mg/dl, Creatinine 0.89 mg/dl, eGFR 54.31 ml/min/1.73m², Sodium 139 mmol/L, Magnesium 2.3 mmol/L, Potassium 3.8 mmol/L, Chloride 103 mmol/L CO₂ 25 mmol/L แพทย์พิจารณาให้เลือด 1 Unit ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml IV 100 ml/hr IV drip in 4 hr

5 วันหลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าสดชื่นขึ้น หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีไข้ รับประทานอาหารอ่อนได้ ระดับความรู้สึกตัว E₄V₁M₆ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 100% ปัสสาวะออกวันละ 2,300 ลูกบาศก์เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : WBC 14900 cell /UL, RBC 4.3 10⁶/c, Hb 12.2 g/dl, HCT 38 %, Neutrophil 75%, Lymphocyte 26%, Monocyte 7%, Platelet 240000 cell/cumm, BUN 26 mg/dl, Creatinine 1.32 mg/dl, eGFR 32.31 ml/min/1.73m², Sodium 142.3 mmol/L, Magnesium 3.54 mmol/L, Potassium 3.8 mmol/L, Chloride 103 mmol/L CO₂ 24 mmol/L

แพทย์จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566 รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 10 วัน แพทย์นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 15 ธันวาคม 2566

5.2 สรุปแผนการรักษาพยาบาล

การวางแผนให้การดูแลการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

(1) ระยะแรกเริ่ม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาให้ผล Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ

(2) ระยะดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ได้แก่ ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากได้รับเลือด มีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือดเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

(3) ระยะจำหน่าย วางแผนการจำหน่าย แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

5.3 การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล

ระยะแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอมีเสมหะ เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ระดับความรู้สึกตัว E4V1M6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/97 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 95% แพทย์สั่ง On O₂ Cannula 3 lpm ปัสสาวะออกวันละ 1,900 ลูกบาศก์เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : WBC 5100 cell /UL,RBC 4.81 10⁶/c, Hb 13.1 g/dL, HCT 41%, Neutrophil 67%, Lymphocyte 25%, Monocyte 7%, Platelet 288000 cell/cumm, BUN 28 mg/dl eGFR 33.53 ml/min/1.73 m², Sodium 131 mmol/L, Potassium 2.9 mmol/L, Magnesium 1.2 mmol/L, Chloride 98 mmol/L, CO₂ 28 mmol/L Items : DTX 133 mg/dL ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด Infiltrate both lung ฟังได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอดสองข้างหายใจออกได้ยินเสียง Wheezing

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ
2. ประวัติมีโรคประจำตัว โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด
3. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที
4. ไอมีเสมหะ เสมหะสีเหลืองขุ่น
5. ฟังปอดได้ยินเสียง rhonchi crepitation หรือ wheezing
6. ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด Infiltrate both lung
7. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97 %
8. มีไข้ อุณหภูมิกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/97

มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื่น ไข้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีอาการหายใจลำบาก
3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %
4. ฟังปอดไม่มีเสียง rhonchi crepitation หรือเสียง wheezing
5. ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ หรือเสมหะลดลง เสมหะไม่เหนียวไม่มีสี
6. ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติไม่มี infiltration

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมี ลักษณะการขีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
2. ดูแล O₂ Cannula 3 lpm ตามแผนการรักษา และตรวจดูระดับน้ำ ปราศจากเชื้อในกระบอกออกซิเจนให้อยู่ในระดับที่พอดี และติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด

3. ดูแลดูแลเพื่อให้ออกซิเจนทางเดินหายใจโล่ง โดยใช้การดูดเสมหะระบบปิดโดยยึดหลักเทคนิคปลอดภัย เปิดความดันในการดูดเสมหะ 80-120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10-15 วินาที เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไหลออกได้ดี

4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม Berodual forte ตามแผนการรักษา

5. จัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง (fowler's position) 30-45 องศา เพื่อให้กะบังลมยกขึ้นเพิ่มปริมาตรในช่องอกและปอดสามารถขยายตัวได้ดี

6. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O_2 saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน จำนวนเสมหะลดลง สีขาวขุ่น หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/92 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 99%

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของโพแทสเซียม แมกนีเซียมในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Magnesium 1.7 mmol/L, Potassium 3.2 mmol/L

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสมดุลของโพแทสเซียม แมกนีเซียมในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของ Magnesium ต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เหน็บชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น กระตุก หรือหดเกร็ง จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ Potassium ต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง

2. Magnesium 1.7 - 2.2 mmol/L, Potassium 3.5 - 5.0 mmol/L

3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ KCL elixir 30 ml, 50% $MgSO_4$ 8 ml ตามแผนการรักษา

2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 ml IV 100 ml/hr IV drip in 4 hr then 4 ml + 0.9% NSS 1000 ml IV 100 ml/hr IV drip in 4 hr Day 2,3 ตามแผนการรักษา

3. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ชัก การมองเห็น

4. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา

5. ดูแลอาหารทางสายยาง

6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสมดุลของโพแทสเซียม แมกนีเซียมในร่างกาย หลังได้รับ KCL elixir 30 ml, 50% $MgSO_4$ 8 ml สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 ml ตามแผนการรักษา ผล Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ Magnesium 2.3 mmol/L, Potassium 3.8 mmol/L

ระยะดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนซึมอยู่บนเตียงอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O_2 Cannula 3 lpm ระดับความรู้สึกตัว $E_4V_1M_6$ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 39.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/92 มิลลิเมตรปรอท SpO_2 98% ปัสสาวะออกวันละ 600 ลูกบาศก์เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : WBC 12000 cell /UL, RBC $3.4 \times 10^6/c$, Hb 8.2 g/dl, HCT 25 %, Neutrophil 75%, Lymphocyte 24%, Monocyte 6%, Platelet 288000 cell/cumm, BUN 30 mg/dl,

Creatinine 0.89 mg/dl, eGFR 54.31 ml/min/1.73m², Sodium 139 mmol/L, Magnesium 2.3 mmol/L, Potassium 3.8 mmol/L, Chloride 103 mmol/L CO₂ 25 mmol/L

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ White blood count 12000 cell /UL, Neutrophil 75%
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/92 มิลลิเมตรปรอท

3. ปัสสาวะออกชั่วโมงละ 30 ลูกบาศก์เซนติเมตร

4. ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด Infiltrate both lung

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ลูกบาศก์เซนติเมตร/ชั่วโมง
4. อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. White blood count 4,000-10,000 cell /UL, Neutrophil 34-75%
6. ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดไม่พบความผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะ ส่งตรวจเพาะเชื้อ
2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรกทุกๆ 30 นาทีในช่วงชั่วโมงที่ 2 แล้วตรวจวัดเป็นทุกๆ 1 ชั่วโมง
3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 0.9%NSS 1000 IV load จนครบ 1000 ml จากนั้นเพิ่มเป็น 5% D/N/2 1000 ml iv drip 100 ml/hr เพื่อเพิ่มปริมาตรสารน้ำในระบบไหลเวียน บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ Tazocin 4.5 gm IV drip ทุก 6 ชั่วโมงประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น บวมแดงและกดเจ็บบริเวณที่ฉีด ยา หลอดเลือดดำอักเสบ ผื่นแดง คัน ลมพิษผิวหนังชั้นบนตายอย่างรุนแรง มีไข้ อาการภูมิแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน
5. ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้นโดยใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล
6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/92 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 99% ปัสสาวะออกชั่วโมงละ 45 ลูกบาศก์เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : WBC 12000 cell /UL, Neutrophil 75%,

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

ข้อมูลสนับสนุน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 8.2 g/dl, HCT 25 %, แพทย์พิจารณาให้เลือด 1 Unit

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากได้รับเลือดวงเวียนศีรษะ ได้แก่ มึนงง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดหัว มือเท้าเย็น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นคร่อมจังหวะ
3. Hb 12–16 g/dl, HCT 35-47 %
4. อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อได้รับเลือดหรือสารประกอบของเลือด จากคลังเลือด ตรวจสอบความถูกต้องของเลือดที่ได้รับดังต่อไปนี้ ชื่อ – สกุล หมู่เลือดผู้รับเลือด และผู้ให้เลือด หมายเลขถุงเลือด วันหมดอายุ Group เลือด Rh และหมายเลขของเลือด ก่อนการให้เลือด
2. แจ้งหมู่เลือดให้ผู้ป่วยและญาติทราบ และสอบถามประวัติการได้รับเลือดครั้งก่อนว่าหมู่เลือดตรงกันหรือไม่ให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด
3. ให้เลือดด้วยเทคนิคปลอดภัย สังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด เช่น อาการหนาวสั่น มีผื่นตามตัว แน่นหน้าอก หากมีอาการดังกล่าวให้ หยุดการให้เลือด และรายงานแพทย์ทราบทันที
4. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าเลือดจะหมด

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 100% ไม่มีอาการข้างเคียงของการได้รับเลือด หลังผู้ป่วยได้รับเม็ดเลือดแดงเข้มข้น 1 ยูนิต ผล Hb 12.2 g/dl, HCT 38 %

ปัญหาการพยาบาลที่ 5 มีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจเหนื่อยเล็กน้อย
2. ค่า BUN 30 mg/dl, Creatinine 0.89 mg/dl, eGFR 54.31 ml/min/1.73m²,
3. ปัสสาวะออกวันละ 600 ลูกบาศก์เซนติเมตร

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัย มีของเสียคั่งในกระแสเลือดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่า BUN อยู่ในช่วง 6-20 mg/dl ค่า Creatinine อยู่ในช่วง 0.5-1.2 mg/dl ค่า eGFR > 60 ml/min/1.73m²
2. ไม่มีอาการของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย บวม คันตามตัว หอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย บวม คันตามตัว หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของเสียคั่งในร่างกาย และรายงานแพทย์ให้การรักษาอย่างเหมาะสม
2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml ตามแผนการรักษา
3. บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ urine output ออก 0.5 cc/kg/ hr IV 80 ml/hr
4. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ค่า BUN 26 mg/dl, Creatinine 1.32 mg/dl, eGFR 32.31 ml/min/1.73m² ปัสสาวะออกวันละ 2,300 ลูกบาศก์เซนติเมตร

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองและสื่อสารได้น้อย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนการนอนนาน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
2. ดูแลที่นอนให้สะอาดแห้งเพื่อไม่ให้เกิดความอับชื้น
3. ดูแลผิวหนังผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดความอับชื้น หรือแห้งเกินไปอยู่เสมอ
4. แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยในการออกกำลังกายขยับแขน ขยับขา และข้อต่อต่างๆ ให้ผู้ป่วยเป็นประจำ
5. ประเมิน Braden scale ทุก 8 ชั่วโมง
6. ดูแลให้ได้รับสารอาหารได้ทางสายยาง BD (2:1) 150 ml. x 4 feed ตามแผนการรักษา

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

ระยะเตรียมจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าสดชื่นขึ้น หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีไข้ รับประทานอาหารอ่อนได้ระดับความรู้สึกตัว E₄V₁M₆ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 100% ปัสสาวะออกวันละ 2,300 ลูกบาศก์เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : WBC 14900 cell /UL, RBC 4.3 10⁶/c, Hb 12.2 g/dl, HCT 38 %, Neutrophil 75%, Lymphocyte 26%, Monocyte 7%, Platelet 240000 cell/cumm, BUN 26 mg/dl, Creatinine 1.32 mg/dl, eGFR 32.31 ml/min/1.73m², Sodium 142.3 mmol/L, Magnesium 3.54 mmol/L, Potassium 3.8 mmol/L, Chloride 103 mmol/L CO₂ 24 mmol/L แพทย์พิจารณาให้จำหน่ายกลับบ้านได้

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอายุ 97 ช่วยเหลือตัวเองและสื่อสารได้น้อย
2. มีโรคประจำตัว โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด
3. ญาติถามว่าโรคที่เป็นอยู่จะกลับเป็นซ้ำได้อีกหรือไม่

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่าย ตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ของผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน และประสานส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนใกล้ บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

1. Disease: อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่ายๆ สั้นๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ

2. Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา

3. Environment/ Economic/ Equipment ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ

4. Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรับประทานอาหาร และการเปลี่ยนท่านอนเพื่อป้องกันผลกดทับความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
5. Health care การดูแลสุขอนามัยการดูแล สุขภาพช่องปาก การนอน หลับพักผ่อนอย่างเพียงพออาการ การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

8. สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 97 ปี วันที่ 15 พฤศจิกายน เวลา 16.13 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ไอมีเสมหะ ไม่เหนียว ไม่หอบ ไม่มีไข้ ไม่มีปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ญาติให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ไอ ถ่ายสีดำนเขียว ซึมลงญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด รับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองและสื่อสารได้น้อย ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด Infiltrate both lung แพทย์วินิจฉัย Lobar Pneumonia with sepsis เข้ารักษาหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม การดูแลการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาให้ผล Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระยะดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ได้แก่ ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากได้รับเลือด มีภาวะของเสียคั่งในกระแสเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ระยะจำหน่าย วางแผนการจำหน่าย แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำแพทย์จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566 รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 10 วัน แพทย์นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 15 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยมาตามนัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่าย

9. อภิปรายผลการศึกษา

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยอายุ 97 ปี ช่วยเหลือตัวเองและสื่อสารได้น้อย ติดเตียงไม่สามารถเดินได้ มีโรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด หากมีการดูแลสุขภาพที่เสื่อมถอยลงร่วมกับมีภูมิต้านทานต่ำจึงมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคเป็นอย่างดี ให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะแรกรับ โดยจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่รับไว้ในความดูแล ประเมินความเสี่ยงจากการซักประวัติการตรวจร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน รวมทั้งประสานงานและปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไปให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษา สิทธิการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการลงนามยินยอมเพื่อรับการรักษา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมของญาติประเมินความต้องการและความคาดหวังในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม นอกจากการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปและสัญญาณชีพแล้ว ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยและซักถามข้อสงสัยปัญหาต่างๆ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไขและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 จัดทำแนวทางประเมิน Early Warning Sign ในผู้ป่วยปอดอักเสบก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติตามเกณฑ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ครอบคลุม และได้รับการดูแลรักษาด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย อย่างมีประสิทธิภาพ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

10.2 จัดทำคู่มือ และแนวทางในการให้ความรู้ ฝึกและทดลองปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความจำกัดในการรับรู้เพื่อ ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลสามารถให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง

11. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.สถานการณ์โรคปอดอักเสบ.(2564)
เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1305720220831091702.pdf>
2. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2560).KPI 3 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
แบบบูรณาการแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
3. โรงพยาบาลอ่างทอง.สถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2564 – 2566.
(2566)
4. อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี.คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช.(2563).
5. ทิฎฐิ ศิริวิสัย และ วิมล อ่อนเส็ง.ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ.ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์,9(2)152-162.(2560).
6. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ และยุพิน พูลกำลัง.คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้
รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกแบบใช้หน้ากากช่วยหายใจ.(2561)

.....