

รายงานกรณีศึกษา (Case Study Report)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 ร่วมกับโรคปอดติดเชื้อ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง และภาวะหัวใจเต้นช้า

นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: การพยาบาลผู้ป่วยนอกถือเป็นจุดให้บริการที่สำคัญในการประเมินคัดกรองอาการผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องใช้ องค์ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ เพื่อประเมินคัดกรองอาการ และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องยังหน่วยต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 ร่วมกับโรคปอดติดเชื้อ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง และภาวะหัวใจเต้นช้า มาด้วยอาการที่มีความซับซ้อน คลุมเครือไม่ชัดเจน หากการประเมินคัดกรองอาการผิดพลาด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาไม่ถูกต้องและส่งผลให้เกิดความเสียหายที่รุนแรงต่อชีวิตผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองตามระดับความรุนแรง และได้รับการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อความปลอดภัยในชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

รูปแบบการศึกษา : เป็นการศึกษากรณีแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 ราย โรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 ร่วมกับโรคปอดติดเชื้อ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง และ ภาวะหัวใจเต้นช้า

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี รับการส่งต่อจากคลินิกเอกชน ด้วยอาการสำคัญ ไข้ ไอ กล้ามเนื้อขาข้างขวาอ่อนแรง ก่อนมา 10 ชั่วโมง มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 ขาดยา 1 เดือน ขณะรับผู้ป่วย พยาบาลได้ตรวจประเมิน คัดกรองโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ พยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการประสานสหสาขาวิชาชีพ ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รังสีวิทยา การประเมินทางระบบประสาท ทำให้แพทย์วินิจฉัยได้ว่าอาการ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงของผู้ป่วย ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทหรือหลอดเลือดสมอง การคัดกรองระบบ ทางเดินหายใจตามแนวทางประเมินการติดเชื้อ สามารถแยกภาวะการติดเชื้อที่ปอดออกจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ ใช้หัตถ์ใหญ่ แพทย์สรุปผลการวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดติดเชื้อ และสามารถเริ่มให้การรักษตามแผนการรักษาอย่าง รวดเร็ว ทั้งนี้พบภาวะหัวใจเต้นช้าเป็นระยะ พยาบาลได้ให้การดูแลจนผู้ป่วยปลอดภัย และส่งผู้ป่วยไปรักษาที่ผู้ป่วยใน เพื่อให้การรักษาและวินิจฉัยเพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้าจาก Hypothyroid ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 6 วัน การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย Essential hypertension with CKD with Pneumonia with Hypothyroid

สรุป : พยาบาลผู้ป่วยนอกมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการและคัดกรองเพื่อจัดระดับความรุนแรง ถูกต้องรวดเร็ว วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะ คุกคามชีวิต ให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม เกิดความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ (Keywords): ความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 ปอดติดเชื้อ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง และภาวะหัวใจเต้นช้า

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภาวะคุกคามชีวิตของประชากรทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ในปี พ.ศ. 2562-2563 พบทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี จำนวน 1.5 พันล้านคน และในประเทศไทยมีจำนวน 14 ล้านคน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ โรคหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้น โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตัน หรือแตก อาจรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตหรือพิการจากการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้และอาจทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งโรคแทรกซ้อนดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2562) การพยาบาลผู้ป่วยนอกถือเป็นจุดให้บริการที่สำคัญในการประเมินคัดกรองอาการผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ เพื่อประเมินคัดกรองอาการ และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องยังหน่วยต่างๆ (Iserson, K. V., & Moskop, J. C., 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการที่มีความซับซ้อน คลุมเครือไม่ชัดเจน หากการประเมินคัดกรองอาการผิดพลาด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาไม่ถูกต้องและส่งผลให้เกิดความเสียหายที่รุนแรงต่อชีวิตผู้ป่วยได้โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 มีอาการใช้สูง กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง และภาวะหัวใจเต้นช้าร่วมด้วย จะทำให้การประเมินคัดกรองอาการผู้ป่วย จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และความรอบคอบมากขึ้น เพื่อวินิจฉัยรักษาให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

โรงพยาบาลบางใหญ่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ในจังหวัดนนทบุรี จากสถิติข้อมูลจากรายงาน กลุ่มงานสารสนเทศ โรงพยาบาลบางใหญ่ การรับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางใหญ่ พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการในปี 2564 จำนวน 9,247 ครั้ง ปี 2565 จำนวน 8,998 ครั้ง ปี 2566 จำนวน 9,257 ครั้ง ผู้ป่วยโรคไตเข้ารับบริการในปี 2564 จำนวน 3,857 ครั้ง ปี 2565 จำนวน 4,627 ครั้ง ปี 2566 จำนวน 5,194 ครั้ง ผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจเข้ารับบริการในปี 2564 จำนวน 13,330 ครั้ง ปี 2565 จำนวน 16,603 ครั้ง ปี 2566 จำนวน 8,712 ครั้ง สถิติผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ ในปี 2564 จำนวน 43 คน ปี 2565 จำนวน 40 คน และ 2566 จำนวน 58 คน ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางใหญ่, 2566) ดังนั้นหากพยาบาลผู้ป่วยนอกมีองค์ความรู้และทักษะในการตรวจประเมิน ร่วมกับการมีแนวทางการตรวจประเมินคัดกรองที่ชัดเจน เป็นระบบ จะสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยในชีวิต ลดความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต (Gilboy, et al., 2005) และให้การพยาบาลหลังตรวจอย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวมสอดคล้องกับแนวทางการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดโรคซ้ำ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศในโรคที่สามารถป้องกันได้ และส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีต่อไป

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองตามระดับความรุนแรง และได้รับการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อความปลอดภัยในชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการศึกษา 1. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน และเป็นกรณีศึกษาที่มาด้วยอาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยเสี่ยงต่อการทำให้การวินิจฉัยไม่ถูกต้อง

ซึ่งส่งผลกับแนวทางการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ และอาจรุนแรงถึงขั้นกระทบต่อการเสียชีวิตจนตรวจได้ โดยกรณีศึกษาที่คัดเลือกเป็นผู้ป่วยโรคดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 ร่วมกับภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ขาไม่มีแรง และ ภาวะหัวใจเต้นช้า 2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อรวบรวมข้อมูลประกอบการวินิจฉัยรักษาและวินิจฉัยทางการ พยาบาล 3. ทบทวนเอกสาร ตำราทางวิชาการ งานวิจัย บทความทางวิชาการ การรักษา และการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับโรค และอาการแสดงของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบคัดกรองผู้ป่วย (Triage Guideline) เพื่อ ส่งต่อหน่วยตรวจรักษาตามอาการของผู้ป่วย 4. ศึกษาค้นหาปัญหา ความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูล สนับสนุนที่ทำให้เกิดปัญหาและและความต้องการการรักษาและการพยาบาล อย่างครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความ ปลอดภัย ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอก 5. ประสานงานวางแผนการวินิจฉัย รักษา และการให้การพยาบาลร่วมกับสหสาขา วิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม 6. ปฏิบัติการการพยาบาล โดยนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้เป็น แนวทางในการวางแผน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย 7. ประเมินผล สรุปผลการศึกษา และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

พยาธิสรีรวิทยาของโรคและการพยาบาลที่สำคัญ

พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง

ความหมาย

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) $\geq$ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) $\geq$ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจาก การวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ 1. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือชนิดไม่ทราบ สาเหตุ (Essential หรือ Primary hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง พบได้มากถึง ร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 2. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิหรือชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) เกิดจาก สาเหตุเฉพาะชัดเจนที่ทำให้มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่น โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ การได้รับยา หรือ สารเคมีบางประเภท เป็นต้น (James, P. A., et al., 2014)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระยะแรกของโรคหรือในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักไม่แสดงอาการ เฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกถึงภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้น อาการแสดงจะเริ่มปรากฏเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง โดยมักพบอาการ ปวดศีรษะ ปวดตื้อ ปวดศีรษะ ส่วนใหญ่มักเป็นหลังตื่นนอน ตอน เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา แขนขา อ่อนแรง ในบางรายที่มีค่าความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงและเป็นระยะเวลานาน โดยที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษา ไม่ต่อเนื่อง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) อาการแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นช้าไม่สม่ำเสมอหรือเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตวายเรื้อรัง (Powers, W. J., et al., 2019)

การรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดัน การเลือกใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต ยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ 5 กลุ่มหลัก

คือ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides ได้แก่ chlorthalidone และ indapamide) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

กระบวนการพยาบาล

1. การตรวจสัญญาณชีพ และให้ความรู้ผู้ป่วยในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับไม่เกิน 140/90 mmHg และการรักษาที่ต่อเนื่อง อาการที่ควรมาพบแพทย์
2. ประเมินและสังเกตอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการ ปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น หากพบอาการดังกล่าว ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) (Grundy, S. M., et al., 2005)
3. สร้างความตระหนัก ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเตือน อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการเตือนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม เป็นต้น
4. การวางแผนและประเมินผลการพยาบาล

โรคไตวายเรื้อรัง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565)

ความหมายของโรค

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นภาวะที่ไตมีการเสื่อมการทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งโรคส่วนใหญ่มักจะทำให้ไตเสื่อมลงอย่างถาวร ไม่สามารถกลับมาทำงาน อย่างปกติได้ และพบบ่อยขึ้นในประชากรไทย เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในด้านทรัพยากรและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ ทรมาน คุณภาพชีวิตไม่ดี และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การแบ่งระยะของผู้ป่วยโรคไตระยะเรื้อรัง (Staging of chronic kidney disease)

ปัจจุบัน The National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives (NKF-K/DOQI) 1 ได้แบ่งระยะของโรคไตออกเป็น 5 ระยะ ตามระดับของ glomerular filtration rate (GFR) และหลักฐานของโรคไต (National Kidney Foundation 2002) โดยระยะที่1 GFR > 90 mL/minute/1.73 m² with evidence of kidney damage ระยะที่2 GFR 60-89 mL/minute/1.73 m² with evidence of kidney damage ระยะที่3 GFR 30-59 mL/minute/1.73 m² ระยะที่4 GFR 15-29 mL/minute/1.73 m² และ ระยะที่ 5 GFR < 15 mL/minute/1.73 m² or dialysis-dependent (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565)

อาการ

โรคไตมีจัดได้ว่าเป็นภัยเงียบเพราะถึงแม้สูญเสียไตไปแล้วกว่า 50% ผู้ป่วยก็ยังไม่มีอาการ โดยผู้ป่วยมักมีอาการทางคลินิก เมื่อไตเสียการทำงานไปมากกว่า 70% นั่นคือ อาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะ กลางคืน ไม่มีแรง โลหิตจาง ขาบวม หน้าบวม และความดันโลหิตสูง ค้นตามตัว ผอมแห้ง ผิวหนังแห้งและหยาบ ในกรณีไตวายระยะสุดท้ายคือการทำงานของไตลดลงน้อยกว่า 15% จะมีอาการมากขึ้น เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นไม่รับรส ออกร้อนตามตัว น้ำหนักลด ชีต ขาและหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด นอนราบไม่ได้ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มือเท้าชาจากเส้นประสาทเสื่อม สมองไม่สั่งการ ชีพ ไม่รู้ตัว ชัก หรือบางทีมีอาการสับสน (บัญชา สติระพจน์, 2563)

การรักษา

ในผู้ป่วยโรคไตเสื่อม ควรเริ่มยาในขนาดต่าง ๆ และเจาะเลือดตรวจการทำงานของไตและโปรตีนสซึมทุก 2 สัปดาห์ จนขนาดยาที่ใช้เหมาะสม และระดับซีรั่มครีเอตินินคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อยไม่เกิน 30% จากก่อนให้ยา รวมทั้ง

ไม่มีภาวะโปตัสเซียมสูง หลังจากนั้นติดตามผลเลือดทุก 1-2 เดือน ในกรณีที่ความดันโลหิตลดลง แต่ไม่ถึงระดับที่พอเหมาะ คือต่ำกว่า 130/80 mmHg ควรให้ยาลดความดันโลหิตชนิดอื่นๆ ร่วมด้วยเช่น diuretic, Calcium Channel Blocker หรือ beta-blocker ในผู้ป่วยที่มีไตวายระยะสุดท้าย (Uremia) โดยไตทำงานน้อยกว่า 15% การรักษาสามารถทำได้โดย การใช้เครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งทำหน้าที่ทดแทนไต และทำให้ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตและทำงานได้ดีเหมือนเดิม ในผู้ป่วยที่ร่างกายแข็งแรง มีโอกาสปลูกถ่ายไตได้ปัจจุบันการผ่าตัดปลูกถ่าย ไตจากญาติพี่น้อง พ่อแม่หรือ ผู้บริจาคที่เสียชีวิต

กระบวนการพยาบาล

1. การดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยในการจำกัดอาหารโปรตีนประมาณ 0.6-0.8 กรัม/นน.ตัว/วัน (เท่ากับ เนื้อสัตว์ประมาณ 6-8 ช้อนโต๊ะต่อวัน ในผู้ป่วยน้ำหนัก 50 kg) สามารถชะลอการเสื่อมของไต ควรแนะนำให้ทานอาหารโปรตีนที่มาจาก เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อปลา หรือไข่ขาว เนื่องจากเป็นโปรตีนคุณภาพสูงกว่าโปรตีนที่ได้จากพืช การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม จะช่วยลดความดันโลหิต และอาการบวมน้ำได้ ผู้ป่วยไม่ควรทานอาหารไขมันสูง เพราะในผู้ป่วยโรคไตมักมีไขมันในเลือดสูง และมีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนปกติ
2. การให้คำแนะนำผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

โรคปอดติดเชื้อ (pneumonia with sepsis)

ความหมาย

ปอดติดเชื้อ (pneumonia with sepsis) หรือที่เรียกว่า “ปอดอักเสบติดเชื้อ” หมายถึง การอักเสบติดเชื้อของเนื้อปอดซึ่งประกอบด้วยหลอดลมฝอย (terminal และ respiratory bronchioles) ตลอดจนถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อ โดยรอบ (interstitium) การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอดใน lobar pneumonia หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1.ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดง ไพบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาในแบคทีเรีย ระยะนี้กินเวลา 24-46 ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด 2.ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่ามีเม็ดเลือดแดง และไพบรินอยู่ ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้นทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดง ในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรคระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization) เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไพบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัว เล็กลง ระยะนี้กินเวลา 3-5 วัน 3. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้เม็ดเลือดขาว สามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไพบรินเม็ดเลือดขาว และหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอด จะหายไปหรือมีพังพืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ 5 วัน ผู้ใหญ่ 2 สัปดาห์

อาการและการแสดงของโรคปอดติดเชื้อ

ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อยเป็นสำคัญ อาการแสดงดังนี้ 1. ไข้ 2. อาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว 3. อาการไอ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆไม่มีเสมหะ แล้วต่อมามีเสมหะขาวหรือ ขุ่นข้นออกเป็นสีเหลืองสีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปน 4. อาการเจ็บหน้าอก ตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สีข้าง หรือท้อง ต่อมาจะมีอาการ หายใจหอบเร็ว 5. ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วย (อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี, 2563)

การรักษา

การให้ยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน 4 ถึง 6 ชั่วโมง การเลือกให้ยา ต้านจุลชีพที่เหมาะสมและรวดเร็วจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการรอดชีวิต ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการรอดชีวิต คือ ความรุนแรงของเชื้อก่อโรค อายุและโรคประจำตัวของผู้ป่วย

กระบวนการพยาบาล

1.การประเมินภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ อัตราการหายใจ เขียวปลายมือปลายเท้า เยื่อปมูผิวหนัง มีลักษณะซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัว และประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด

2. การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยขับเสมหะเพื่อให้ปอดขยายตัวได้และสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise)

3. สังเกตสัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลง และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและให้ยาตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน 4. การประเมินผลการพยาบาล

กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Powers, W. J., et al., 2019)

ความหมาย กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจเป็นสัญญาณเตือนของความผิดปกติทางระบบประสาท กล้ามเนื้ออ่อนแรงอาจจะเกิดขึ้นเฉียบพลัน หรือเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ความอ่อนแรง อาจจะมีผลต่อกล้ามเนื้อทั้งหมดของร่างกาย หรือเพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) อาจทำให้ร่างกายเกิดการอ่อนแรงครึ่งซีกซ้ายหรือขวา ขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่ได้รับบาดเจ็บของสมอง และโรคไขสันหลังอาจทำให้ขาอ่อนแรงซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง อาการขึ้นอยู่กับกล้ามเนื้อส่วนใดที่ได้รับผลกระทบ

การวินิจฉัยจากสาเหตุที่พบได้บ่อย ได้แก่ 1.โรคหลอดเลือดสมอง (สาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก) 2.โรคไขสันหลังบาดเจ็บ 3. โรคที่เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง (SLE, MG) 4.โรคที่เกิดการกดทับเส้นประสาท (HNP) 5.โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (MS) 6.โรคเซลล์ประสาทเสื่อมสภาพ (ALS) 7.โรคที่มีการกดทับไขสันหลัง เช่น มะเร็งที่ลุกลามไปยังไขสันหลัง (Epidural Cancer metastasis) 8.อุบัติเหตุ

การรักษาและกระบวนการพยาบาล จำเป็นต้องวินิจฉัยหาสาเหตุเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องเพื่อการวางแผนและประเมินผลการพยาบาลที่สอดคล้อง

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ความหมาย ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) คือ การที่หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะตามธรรมชาติ อาจเต้นเร็วไป หรือ ช้าไป ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของกระแสไฟฟ้าในหัวใจทำให้การสูบฉีดเลือดไปยังส่วนต่างๆ

ของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง

ประเภทของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

1.หัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation : AF) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด อาการที่พบคือหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ และเร็วผิดปกติ 2. ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (Supraventricular Tachycardia : SVT) เกิดจากความผิดปกติของวงจรหัวใจห้องบน ทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ แต่เป็นจังหวะสม่ำเสมอ โดยมักเต้นอยู่ที่ 150-250 ครั้งต่อนาที 3.ภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (Bradycardia) โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 50-60 ครั้งต่อนาที สาเหตุมาจากการสร้างหรือการนำกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติ หรืออาจจะทั้งสองแบบ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ในร่างกายได้ไม่เพียงพอ 4. สัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขวาง (Heart Block หรือ AV Block) เกิดจากการนำกระแสไฟฟ้าจากหัวใจห้องบนไปห้องล่างได้ช้าลง มักพบเต้นอยู่ที่ 30-40 ครั้งต่อนาที 5. ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นแผ่วระรัว (Ventricular Fibrillation) มีอาการหัวใจเต้นเร็วและไม่เป็นจังหวะ เกิดจากการกระตุกหรือการสั้นของใยกล้ามเนื้อหัวใจในหัวใจห้องล่าง ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้ อันตรายและต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินทันที

อาการและอาการแสดงหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ยศวีร์ อรรถยากร, 2566)

ในกรณีที่หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยจะรู้สึกหัวใจเต้นสะดุด ใจหาย เหนื่อย บางรายอาจมีอาการสะอึก หรือไอ ตามการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ในรายที่หัวใจเต้นช้าผิดปกติ จะมีอาการเด่นที่สำคัญคือ อาการที่ร่างกายได้รับเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ถ้าหัวใจเต้นช้าไม่มากก็จะมีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง ถ้าเป็นมากขึ้นก็จะมีอาการเหนื่อยในขณะพัก ถ้าเต้นช้าขึ้นรุนแรงจะมีอาการหน้ามืด หมดสติหรือถึงขั้นอันตรายจนเสียชีวิตจากหัวใจหยุดเต้นได้

การรักษา

การรักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ จะขึ้นอยู่กับอาการของคนไข้ ซึ่งแนวทางในการรักษาสามารถทำได้ดังต่อไปนี้ ได้แก่ 1.การรักษาด้วยยา ยารักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ จะช่วยควบคุมหัวใจของผู้ป่วยให้เต้นตามปกติ การใช้ยาจะได้ผลดีกับภาวะหัวใจเต้นบางชนิด จะช่วยลดความถี่ของภาวะนี้ และลดความรุนแรงได้ แต่จะไม่ช่วยให้หายขาด 2.การช็อกหัวใจ (Cardioversion) หรือการใช้ไฟฟ้ากระตุกเพื่อปรับการเต้นของหัวใจ 3.การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker) เป็นการฝังเครื่องมือตรวจจับจังหวะการเต้นของหัวใจ 4.การฝังเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ (Implantable Cardioverter Defibrillator : ICD) วิธีนี้จะช่วยปรับอัตราการเต้นของหัวใจให้เป็นไป 5. การใช้สายสวนเพื่อจี้กล้ามเนื้อหัวใจที่นำไฟฟ้าผิดปกติด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency Ablation Therapy) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560)

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างท้วม อายุ 77 ปี น้ำหนัก 92 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 31.83 kg/m² สถานภาพ : สมรส อาชีพ รับจ้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนนทบุรี

สิทธิการรักษา: สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ

แหล่งที่มาของข้อมูล : การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยในระบบ HOSxP

รับไว้รักษาในโรงพยาบาล : 30 กันยายน 2566 เวลา 14.45 น.

รับไว้ในความดูแลแผนกผู้ป่วยนอก : 30 กันยายน 2566 เวลา 14.45 น. -17.00 น.

รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล : 2 ชั่วโมง 15 นาที

อาการสำคัญ: รับการส่งต่อจากคลินิกเอกชน ด้วยอาการสำคัญ ใช้ ไอ กล้ามเนื้อขาข้างขวาอ่อนแรง ก่อนมา 10 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: ผู้ป่วยมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ขาดยา 1 เดือน ไปรับใบส่งตัวจากคลินิกเอกชน ด้วยอาการ ใช้สูง เหนื่อย ขาขวาอ่อนแรง ก่อนมา 10 ชั่วโมงและญาติให้ประวัติ ในวันที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการใช้สูง ไอ มีน้ำมูกเล็กน้อย เหนื่อย ขาขวาอ่อนแรงจึงพาไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชน เพื่อมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลบางใหญ่ โดยการตรวจที่คลินิกเอกชน อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 149/69 mmHg ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 15 ปี และมีโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ประมาณ 1 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัดรับยาความดันโลหิตสูง 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว : บุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว

การรับประทานอาหาร : รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ชอบอาหารที่มีรสจัด เค็ม หวาน

ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา : ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา กินใบกระท่อม

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธประวัติการรับการผ่าตัด

แบบแผนการนอนหลับ: นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง เข้านอนประมาณ 21.00น. ตื่นประมาณเวลา 05.30 น.

การประเมินร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ชายไทยวัยสูงอายุผิวขาวเหลือง รูปร่างท้วม น้ำหนัก 92 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 31.83 kg/m² มาโดยรถนั่งรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง v/s แกร็บ อุณหภูมิ 39.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 132/67 mmHg ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที Osat 95%

การประเมินทางระบบประสาท : Glasglow Coma scale E4V5M6 pupil 2 min React to light both eye กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างมีแรงปกติ

ผิวหนัง : ผิวค่อนข้างแห้ง สีผิวขาวเหลือง ไม่ซีด

ศีรษะ : ผมสั้นสีขาวสลับดำ รูปร่างท้วม กะโหลกศีรษะรูปร่างสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง

ตา : เปลือกตา ไม่ซีด รูม่านตาทั้ง 2 ข้าง ขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ

หู : ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีน้ำหรือสารคัดหลั่งไหลจากหู

จมูก : มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คดไม่เอียงไม่ผิดรูป

ปาก : ไม่ซีด การพูดชัดชัดเจน แลบลิ้นไม่เปื้อน

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ขยายได้ดี ปอดมีเสียง crepitation both lungs

อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที

ระบบทางเดินอาหาร : กลืนอาหารและน้ำได้ตามปกติ ไม่มีสำลัก ลักษณะท้องแบนราบ คลำไม่พบก้อน

Bowel sound 6-10 ครั้งต่อนาที ไม่มี guarding ไม่มี tenderness ตับและม้ามไม่โต

แขนขา : แขนขาทั้งสองข้างมีแรงต้าน Motor power: grade V both side (ซึ่งไม่สัมพันธ์กับอาการที่ผู้ป่วยบอก

จากการตรวจประเมินทางระบบประสาททำให้พบว่าอาการขาอ่อนแรงของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากระบบประสาท)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ 1. Creatinine enzyme = 1.8 mg/dL (ค่าปกติ 0.5-1.5) 2. BUN = 20.9 mg/dL (ค่าปกติ 20-23) 3. eGFR= 35 mL/min/1.73m 4. K = 4.49 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.5) 5. Na=135.90 mmol/L (ค่าปกติ 135-145) 6. CO₂= 21.20 mmol/L (ค่าปกติ 21-28) 6. Hct = 39% (ค่าปกติ 35-44) 7. WBC COUNT = 10,080 cells/cum (ค่าปกติ 4,000-10,000) 8. Neutrophil= 83% (ค่าปกติ 50-70) 9. Lymphocyte= 13%

(ค่าปกติ 20-40) 10. Platelet count = 129,000 (ค่าปกติ 140,000- 400,000) 11.Hb = 12.6 g/dl (11.0-11.80) 12. Covid-19Ag Rapid Test = Negative 20. Influenza A,B Ag (Screening test) = Negative

ผลการตรวจทางรังสี : Chest X-ray : Trachea in midline, No cardiomegaly, infiltration both lungs.

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ : EKG 12 lead : Normal sinus rhythm, Rate 58 bpm No chamber enlargement No ST elevation

การวินิจฉัยของแพทย์ก่อนส่งไปยังตึกผู้ป่วยใน: pneumonia with sepsis with bradycardia

การพยาบาลที่สำคัญ

ระยะคัดกรอง v/s แกรับ อุณหภูมิ 39.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 132/67 mmHg ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที Osat 95% บอกละเอียด อ่อนเพลีย ขาขาไม่มีแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยให้ประวัติขาอ่อนแรง มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ก่อนมา 1 วัน

O: 1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงมีประวัติรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรักษา 1 เดือน

2. ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น ๆ ได้แก่ มีภาวะอ้วน BMI 31.83 kg/m²

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการวินิจฉัยรักษาและการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดและระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1.ผู้ป่วยไม่เกิดอาการหรืออาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สูญเสียการทรงตัว ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด ใบหน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดติดขัด ออกเสียงลำบาก ขาส่วนต่างๆของร่างกาย สับสน มึนงง ปวดศีรษะรุนแรง ในขณะก่อนตรวจ 2.ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่เกิน140/90 mmHg ในระหว่างรอตรวจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตเพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตสูง พร้อมบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์ทราบ

2. ประเมินและสังเกตอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง หากพบอาการดังกล่าว ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track)

3. สร้างความตระหนัก ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่ต้องระวัง และแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อมีอาการดังกล่าว

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการพยาบาล และลดความกลัวหรือวิตกกังวลกับโรคที่เป็น

การประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองและสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมองในขณะก่อนตรวจ พบยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต ไม่เกิน140/90 mmHg ในระหว่างรอตรวจ โดยพบว่าความดันโลหิตผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ 130/64 mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายสูง

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: 1. ผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยมีอาการไข้ ตัวร้อนและมีอาการไอบ่อย มีเสมหะในลำคอ

O: 1. ผู้ป่วยไข้สูง 39.1 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ไอเป็นพักๆ มีเสียงเสมหะในลำคอ และมีเสียงเสมหะสีเหลืองฟุ้งปอดได้ยินเสียง crepitation ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง

2. ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารักษาเป็นช่วงเวลาที่ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังและเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคใช้ชีวิตใหญ่ทำให้ต้องมีการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดังกล่าว

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องและได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรค 2. ผู้ป่วยไม่แพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ตามแนวทางการกระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรค 2. มีการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพื่อไม่ให้แพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่บุคคลอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง
2. คัดกรอง ประเมินอาการเพื่อส่งผู้ป่วยรับการรักษาตามแนวทางการคัดกรอง และประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รังสีวิทยา และทีมตรวจโรคติดเชื้อ (คลินิกโรคทางเดินหายใจ) ตามแผนการรักษาเพื่อวินิจฉัยโรคตามแนวทางการควบคุมป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจและการส่งตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ
3. แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจ ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาในระหว่างรอตรวจ การเว้นระยะห่าง เป็นต้น
4. ให้การพยาบาลด้วย technique universal precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ใส่ผ้าปิดปาก-จมูก (surgical mask) และถุงมือสะอาด (cleaned glove)
5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทางเดินหายใจ ผลการตรวจเลือด และผลภาพถ่ายรังสีปอดเมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาวางแผนการรักษาาร่วมกัน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ตามแนวทางการกระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรค โดยผลการตรวจดังนี้ ผลการตรวจเลือด WBC COUNT 10,080 cells/cum neutrophil 83 % lymphocyte 13% Platelet count 129,000 ul Covid-19Ag Rapid Test Negative Influenza A,B Ag (Screening test) Negative Chest X-ray : infiltration both lungs. แพทย์ให้การวินิจฉัย pneumonia with sepsis และเริ่มให้การรักษาดูแลตามแผนการรักษา โดยการส่งผู้ป่วยให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ
2. มีการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและไม่มีการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่บุคคลอื่น

ระยะก่อนตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการ

แลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากการติดเชื้อและมีพยาธิสภาพที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: 1. ผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยบอกหายใจเหนื่อย

O: 1. ผู้ป่วย ใช้สูง 39.1 หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ไอเป็นพักๆ มีเสียงเสมหะในลำคอ และมีเสมหะสีเหลือง

2. ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ผลภาพถ่ายทางรังสีปอดพบ infiltration ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงออกไม่สุขสบาย และมีอาการเหนื่อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

1.ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินคัดกรองตามแนวทางคัดกรองโรคติดเชื้อของหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางใหญ่และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง 2. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื่นใช้ กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง 3. อัตราการหายใจไม่เกิน 20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือกระสับกระส่าย 4. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดไม่น้อยกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินคัดกรองการติดเชื้อโดยใช้แบบประเมินแนวทางคัดกรองโรคติดเชื้อ เพื่อสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

2.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก 1 ชั่วโมง สัญญาณของภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันที่และรายงานแพทย์ทราบเมื่อ พบความผิดปกติ

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน และฟังเสียงปอดเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการทำงานของปอด

4.ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อลดการใช้ ออกซิเจน

การประเมินผล

1.จากการใช้แนวทางคัดกรองโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลบางใหญ่พบ ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ของการติดเชื้อ 2 ข้อ คือใช้สูง 39.1 หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาทีจึงส่งผู้ป่วย เข้าทางด่วนพบแพทย์ตรวจหน่วยงานผู้ป่วยนอก (OPD fast tract sepsis)

2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก 1 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยให้ประวัติเหนื่อยอ่อนเพลีย ขาข้างขาอ่อนแรง

O: จากการสังเกต พบผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ยืนด้วยตนเองลำบาก ต้องมีญาติพยุงนั่งรถเข็น

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือผู้ป่วยในการในการทำกิจกรรมขณะรอตรวจ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและประเมินอาการเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและไม่เกิดอุบัติเหตุหรือการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. คัดกรองและประเมินอาการ ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย
2. ให้คำแนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
3. ให้การพยาบาล คัดกรองและประเมินอาการ ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
4. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง ตามความต้องการการรักษาที่ประเมิน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและประเมินอาการเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง โดยการประเมินระบบประสาทปกติ Glasgow Coma scale E4V5M6 กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างมีแรงปกติ motor power grade V
2. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและไม่เกิดอุบัติเหตุหรือการพลัดตกหกล้ม

ระยะขณะตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไอไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

- S: ผู้ป่วยบอกว่าไอมีเสมหะมากในลำคอ ไอออกเองได้น้อย มีเสียงเสมหะในลำคอ
- O: 1. ผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย มีไข้สูง 39.1 องศาเซลเซียส
2. จากการตรวจร่างกายฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ผลภาพถ่ายทางรังสีปอดพบ infiltration ที่ปอดทั้งสองข้าง ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ สามารถไอเอาเสมหะออกเองอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่พบอาการที่บ่งบอกถึงภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็ว ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีอาการหายใจลำบาก
3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ไขลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะภาวะการอุดกั้นทางเดินและรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่และสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ
3. ดูแลสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยขับเสมหะ
4. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลมให้จิบน้ำอุ่นเพื่อช่วยละลายเสมหะ
5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน และสังเกต สัญญาณชีพหากมีอาการที่เลว รายงานแพทย์ทราบ
6. ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น

การประเมินผล

1. ไม่พบอาการที่บ่งบอกถึงภาวะการอุดตันทางเดินหายใจ
2. อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก
3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ใช้ลดลงเหลือ 38.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะที่ปริมาณเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ไม่เพียงพอกับความต้องการการเผาผลาญของร่างกาย เนื่องจากมีภาวะหัวใจเต้นช้า ไม่สม่ำเสมอ

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยมีอาการไอ เหนื่อยอ่อนเพลีย

- O: 1. ผู้ป่วยมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 อัตราการเต้นของหัวใจ บางช่วง น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที
2. พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คือ Atrial fibrillation เอกซเรย์ปอดพบน้ำในปอด

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 – 140/90 มม.ปรอท (Pulse pressure 30 – 40 มม.ปรอท)
2. อัตราการเต้นของหัวใจ 60 – 100 ครั้ง/นาที
3. คลื่นหัวใจปกติ (Normal ECG) ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก พักผ่อนได้ระดับความรู้สึกตัวปกติ หรือไม่ลดลงจากเดิม ปัสสาวะออกอย่างน้อย 30 มล./ชม. หรือ > 0.5 มล./กก.ชม.

การพยาบาล

1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง O₂ saturation และ รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติสัญญาณชีพ

2. ดูแลให้ออกซิเจนเพื่อลดความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

3. ดูแลให้ออกซิเจน และจำกัดน้ำดื่มและสารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ และดูแลปริมาณน้ำเข้า – ออก

ตามแผนการรักษา

4. จำกัดระดับการทำกิจกรรมตามสภาพของผู้ป่วยโดยประเมินความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ และลดการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อหัวใจ

การประเมินผล (Outcomes/Evaluations)

1. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 137/90 มม.ปรอท (Pulse pressure 30 – 40 มม.ปรอท)
2. อัตราการเต้นของหัวใจ 58 – 80 ครั้ง/นาที
3. คลื่นหัวใจปกติ มีบางช่วงพบ atrial fibrillation ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก พักผ่อนได้ ระดับความรู้สึกตัวปกติ หรือไม่ลดลงจากเดิม ปัสสาวะออกอย่างน้อย 150 cc ใน ชม. ทั้งนี้แพทย์เห็นสมควรส่งผู้ป่วยเข้ารับการักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมสาเหตุการเต้นของหัวใจผิดปกติต่อไป

ระยะหลังตรวจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยและญาติพูดคุยถึงความรู้สึกที่กลัว วิตกกังวล การพยากรณ์โรค การรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้น

○: ผู้ป่วยมีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ปวดคอ ปวดหลัง วิดกกังวล การตัดสินใจไม่ดี ซึมเศร้า โกรธง่าย หงุดหงิด เบื่อซึม ท้อแท้ 2. ผู้ป่วยและญาติมีสับสนวิดกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สามารถดูแลตนเองและจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้ป่วยและญาติมีสับสนวิดกกังวลลดลง บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง

2. ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและสามารถปรับตัวได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวเองก่อนให้การพยาบาล พูดจาชัดเจน อ่อนโยน รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วย รับทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อลดความวิตกกังวล

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยและระบายความในใจ ปลอดภัยผู้ป่วยและรับฟังด้วยท่าทาง ที่สงบ และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

3. ช่วยประสานให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถาม พูดคุยกับแพทย์ เกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามที่ต้องการ

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ และอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ รวมทั้งแนะนำการจัดการปัญหาและแหล่งบริการใกล้บ้านเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

การประเมินผล (Outcomes/Evaluations)

1. ผู้ป่วยและญาติมีสับสนวิดกกังวลลดลง บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง

2. ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและสามารถปรับตัวได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี น้ำหนัก 92 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 31.83 kg/m² รับการส่งต่อจากคลินิกเอกชน ด้วยอาการสำคัญ ใช้ ไอ กล้ามเนื้อขาข้างขวาอ่อนแรง ก่อนมา 10 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง และมีไตวายระยะที่ 4 ขาดยา 1 เดือน ขณะรับผู้ป่วยพยาบาลงานผู้ป่วยนอก ได้ตรวจประเมิน คัดกรองโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ พยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีทางการพยาบาลมาดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการประสานสหสาขาวิชาชีพและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รังสีวิทยา ผลการประเมินทางระบบประสาท ไม่พบกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงหรือความผิดปกติทางระบบประสาท ซึ่งอาการผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การคัดกรองระบบทางเดินหายใจตามแนวทางประเมิน การติดเชื้อสามารถแยกโรคปอดติดเชื้อจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และใช้หวัดใหญ่ ทำให้แพทย์วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดติดเชื้อ ทั้งนี้พบภาวะหัวใจเต้นช้าเป็นระยะ แพทย์ พยาบาลได้ให้การดูแลจนผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยพ้นความเสี่ยงอาการเลวลงขณะเคลื่อนย้าย แพทย์ จึงได้ส่งผู้ป่วยรักษาในตึกผู้ป่วยใน เพื่อให้การรักษาพร้อมหาสาเหตุที่ทำให้หัวใจเต้นช้าและอาการอื่นๆ โดยการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ การให้สารน้ำและยาฆ่าเชื้อทางเส้นเลือดดำ Ceftriazone 2 gm OD X 7 วัน และยารับประทานที่เป็นยาตามแผนการรักษา Azythomyzine (250) 2 เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า x 5 วัน NAC 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร Cetirizine (10) 1 เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า และยาเดิม Simvas 1 เม็ด 1 เวลา ก่อนนอน Amlodipine (5) 1 เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า Lorsartan (50) 1 เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า ผู้ป่วยหายเป็นปกติแพทย์ จึงได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย Essential hypertension with CKD with Pneumonia with Hypothyroid และให้รับยากลับไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้านได้แก่ Simvas 1 เม็ด 1 เวลา ก่อนนอน Amlodipine (5) 1

เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า Lorsartan (50) 1 เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า รวมรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 6 วัน และนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 1 เดือน ทั้งนี้จากการประเมินติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยมาตรวจตามนัด รับประทานยาต่อเนื่องและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการรักษาได้ ผู้ป่วยตรวจตามนัดวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566 สัญญาณชีพปกติ อาการทั่วไปปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. การขับเคลื่อนนโยบายในการทบทวนอัตรากำลังบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะสามารถวางแผนและแก้ไขอัตรากำลังในจุดที่ขาดแคลน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน รวดเร็ว มีความปลอดภัยในชีวิตและบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี 2. ควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติในการประเมิน คัดกรอง และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง สม่าเสมอ เพื่อให้ทันต่อวิชาการใหม่ที่เป็นที่ยอมรับเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน 3. ควรมีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม สม่าเสมอ เพื่อให้บุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการและได้เรียนรู้จากกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อนเพื่อให้เกิดความรู้ความเชี่ยวชาญ

บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ความดันโลหิตสูง เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
- กชกร ธรรมนำศีล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พิชราพร เกิดมงคล, จินตนา อาจสันเทียะ.(2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(2), 44–55.
- เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2561). *รายงานผลการดำเนินงานการ ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปี 2561*. เข้าถึงได้จาก <https://dmht.thaimedresnet.org/>.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางใหญ่. (2566). สถิติผู้มารับบริการในโรงพยาบาลบางใหญ่. จังหวัดนนทบุรี.
- บัญชา สติ ระพจน์. (2563). สรุปเนื้อหาางานประชุม Nephrology เข้าถึงได้จาก. <https://cimjournal.com/nephro-conference/hypertension-and-kidney/>
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 11). ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา.
- ยศวีร์ อรรถมยากร. (2566). *ทำไมหัวใจเต้นผิดจังหวะ*. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokhearthospital.com/content/what-causes-irregular-heartbeat>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริค ดิจิทัล.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2565).คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.

- 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). เข้าถึงได้จาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf>
- ศิริอร สีนุ และพิเชต วรอต. (2556). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. สงขลา: วัฒนาการพิมพ์.
- ศิริอร สีนุ, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และฐิติพงษ์ ต้นคำปวน. (2559). พยาบาลนำการจัดการภาวะน้ำหนักรุนแรงเกิน. กรุงเทพมหานคร: กรูวัฒนาการพิมพ์.
- อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. เข้าถึงได้จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/811/Nursing%20Guide%20for%20Elderly%20Patients%20with%20Pneumonia.pdf>
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D. A., Rosenau, A. M., & Eitel, D. R. (2005). *Emergency severity index, version 4: Implementation handbook*. Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.sgnor.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Downloads/Esi_Handbook.pdf
- Grundey, S. M., Cleeman, J. I., Daniels, S. R., Donato, K. A., Eckel, R. H., Franklin, B. A., ... & Costa, F. (2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. *Circulation*, 112(17), 2735-2752.
- Iserson, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in medicine, part I: concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 275-281.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, 311(5), 507-520.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... & American Heart Association Stroke Council. (2019). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*, 50(12), e344-e418.
- World Health Organization (2023). *Hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.