รายงานกรณีศึกษา (Case Study Report)

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง

นางพัชรินทร์ สวยสวัสดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : โรคไตวายเรื้อรัง (chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีการดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End – Stage Renal Disease: ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งการรักษายุ่งยาก เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ จนอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้
วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง
2) เพื่อเสริมสร้าง ความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแก่ญาติ และผู้ดูแล
รูปแบบการศึกษา : การศึกษารายกรณีในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 ราย
ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต เข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ พยาบาลรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน และประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน ระหว่างรักษาพบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน ภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุลและมีภาวะซีด ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการดีขึ้น รวมระยะเวลาในการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 29 วัน ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย พยาบาลและทีมสหวิชาชีพได้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับญาติ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองตามปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
สรุป : พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนพยาบาลแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วย เสริมศักยภาพของผู้ดูแลให้มีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถนำแนวทางการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคปอดอักเสบ

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจะมีการดำเนินของโรคเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease : ESRD) ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 – 20 ต่อปี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วย การเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคอ้วน และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้โรคไตวายเรื้อรังมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ 1 ใน 10 ของโลก ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง (สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์, 2563) โรคไตเรื้อรังเกิดจากการสูญเสียการทำงานของไตอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่โรคไตเรื้อรังดำเนินไป ไตจะสูญเสียความสามารถในการกำจัดสารพิษและของเหลวส่วนเกินออกจากร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ การสูญเสียการทำงานของไตแบ่งเป็น 5 ระยะ ซึ่งโรคจะค่อยๆ ดำเนินไปโดยใช้เวลาหลายปี โรคไตเรื้อรังอาจไม่จำเป็นต้องพัฒนาเป็นโรคไตระยะสุดท้าย หรือไตวายเสมอไปขึ้น หากมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การลุกลามของโรคสามารถช้าลงได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ เยื่อหุ้มปอดอักเสบ ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไป ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง ซึ่งส่งผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้นได้ ภาวะกระดูกพรุน เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ง่าย (National kidney foundation, 2021) และยังพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) ซึ่งเกิดขึ้นประมาณ 20% ของผู้ป่วย CKD และอาจนำไปสู่ความผิดปกติของระบบ และอวัยวะต่างๆ การรักษาโรคไตเรื้อรัง เป็นการรักษาตามสาเหตุ เน้นที่การชะลอการเสื่อมของไต รักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทดแทนไต (กันตพร ยอดไชย, 2562)

จากสถิติผู้รับบริการของโรงพยาบาลไทรน้อยพบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังในปี พ.ศ. 2564 2565 และ 2566 จำนวน 536, 485 และ 538 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2564 2565 และ 2566 เป็นจำนวน 316, 355 และ 365 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 58.95, 72.59 และ 67.84 ของผู้ป่วยไตทั้งหมด (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลไทรน้อย, 2567) และมากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคปอดอักเสบ โรคติดเชื้อ โลหิตจาง โดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต และมีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบที่รุนแรง พยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ ทักษะความชำนาญ เพื่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแล และเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่รุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ศึกษามีบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลไทรน้อย จึงเลือกที่จะศึกษาผู้ป่วยรายนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจที่รุนแรง ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์ :

1) เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง

2) เพื่อเสริมสร้าง ความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแก่ญาติ และผู้ดูแล

คำจำกัดความเบื้องต้น

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตรม.

ปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง กระบวนการอักเสบของเนื้อปอดโดยทั่วไป พบบริเวณหลอดลมฝอย (terminal และ respiratory bronchioles) ตลอดจนถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อ โดยรอบ (interstitium) ซึ่งการอักเสบนี้ อาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอดใน Lobar pneumonia หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษา เอกสาร แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลไทรน้อย จำนวน 1 ราย
3. วางแผนแก้ปัญหาผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล
4. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
5. สรุปผลการศึกษา

พยาธิสรีรวิทยาของโรค และการพยาบาลที่สำคัญ

โรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต ซึ่งอาจอาศัย 1) หลักฐานที่บ่งบอกทางอ้อม (marker) หรือจากการตรวจชิ้นเนื้อไตโดยตรง หรือ 2) การประเมินอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ที่น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m^2 มาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน โดยmarker ของ Kidney damage ได้แก่ การตรวจปัสสาวะพบ Proteinuria มี urine sediment หรือความผิดปกติจากการตรวจรังสีวิทยา (imaging study) ของไต (กรมการแพทย์, 2563)

การแบ่งระยะของผู้ป่วยโรคไตระยะเรื้อรัง (Staging of chronic kidney disease)

ปัจจุบันThe National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initatives (NKF-K/DOQI) ได้แบ่งระยะของโรคไตออกเป็น 5 ระยะ โดยแบ่งตามระดับอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) คือ ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที (ธานี เอี่ยมศรีตระกูล, 2562) ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อม มีโปรตีนในปัสสาวะ ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR ปกติ ซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ 90 ml/min/1.73 m^2 หรือมากกว่า ระยะที่ 2 ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อย ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR ลดลงเล็กน้อย ซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ 60 – 89 ml/min/1.73 m^2 ระยะที่ 3 ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อยถึงรุนแรง ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR ลดลงปานกลางซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ 30-59 ml/min/1.73 m^2 ระยะที่ 4 ไตเสื่อมลดลงอย่างรุนแรง ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR ลดลงมาก ซึ่งจะ

อยู่ที่ประมาณ 15-29 ml/min/1.73 m^2 ระยะที่ 5 ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m^2 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565)

พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology)

เกิดจากการเสื่อมของไต และการถูกทำลายของเนื้อไต มีผลให้อัตราการกรองทั้งหมดลดลงและการขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณครีตินิน และยูเรียไนโตรเจนในเลือดสูงขึ้น หน่วยไตที่เหลืออยู่จะเจริญมากผิดปกติเพื่อกรองของเสียที่มีมากขึ้น ผลที่เกิดขึ้นทำให้ไตเสียความสามารถในการปรับความเข้มข้นของปัสสาวะ ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ต่างๆได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่จากร่างกาย

จากการที่ไตถูกทำลายมากขึ้น และการเสื่อมหน้าที่ของไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ร่างกายจึงไม่สามารถขจัดน้ำ เกลือและของเสียต่างๆ ผ่านไตได้ เมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่า 10-20 มล./นาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของยูเรียในร่างกาย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด ดังนั้นเมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าว ผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน (ประมาณ 40%) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ประมาณ 20%) โรคอื่นที่อาจพบได้คือ โรคนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (obstructive uropathy) โรคไตจากเก๊าท์ โรคภูมิต้านทานต่อเนื้อเยื่อตนเอง โรคไต IgA โรคถุงน้ำในไตซึ่งเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ โรคไตเรื้อรังที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวด โรคต่างๆเหล่านี้ จัดได้ว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติหลายระบบรวมทั้งที่ไต ถ้ารักษาโรคเหล่านี้ไม่ดี เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงเป็นอยู่นานๆ ติดต่อกันหลายปี ก็จะทำให้เกิดโรคไตเสื่อม ไตวายได้

อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เมื่อไตเสียหน้าที่การทำงานมากกว่า 70% ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) ปัสสาวะเป็นฟอง ไม่มีแรง โลหิตจาง ขาและหน้าบวม คันตามตัว ผิวหนังแห้งและหยาบ ความดันโลหิตสูง เมื่อการทำงานของไตลดลงน้อยกว่า 15% เข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย อาการจะมากขึ้น ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นไม่รับรส ออกร้อนตามตัว ปวดหลังหรือบั้นเอวข้างใดข้างหนึ่ง น้ำหนักลด ปัสสาวะลดลง ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะเป็นฟอง (foamy urine) ซึ่งอาจบ่งบอกถึงภาวะ proteinuria ขาและหน้าบวม ซีด หายใจหอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด นอนราบไม่ได้ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มือเท้าชาจากปลายประสาทเสื่อม ทำให้เกิดการทรงตัวที่ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ซึม ชัก หรือบางทีมีอาการสับสน ติดเชื้อโรคได้ง่าย

การรักษา

การรักษาโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยหลักการใหญ่ๆ 3 ประการคือ

1. การรักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเสื่อม
2. การรักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสียเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูงที่เกิดภายหลังภาวะไตวาย ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเลคโทรไลต์ ภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดจากการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชนิดต่างๆ

3. การชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วของไต (progressive) ในกรณีที่ไตไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไตทำงานได้น้อยกว่า 15% คือการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease) ประกอบด้วย การขจัดของเสียด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การปลูกถ่ายไต(renal transplantation) และการขจัดของเสียที่เยื่อบุช่องท้อง (peritoneal dialysis)

การพยาบาล

1. เฝ้าระวังการเกิดภาวะอิเล็กไทรไลท์ที่ผิดปกติ โดยเฉพาะระดับโปตัสเซียมในเลือดสูง ที่เกิดขึ้นได้บ่อยและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ในรายที่มีปัสสาวะออกน้อย และมีระดับโปตัสเซียมในเลือดที่สูงมากจะทำให้หัวใจทำงานผิดปกติ จึงควรรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา และเฝ้าระวังภาวะเลือดเป็นกรด เพราะจะทำให้ไตเสื่อมสภาพเร็วขึ้น โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาโซดามินท์ ทางการรับประทาน หรือทางหลอดเลือดดำ เพื่อรักษาระดับไบคาร์บอเนตในกระแสเลือดไม่ให้ต่ำกว่า 23 mmol/L

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอ และเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย คือเป็นอาหารที่มีโปรตีน โปแตสเซียม โซเดียม และฟอสเฟตต่ำ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานไข่แดง เนื้อสัตว์ นม เมล็ดพืชต่างๆ เนื่องจากมีปริมาณฟอสเฟตสูง การรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตต่ำ หรือรับประทานสารจับฟอสเฟต เช่น ยา Calcium carbonate, Calcium acetate จะช่วยลดการดูดซึมฟอสเฟตในลำไส้ ลดอัตราการเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโปรตีนที่รั่วทางปัสสาวะ ให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนต่ำ เช่น เนื้อปลา หรือไข่ขาว จะช่วยลดการทำงานของไต ลดการกรองในโกลเมอรูลัส ลดปริมาณการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และลดระดับฮอร์โมนพาราธัยรอยด์ในเลือดซึ่งมีผลทำให้ไตเสื่อมช้าลง ช่วยลดการสะสมของเสียในร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วม การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม จะช่วยลดความดันโลหิต และอาการบวมน้ำได้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสัตว์ หรือกะทิมากเพราะผู้ป่วยโรคไตมักมีไขมันในเลือดสูง และมีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนปกติ

3. เฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง โดยผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่ช่วยในการสร้างเสริมเม็ดเลือดแดง ได้รับวิตามินเสริมต่างๆ เช่น วิตามิน B1, B2 ,B6 และ B12 ดูแลให้ได้รับยาลดการหลั่งกรด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการขณะผู้ป่วยได้รับเลือด และติดตามระดับความเข้มข้นของเลือด

4. ให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัว หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค เช่น งดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลแบบบูรณาการ ครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (advanced chronic kidney disease) ที่ใกล้เข้าสู่ระยะท้าย และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งที่กำลังบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาประคับประคองที่ไม่ได้ล้างไตหรือหยุดการล้างไต ส่งเสริมสมรรถนะร่างกายไว้ให้ได้มากที่สุด และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุยืนยาวขึ้น (กรมการแพทย์, 2563)

โรคปอดอักเสบ (pneumonia)

ความหมาย

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) คือ โรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบด้วยถุงลมปอด และเนื้อเยื่อโดยรอบ เกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย อาการที่สำคัญ คือ ไข้ ไอ เหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจอกบุ๋ม (chest retraction) จมูกบาน(nasal flaring) ฟังเสียงปอดอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ

หรือเสียงเหมือนขยี้ผม (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำ หรือมูก (rhonchi) ผู้ป่วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ฯลฯ (กรมควบคุมโรค, 2565)

พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology)

พยาธิสรีรวิทยาปอดอักเสบแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองมีเลือดมาคั่งบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดงไฟบริน และ เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลออกมากินของแบคทีเรีย ระยะนี้กินเวลา 24–46 ชั่วโมงหลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด 2) ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่ามีเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยท่อผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้น ทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรค ระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization) เนื่องจากมีหนอง (exudate) ระยะนี้กินเวลา 3 -5 วัน 3) ระยะ ปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้ เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบรินเม็ดเลือดขาว และหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอด จะหายไปหรือมีพังผืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ 5 วัน ในผู้ใหญ่ 2 สัปดาห์ และไม่ควรเกิน 6 สัปดาห์

อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ

ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อย หายใจเร็ว อาการไอ อาจมีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ต่อมามีเสมหะขาวหรือขุ่นข้นออกเป็นสีเหลืองสีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปน เจ็บหน้าอกตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สีข้าง หรือท้อง ต่อมาจะมีอาการหายใจหอบเร็ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วย (อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรษา วรมาลี, 2563)

การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ

วินิจฉัยได้จากอาการแสดง คือ มีไข้ ไอ เจ็บหน้าอกและหอบเหนื่อยซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้ และจากการตรวจร่างกาย โดยใช้เครื่องตรวจฟังเสียงปอด จะพบว่ามีเสียงดังกรอบแกรบหรือมีเสียงหายใจค่อยกว่าปกติ การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน โดยจะพบความผิดปกติ อย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้ 1) พบปอดลักษณะเหมือนกระจกฝ้า (infiltration) 2) พบปอดลักษณะเป็นเงาสีขาวทึบ (consolidation) 3) พบปอดลักษณะเป็นโพรงในปอด (cavitation) 4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ โดยการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) เป็นการตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือด ในกรณีที่พบ neutrophil สูงมากและมี toxic granular จะช่วยสนับสนุนว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย การตรวจเสมหะเพาะเชื้อและการทดสอบความไวต่อเชื้อ โดยเชื้อที่มักก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ เชื้อสเตรปโตค็อกคัส นิวโมเนียอี (Streptococcus pneumoniae)

การรักษา

การรักษาโรคปอดอักเสบมี 3 วิธี คือ

1. การให้ยาต้านจุลชีพ โดยให้เร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน 4-6 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ แพทย์ควรเลือกให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง ดังนั้น การเลือกให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและรวดเร็ว จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญของการ

รอดชีวิต ส่วนปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการรอดชีวิต คือ ความรุนแรงของเชื้อก่อโรค อายุและโรคประจำตัวของผู้ป่วย

2. การรักษาประคับประคองตามอาการ โดยดูแลให้ร่างกายได้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำจากการหายใจเหนื่อยหอบ ดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ดูแลให้ได้รับการระบายเสมหะที่คั่งค้าง

3. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ

การพยาบาล

1. การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัว และประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 95 % ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้การพยาบาลและรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความเสี่ยงในการติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะหายใจล้มเหลว โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว และติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยวัดระดับ Oxygen saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

4. ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อป้องกันปอดแฟบ โดยสอนการไอและการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) แนะนำการเคาะปอดที่ถูกวิธี คือ ใช้อุ้งมือทำเป็นรูปถ้วย นิ้วทั้ง 5 ชิดกัน ใช้วิธีสะบัดหรือเคลื่อนไหวส่วนข้อมือ เคาะแต่ละครั้งติดกัน 3-5 นาที และสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพโดยการให้หายใจเข้าและออกลึกๆ ช้าๆ หรือใช้อุปกรณ์ Tri-flow Incentive Spirometer แนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ให้ท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ

5. ฟังเสียงปอดเป็นระยะ เพื่อประเมินการหดรัดตัวที่ผิดปกติของหลอดลม และรายงานแพทย์

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ ยาแก้ไอ ตามแผนการรักษา เพื่อการระบายการคั่งค้างของเสมหะ

7. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

8. ดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอทางสายยางให้อาหาร BD (1:1) 200 cc. วันละ 4 มื้อ ตามด้วยน้ำ 50 ml.ต่อมื้อ เพื่อทดแทนพลังงานที่สูญเสียไปมากกับอาการไข้ หายใจเหนื่อยหอบ

9. ดูแลเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

10. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์

11. ติดตามผลเพาะเชื้อของเสมหะ เลือดและปัสสาวะ และรายงานแพทย์

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ โรคประจำตัว DM, HT & CKD stage 5 จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพ สมรส ภูมิลำเนาจังหวัดนนทบุรี

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล : 8 กุมภาพันธ์ – 7 มีนาคม 2567

แหล่งที่มาผู้ให้ข้อมูล : เวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วย บุตรผู้ดูแล

อาการสำคัญ: เหนื่อยมาก นอนราบไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

6 เดือนก่อน เริ่มมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลไทรน้อย ด้วยภาวะซีด และมีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

3 เดือนก่อนมา พบภาวะซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย แพทย์วางแผนเตรียมส่งพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อเตรียมล้างไต แต่ญาติ และผู้ป่วยปฏิเสธ

1 เดือนก่อน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พบภาวะซีด ให้รับเลือด 2 ยูนิต และแพทย์ได้ทำบันทึกส่งต่อให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อรักษาเรื่องไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปรักษาต่อตามแผนการรักษา

1 วันก่อนมา ผู้ป่วยมีไข้ ไอมีเสมหะ ขาบวมกดบุ๋ม หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานมาประมาณ 20 ปี ร่วมกับมีภาวะไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาลไทรน้อย และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะ 3 มาประมาณ 6 ปี และเข้าสู่ภาวะไตเสื่อมระยะ 4 เมื่อ 1 ปี ที่ผ่านมา และเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มา 6 เดือน

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร : ปฏิเสธการแพ้ยา และแพ้อาหาร

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : มีพี่น้อง 5 คน ทุกคนเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยติดเตียง รูปร่างผอมบาง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร BMI 17.25 kg./m^2 อัตราการหายใจ 38 - 40 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต190/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 87%

General Appearance : หญิงไทยรูปร่างผอมสูง ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้งคล้ำ

Nerve : Glasgow Coma scale $E_4V_5M_6$ React to light both eye

HEENT : mildly pale conjunctiva

Chest : fine crepitation both lung

Abdomen : normal

Skin : bed sore at coccyx

Extremities : pitting edema 3+ at both Leg

สรุปภาวะผู้ป่วยในปัจจุบัน : ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุ รูปร่างผอม ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึม ไข้อ่อนเพลีย มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในหญิง แรกรับมีอาการเหนื่อยหอบ ความดันโลหิตสูง ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำมี crepitation both lung ขาบวมกดบุ๋มทั้ง 2 ข้าง

แรกรับ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบ FBS 109 mg./dL Creatinine 5.94 mg./dL eGFR 6.55 ml./min/1.73 $m.^2$ CL 100 mmol/L K 3.3 mmol/L CO_2 20 mmol/L WBC 9,640 cell/uL Neu 85 % Lymph 9% PLT 197,000 cell/uL Hb 10.2 g/dl. Hct 30.2 %

ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการบวมที่ขาทั้ง 2 ข้าง กดบุ๋ม 3+ ซึมช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หายใจเหนื่อยหอบ (อัตราการหายใจ 38 – 40 ครั้ง) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 87% ความดันโลหิตสูง 190/95 มิลลิเมตรปรอท มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ตรวจพบค่าการทำงานของไต eGFR เท่ากับ 6.55 ml./min/1.73 $m.^2$, พบโปรตีนในปัสสาวะ (Protein 3+) และมีภาวะซีด (HCT = 30.2%)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ ในระหว่างรักษาตัวที่โรงพยาบาล

รายการ	ค่าปกติ	8/2/2567	13/2/2567	19/2/2567	27/2/2567	2/3/2567
Creatinine	0.55 – 1.02	9.70	11.40	11.60	9.7	
BUN	7.0 – 18.7 mg/dl	172	141	181.00	172	
eGFR		6.55	2.98	2.91	3.62	
Hb	11-16 g/dl		10.2	9.2	7.4	8.1
Hct	37-54%		30.2%	27.8	23.1	23.3
WBC	5,000-10,000 Cell		16,410	19,180	9680	9,480
MCV	27-31pg		87	29		87
Neu	50-70%		87	92	81	83
Lymph	20-40%		8	3	13	11
PLT	40,000-400,000		206,000	313,000	352,000	328,000

ผลการตรวจการทำงานของไตผิดปกติ และมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ซึ่งเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในร่างกาย

ผลการตรวจระบบโลหิตวิทยาพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางโดยมีค่า ความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าค่าปกติ (Hct = 23.1 – 30.2%, Hb = 8.1 – 10.2 g/dl.)

ผลการตรวจ electrolyte

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ				
		10/2/2567	19/2/2567	23/2/2567	4/3/2567	7/3/2567
Na	136-145 mmol/L	138	122	130	119	124
K	3.5–5.1 mmol/L	3.2	4.1	4.5	3.4	3.6
CO_2	22 - 29 mmol/L	18	19	19	15	17
CL	98 - 107 mmol/L	98	85	88	86	89

ผลการตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ (Na และ K ต่ำ) มีภาวะเลือดเป็นกรด (CO_2 ต่ำ)

ผลการตรวจค่าน้ำตาลในเลือด ระหว่างรักษาตัวที่โรงพยาบาล ค่า DTX อยู่ระหว่าง 89 – 246 mg.% ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดในแต่ละวันไม่คงที่ มีทั้งระดับน้ำตาลในเลือดสูงและระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

ผลการตรวจค่าโปรตีนในปัสสาวะ (UA) วันที่ 8 – 27 ก.พ.67 อยู่ระหว่าง 2+ - 3+

Chest X-Ray พบ Cephalization with ground glass opacity Both lung เห็นปอดไม่ชัดเจนทั้ง 2 ข้าง มีลักษณะทึบแสงเป็นหย่อมๆ กระจายอยู่ในเนื้อปอด

การตรวจเพาะเชื้อ Hemo culture ไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการตรวจ Urine , Sputum culture ไม่พบการติดเชื้อ

การวินิจฉัย : DM HT CKD stage 5 with Pneumonia and Anemia

ปัญหาทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสูงอายุ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ไอมีเสมหะเหนียวในลำคอ ระดับ O_2 saturation = 87% RA ฟังปอดได้ยินเสียง Fine crepitation Both Lung และ ผล Chest X-ray พบ Cephalization with ground glass opacity both lung ไข้ 37.8 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล 1) ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ขณะได้รับออกซิเจนผ่านเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) 2) ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ≥ 95% 3) อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ 4) ฟังปอดไม่มีเสียง crepitation 5) ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ 6) ญาติมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ และอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ โดยสังเกตลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียว ริมฝีปากเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังซีดเขียว เยื่อบุตาซีด ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 95% เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน และรายงานแพทย์ทันทีที่พบความผิดปกติ

2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) ตามแผนการรักษา ปรับตั้งให้เครื่องทำงานได้ถูกต้อง และต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา โดยตั้งค่า Flow rate 60 LPM, FiO_2 0.9, อุณหภูมิ 34 องศาเซลเซียส และ ดูแลให้ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

3. ดูแลให้ตำแหน่งสายให้ออกซิจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยดึงสายให้ออกซิเจน

4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยประเมินจากการฟังเสียงปอด หากพบมี secretion sound ให้ดูดโดยดูดเสมหะ ยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ

5. จัดท่านอนศีรษะสูง ระดับ 30 – 45 องศาเซลเซียส เพื่อให้ปอดขยายตัว

6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ พ่นยาขยายหลอดลม และยาละลายเสมหะ

7. ดูแลช่วยเหลือทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย เพื่อลดการใช้พลังงาน

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผล CBC Chest X-Ray

9. ให้ความรู้แก่ญาติ และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การจัดท่าผู้ป่วย ดูแลสายให้ออกซิเจน การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว กระสับกระส่าย ซึม เป็นต้น

10. ประเมินความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยของญาติ

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับออกซิเจนเพียงพอ โดยได้ oxygen cannula 3 LPM ค่า O_2 saturation = 99 % อัตราการหายใจ 22 – 24 ครั้ง ต่อนาที ญาติผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผล chest X-Ray ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจากไตเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 30-38 ครั้งต่อนาที พบ fine crepitation both lung pitting edema 3+ at both leg

วัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกินในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวปกติ ปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายสมดุล อาการบวมลดลง เสียงปอดปกติ ระดับเกลือแร่ในร่างกายปกติ motor power แขน ขาปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพ อาการบวมหน้า แขน ขา และกำลังของกล้ามเนื้อ

2. บันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับ และออกจากร่างกายในแต่ละวัน โดยจำกัดน้ำดื่มไม่เกิน 800 ซีซี ต่อวัน แนะนำญาติเรื่องการตวงน้ำดื่ม และอธิบายให้เข้าใจถึงความสำคัญของการจำกัดน้ำดื่มของผู้ป่วย

3. บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ ภาวะเลือดเป็นกรด ระดับ ความดันโลหิตที่อาจสูง จากไตไม่สามารถขับน้ำได้

4. ตรวจและบันทึกการเต้นของหัวใจ ฟังเสียงปอด เนื่องจากมีน้ำคั่งค้างในร่างกายมาก อาจทำให้เกิดน้ำท่วมปอดและภาวะหัวใจล้มเหลว

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา สังเกตอาการภายหลังได้รับยา เช่น อาการขาดน้ำ และภาวะโปตัสเซียมต่ำ

6. ดูแลจัดอาหารเฉพาะโรค ลดปริมาณเกลือโดยนักโภชนากร และให้คำแนะนำแก่ญาติ

7. ประสานนักกายภาพบำบัด ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และ ฝึกทักษะญาติในการดูแลบริหารร่างกาย

การประเมินผล ผู้ป่วยหน้าไม่บวม ขา 2 ข้างยุบบวมลง ปอดไม่มี crepitation แต่มี secretion sound ปริมาณน้ำเข้าส่วนใหญ่น้อยกว่าปริมาณน้ำออกจากร่างกาย ไม่มีภาวะขาดน้ำจากการได้รับยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ยังมีอาการอ่อนเพลีย นอนบนเตียง มีนักกายภาพร่วมกับญาติช่วยออกกำลังกายกระตุ้นกล้ามเนื้อ motor power grade 4 สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 22 – 24 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งจากพยาธิสภาพของโรคไตวายระยะสุดท้าย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย ESRD มีการทำงานของไตลดลง ค่า eGFR <15 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ไม่สามารถกำจัดของเสียจากร่างกาย ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ผิวหนังคล้ำ แห้ง คันตามผิวหนัง ไม่ขับถ่ายอุจาระ จากผลตรวจห้องปฏิบัติการ BUN= 172 mg/dl (ค่าปกติ 7.0 – 18.7 mg/dl) creatinine =9.70 mg/dl (ค่าปกติ 0.55 – 1.02 mg/dl)

วัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการคั่งของของเสียในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า BUN creatinine อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่มีอาการคันจากผิวหนังแห้ง ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตของเสียคั่งในร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อาเจียน บวม คันตามผิวหนัง

2. สังเกตระดับความรู้สึกตัวว่ามีภาวะสับสนหรือไม่

3. จำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน 1000 ml. ต่อวันตามแผนการรักษาของแพทย์ เช้า 400 ml. บ่าย 300 ml. และเวรดึก 300 ml.

4. ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย เพื่อไม่ให้อับชื้น ทา Vaseline บริเวณผิวหนังที่แห้ง

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา Lasix (500 mg.) 1 tab 2 เวลาหลังอาหาร และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเฉพาะโรคไต เพิ่มโปรตีนจากไข่ขาว

7. บันทึกน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และรายงานแพทย์เมื่อปริมาณน้ำเข้าและออกไม่สมดุล

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า BUN=160 mg/dL creatinine= 8.35 mg/dL อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีอาการคันจากผิวหนังแห้งลดลง ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้เอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร กินอาหารได้น้อย คลื่นไส้อาเจียน ค่า Na = 123 mmol/L, K = 3.3 mmol/L, Cl 86 mmol/L, CO_2 = 15 mmol/L และ ปริมาณ fluid output น้อยกว่าปริมาณ fluid intake ต่อวัน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล 1) ค่าอิเลคโตรไลท์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Na = 135 - 145 mmol/L K = 3.5 - 5.0 mmol/L Cl = 98 – 107 mmol /L CO_2 = 22 - 26 mmol/L) 2) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล 3) skin turgor ปกติ 4) รับอาหารทางสายยางได้ในปริมาณที่แพทย์กำหนด 5) ปริมาณน้ำเข้า และออกจากร่างกายมีความสมดุล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามการเต้นของหัวใจ รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
2. แจ้งผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติแก่ญาติ และแนะนำแนวทางในการดูแล และสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ได้แก่ มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก ซึม หมดสติ คลื่นไส้อาเจียน หายใจเร็ว อ่อนเพลีย หายใจลำบาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง ท้องเสีย หายใจแบบหอบลึก เมื่อพบความผิดปกติให้แจ้งแก่เจ้าหน้าที่
3. ดูแลให้ยา และสารน้ำตามแผนการรักษา
4. ติดตามและบันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง
5. ติดตามผล serum Electrolyte ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
7. รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่แพทย์ทราบ เมื่อพบค่าเกลือแร่ในร่างกายไม่ปกติ

การประเมินผล 1) ค่า Electrolyte (วันที่ 7 มีนาคม 2567) Na = 124 mmol/L K = 4.0 mmol/L Cl=89 mmol/L CO_2 = 19 mmol/L แพทย์ให้ยา NaCl 4*3 PC ทาง NG 2) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับ Na ต่ำ และภาวะเลือดเป็นกรด 3) skin turgor ปกติ 4) รับอาหารทางสายยางได้ในปริมาณกำหนด 5) ปริมาณน้ำเข้า และออกจากร่างกายมีความสมดุล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน 1) ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เยื่อบุตาซีด 2) ผลตรวจ Hct ลดลงจาก 30.1% เป็น 23.1% Hb =7.4 g/dl 3) อัตราการหายใจ 24-28 ครั้ง/นาที 4) eGFR 3.62 ml/min/1.73m^2

วัตถุประสงค์ 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีระดับความเข้มข้นเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจาง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล 1) ผล Hb มากกว่าหรือเท่ากับ 9% หรือ Hct มากกว่าหรือเท่ากับ 27% 2) เยื่อบุตาไม่ซีด 3) ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายโดยเฉพาะเวลาใช้กำลัง ไม่มีแรง เวียนศีรษะ หายใจตื้น หอบ หัวใจเต้นเร็ว ซีดตามปลายมือ ปลายเท้า และเยื่อบุตา

2. ดูแลผู้ป่วยให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็น

3. แนะนำการปรับเปลี่ยนท่า ควรทำอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

4. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยขณะได้รับเลือด ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก คลื่นไส้อาเจียน ผิวหนังมีผื่นแดง หน้าแดง มีอาการบวมของหน้าคอ ความดันโลหิตต่ำ

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา ferrous fumarate ตามแผนการรักษาของแพทย์

8. ประเมินสัญญาณชีพ และค่า O_2 saturation ทุก 4 ชั่วโมง

9. ติดตามผลระดับความเข้มข้นของเลือดหลังได้รับเลือดครบตามแผนการรักษา

การประเมินผล 1) ผลตรวจ Hct = 30 % Hb = 10% 2) เยื่อบุตาไม่ซีด 3) อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้งต่อนาที 4) ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เริ่มพูดคุยกับญาติ และเจ้าหน้าที่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการเปลี่ยนแปลงจากโรคของผู้ป่วย ขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน จากการพูดคุยกับญาติ พบว่าญาติมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ ได้แก่ สายยางให้อาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 1 ต้องการให้ออกซิเจนเป็นบางครั้ง ตลอดจนผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย มีโอกาสกลับมาเจ็บป่วยซ้ำด้วยโรคเดิมจากพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ และญาติไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล 1) ญาติสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติได้ และสามารถจัดการเบื้องต้นได้ 2) ญาติมีความรู้ มีทักษะ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง 3) เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยในชุมชน 4) ไม่มีการ re-admitted ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมีความพร้อมในการวางแผนแก้ปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน

2. พยาบาลประเมินความรู้ ทักษะ ของญาติตั้งแต่แรกรับ เพื่อรวบรวมข้อมูล นำมาวางแผนการจำหน่ายให้ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ให้คำแนะนำ และสอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษา ในแต่ละวัน ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การทดสอบ การแก้ไขเมื่อพบปัญหา การจัดท่าเพื่อป้องกันการเสี่ยงสำลักลงปอด การดูแลสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้อง การสังเกตสีปัสสาวะ การทำแผลที่ถูกหลักการ ป้องกันแผลอักเสบ และติดเชื้อ การพลิกตะแคงตัวทุกๆ 2 ชั่วโมง การบริหารร่างกาย โดยให้ญาติได้ลงมือปฏิบัติร่วมกันกับพยาบาลและทีมนักกายภาพบำบัด จนเกิดความมั่นใจ ทำได้ถูกต้อง

4. ประเมินความพร้อมในการนำผู้ป่วยกลับบ้าน โดยประสานพยาบาลประจำรพ.สต.ในเขตรับผิดชอบจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ เตียงผู้ป่วย Home oxygen อุปกรณ์ทำแผล

5. ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้าน ให้แก่ รพ.สต. และเครือข่ายในพื้นที่

6. แนะนำผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิด Community Acquire Pneumonia

7. แนะนำการรับประทานยา สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยา

8. เตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้าน ให้ปลอดภัย สะอาด สะดวก ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม การป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือก่อน และหลังการสัมผัสผู้ป่วย

9. เปิดโอกาสให้ญาติได้ปรึกษาแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วย แผนการรักษา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ให้คำแนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ ไอ เหนื่อย มีเสมหะ ซึม เยื่อบุตาซีด ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน สีเหลืองเข้ม ปัญหาในการให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

10. แนะนำการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ เช่น การสำลักอาหาร การสัมผัสควันบุหรี่ หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด การหายใจที่มีประสิทธิภาพ การพักผ่อนที่เพียงพอ และการฟื้นฟู ออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ

11. การมาพบแพทย์ตามนัด หรือมีอาการผิดปกติ ให้มาก่อนนัด หากมีอาการผิดปกติที่ฉุกเฉินให้ตามบริการ ที่ 1669

12. การให้อาหารปั่นที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับโรคที่เจ็บป่วย และให้น้ำที่เพียงพอ เพื่อช่วยการระบาย งดอาหารที่ต้องห้ามกับโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

13. แนะนำควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อการควบคุมโรคไตวายและลดภาวะแทรกซ้อน

14. เสริมพลังให้ผู้ป่วย และญาติ เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

15. ปะเมินทักษะญาติในการดูแลผู้ป่วย

<u>การประเมินผล</u> ญาติมีความรู้เรื่องโรค มีทักษะ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถบอกอาการผิดปกติ และวิธีเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยกลับเป็นซ้ำได้ หลังให้การพยาบาล ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล ได้รับการอธิบายข้อคำถามอย่างชัดเจน ผู้ป่วยและญาติมีความเป็นกันเองกับทีมพยาบาล ให้ความร่วมมือในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ และปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง เครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง มีโรคประจำตัวไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ร่วมกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลไทรน้อย เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 มีอาการไข้ หายใจเหนื่อยมาก นอนราบไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส หายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 190/95 mmHg ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O_2 sat) 87% ขาบวมกดบุ๋ม 3+ ปอดทั้ง 2 ข้างมีเสียง Crepitation ระดับน้ำตาลในเลือด 109 mg% แพทย์วินิจฉัยมีภาวะน้ำเกินร่วมกับปอดอักเสบ ได้ส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ เสมหะเพาะเชื้อ และส่งตรวจทางรังสี พบว่าเป็นปอดอักเสบ แพทย์ให้การรักษา โดยให้ยาพ่นขยายหลอดลม 2 ครั้ง หลังพ่นยา วัดค่า O_2 sat = 93% ปอดทั้ง 2 ข้างยังมีเสียง Crepitation ให้ออกซิเจนชนิด Mask with bag 10 LPM ระดับ O_2 sat = 97% คาสายสวนปัสสาวะไว้ และให้ยา Lasix 500 mg. เข้าหลอดเลือดดำ ปัสสาวะออก 200 ซีซี สีเหลืองใส มีไข้ ให้การรักษา Cef-3 2 gm. iv OD Paracetamol (500mg.) 1 เม็ด อาการหายใจเหนื่อยลดลง อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที จากนั้นส่งเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยใน แรกรับผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์ ให้เปลี่ยนออกซิเจนเป็นชนิดความเข้มข้นอัตราการไหลสูง (High Flow Nasal Cannula) Setting Flow rate 60 LPM FIO_2 0.9 T 36 องศาเซลเซียส ค่า O_2 sat = 96 % ผู้ป่วยได้ยา Cef-3 เป็นเวลา 4 วัน วันที่ 12 – 15 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยยังมีไข้สูง ตรวจเลือด CBC พบ WBC 16,410 Cell/uL Neutrophil 87% แพทย์เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อ เป็น Meropenam 1 gm. iv q 12 hr. จำนวน 14 วัน จากนั้นไข้ลงจนอุณหภูมิปกติ อาการหายใจเหนื่อยทุเลาลง แพทย์ให้ยาพ่นขยายหลอดลม และจำกัดกิจกรรม มีปัสสาวะออกน้อย 50 ซีซีใน 8 ชั่วโมงในบางเวร แพทย์ให้ยาฉีด คือ ยาLasix 40 mg.เข้าหลอดเลือดดำ จัดท่านอนศีรษะสูง ระหว่างนอนรักษา พบภาวะแทรกซ้อนจาก

โรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล พบค่า Na 122 mmol/L K 3.3 mmol/L Cl 83 mmol/L CO_2 14 mmol/L BUN 141.00 mg/dL Creatinine 11.40 mg/dL eGFR 2.98 mL/min/1.73m^2 แพทย์ให้การรักษา โดยให้น้ำเกลือ และยารับประทาน NaCl 4 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร พบภาวะซีด Hct 26.9% ผู้ป่วยได้รับเลือด 1 ถุง หลังได้เลือด Hct = 30 % หายใจเหนื่อยลดลง อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยแล้วมีสำลักอาหาร จึงใส่สายยางให้อาหาร ให้ BD (1:1) 200 ซีซี ทุก 6 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลในเลือด ได้รับการตรวจติดตาม 4 เวลา มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 65 mg% ได้ 5%D/N/2 1000 ซีซี จำนวน 1 ขวด จากนั้นระดับน้ำตาลในเลือดปกติ แพทย์เริ่มให้ยาอินซูลิน ที่เป็นยาเดิมของผู้ป่วย ผลเพาะเชื้อปกติ ขณะนอนรักษา ผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับ 1 จากการนอนนาน ถูกจำกัดกิจกรรมและใส่ออกซิเจนไว้ตลอดเวลา พยาบาลวางแผนการจำหน่ายโดย สอนญาติทำแผล ฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยาง และมีนักโภชนากรช่วยให้คำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรค แนะนำการดูแลสายสวนปัสสาวะ และการพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับเพิ่ม ให้คำแนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการนอนติดเตียง ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยทีมนักกายภาพบำบัด จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถถอดออกซิเจนได้ แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลได้จำหน่ายผู้ป่วยในรูปแบบ DMETHOD ประสานส่งต่อการดูแลให้ สอ.เฉลิมพระเกียรติฯ ในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยมีนัดตรวจติดตามเกลือแร่อีก 1 สัปดาห์ รวมนอนรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 28 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางไต นักโภชนาการ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ควรได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยใช้การจัดการรายกรณี (Case management) และการสร้างความรอบรู้สุขภาพแก่ผู้ป่วย และญาติ ใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น stage of change, Motivation Interview, Brief Advice, Brief interview ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ให้มีความรู้ และทักษะเพียงพอในการประเมิน ให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ที่เป็นองค์รวม กาย จิต สังคม สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ควรมีระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่มีคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน เพื่อป้องกัน แก้ปัญหาไตเรื้อรังทุกระดับของการดูแล เพื่อชะลอไตเสื่อม ลดการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). โรคปอดอักเสบ(Pneumonia). กระทรวงสาธารณสุข.

กันตพร ยอดไชย. (2562). *ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง : การพยาบาล และการจัดการอาการ*. บริษัท พี ซี โปรสเปค จำกัด.

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลไทรน้อย. (2567). สถิติผู้มารับบริการ โรงพยาบาลไทรน้อย. จังหวัดนนทบุรี

ธานี เอี่ยมศรีตระกูล. (2562). *การดำเนินของโรคไตเรื้อรัง*. ใน ณรงค์กร ซ้ายโพธิ์กลาง, พัดชา พงษ์เจริญ, ปฐมทรรศน์ พันธุมโกมล, วศิเทพ ลิ้มวรพิทักษ์, และ รัฐกร วิไลชมน์, (บ.ก.) การป้องกันโรคทางอายุรศาสตร์. (น 165-177). สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. (2563). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตอย่างยั่งยืน.* ห้างหุ้นส่วนจำกัด สินทวีกิจ พริ้นติ้ง.

สมาคมโรคไตแห่งปะเทศไทย. (2565). *คำแนะนะสำหรับการรักษาโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565*. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรษา วรมาลี. (2563). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ.* งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

National kidney foundation. (2021). *Chronic Kidney Disease (CKD) Symptom and causes*. [internet] [cite 2024 March 30] Available from: https: : www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kinney-disease.