

รายงานกรณีศึกษา (Case Study Report)

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

นางลลิตา จินตามาศย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : โรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลกและประเทศไทย เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ถ้าอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงทีการอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ จะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงเรียกว่าภาวะหายใจล้มเหลวและถ้ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย ซึ่งถ้าให้การรักษาพยาบาลล่าช้าหลังมีอาการ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการประเมิน วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง และรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

รูปแบบการศึกษา : เป็นการศึกษาการพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง ศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 ราย ในผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี อาการสำคัญ หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง ก่อนมาโรงพยาบาล 10 ชั่วโมง มีประวัติความดันโลหิตสูง และมีไขมันในเส้นเลือดสูง มาประมาณ 10 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ การวินิจฉัยแรกรับ: R/O Aspirate Pneumonia แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย มีอาการ ซึม E2V4M5 อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 125 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO₂) 68%, on oxygen(O₂) mask with bag 10 LPM SpO₂ 90% แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและยาอื่นๆ แผนการพยาบาลประกอบด้วย การแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลว การกำจัดการติดเชื้อ การรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย การดูแลเนื้อเยื่อของร่างกายให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและแผนการรักษา จนผู้ป่วยมีอาการคงที่พ้นภาวะวิกฤติ จึงได้ถอดท่อช่วยหายใจ ให้การฟื้นฟูสภาพและความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากรักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ การวินิจฉัยก่อนจำหน่าย Pneumonia with Acute respiratory failure with Sepsis

สรุป : บทบาทของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสำคัญยิ่งในการประเมินอาการและคัดกรองเพื่อจัดระดับความรุนแรงได้ความถูกต้อง รวดเร็ว วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต และประเมินผลตามระดับความรุนแรง ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้อง และเหมาะสม

คำสำคัญ (Keywords) โรคปอดอักเสบ, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอด พบได้บ่อยในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ระดับความรุนแรงและการมีภาวะแทรกซ้อนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อโรคที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ อายุ และสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งการติดเชื้ออาจรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สถานการณ์โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 236,742 ราย อัตราป่วย 357.77 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 218 ราย อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสรีรวิทยาของระบบการหายใจและระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 - 40 ดังนั้นจึงถือว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตที่ค่อนข้างสูง หากไม่ได้รับการประเมินและติดตามการดำเนินโรคจนถึงการให้การรักษอย่างทันเวลาที่ สามารถเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น septic shock จนทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลว (Multiple organ system dysfunction) และเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 1 ใน 4 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (Rhodes et al., 2017) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 34.65 (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562) ดังนั้นการค้นหาอาการระยะแรกที่จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้มากขึ้น

โรงพยาบาลบางใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 104 เตียง มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและซับซ้อนได้ จากการเก็บข้อมูลรายโรค พบว่าจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นและเสียชีวิตมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในปี 2563-2566 เท่ากับ 103, 93, 102 และ 291 คน จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 52, 43, 40 และ 58 คน จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี 2563-2566 เท่ากับ 141, 167, 260, 291 คน จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 40, 41, 51 และ 55 คน ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ bed ridden จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการให้การรักษาทันที และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง และรวดเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการพยาบาล ยุงยาก ชับซ้อน อยู่ในภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต
2. ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการ งานวิจัย การพยาบาลที่เกี่ยวข้องและจากเว็บไซต์ต่างๆ
3. ศึกษาค้นหาปัญหา ความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และสรุปผลการศึกษา
4. ปรีกษาแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัดที่มีความชำนาญ ในการรักษา และให้การพยาบาล และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
5. รวบรวมและจัดทำเป็นกรณีศึกษา
6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และเผยแพร่

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ความหมายของโรค

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและมีภาวะอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และในผนังถุงลมหรือเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitial) การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด ทำให้มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ หรือหายใจลำบาก เป็นต้น ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกเพศทุกวัย พบมากในผู้สูงอายุ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โรคปอดอักเสบอาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา สาเหตุของโรคจะมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุและสภาพแวดล้อม โดยร่างกายจะได้รับเชื้อผ่านทางระบบทางเดินหายใจ ในผู้สูงอายุที่มีภูมิต้านทานต่ำถ้าอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงที การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงซึ่งเรียกอาการนี้ว่าภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด และเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้อายุขัยถึงร้อยละ 50 ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง หากมีการดูแลสุขภาพที่เสื่อมถอยลงร่วมกับมีภูมิต้านทานต่ำ มีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบมากขึ้นด้วย (อุ้นเรือน กลิ่นขจรและสุพรรณษา วรมาล, 2563) อย่างไรก็ตามถ้าตรวจพบในระยะแรกเริ่ม จะสามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งอาการแสดงและความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันไป และบางครั้งอาจพบปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆด้วย

พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาล, 2563)

1. ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดงไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาในแบคทีเรีย ระยะนี้กินเวลา 24-46 ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด
2. ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่าเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยท่อน้ำถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้นทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรค ระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization) เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไฟบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนัง ถุงลมปอดก็จะหดตัวเล็กลง ระยะนี้กินเวลา 3-5 วัน

3. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบรินเม็ดเลือดขาวและหนองจะถูกขับออก มาเป็นเสมหะ เนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไปหรือมีพังพืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมาก แต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ 5 วัน ผู้ใหญ่ 2 สัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน 6 สัปดาห์ ถ้าเกิน 6 สัปดาห์ ต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม เช่น มะเร็งปอดหรือหลอดลม เป็นต้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาล, 2563)

1. เกิดจากการติดเชื้อ ซึ่งการติดเชื้อที่สำคัญมีดังนี้

1.1 เชื้อแบคทีเรีย เป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุของปอดอักเสบที่พบได้บ่อยที่สุดในคนทุกวัยได้แก่ เชื้อปอดอักเสบที่มีชื่อว่า สเตรปโตค็อกคัสนิวโมเนีย (Streptococcus pneumoniae) หรือมีชื่ออีกอย่างว่า นิวโมค็อกคัส (Pneumococcus) ซึ่งเป็นเชื้อที่ทำให้เกิดปอดอักเสบเฉียบพลันและรุนแรง หรือแบคทีเรียชนิดอื่นๆ เช่น Staphylococcus aureus เชื้อ Klebsiella pneumonia ซึ่งทำให้เป็นปอดติดเชื้อชนิดร้ายแรง และเชื้อ Haemophilus influenzae เป็นต้น

1.2 เชื้อไวรัสที่พบบ่อยได้แก่ ไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza virus) ส่วนไวรัสค็อกแซกกี (Coxsackie virus) และไวรัสซาร์ส (SARS coronavirus) พบไม่บ่อย

1.3 เชื้อราที่สำคัญได้แก่ นิวโมซิสติส จิโรเวซิไอ (Pneumocystis jirovecii pneumonia-PCP) แอสเพอร์จิลลัส (Aspergillus) คริปโตค็อกโคซิส (Cryptococcosis) ฮิสโตพลาสมา แคปซูลาทัม (Histoplasma capsulatum) ซึ่งจะพบในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ เป็นต้น

2. การไม่ติดเชื้อได้แก่ การสำลักเอาเศษอาหารเข้าสู่ปอด หายใจเอาควัน ฝุ่น เข้าไปในร่างกายในปริมาณมาก

3. การแพ้ภูมิตัวเอง ภูมิคุ้มกันต่ำได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอสแอลอี (SLE) ผู้สูงอายุผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเบาหวาน

อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ

ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอก มีเสมหะ หอบเหนื่อย อาจมีอาการซึม สับสน ในรายที่รุนแรงผู้ป่วยจะหอบเหนื่อยมากและเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง ซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้

การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ แพทย์สามารถวินิจฉัยได้จาก (อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาล, 2563)

1. การซักประวัติ กระบวนการซักประวัติครอบคลุมประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดปอดอักเสบ
2. ประเมินจากอาการ อาการแสดง คือ มีไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้
3. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การจับชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกายและการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) การตรวจเฉพาะที่โดยใช้เครื่องตรวจฟังเสียงปอดเพื่อหาความผิดปกติ
4. การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การรักษาโรคปอดอักเสบ : การรักษา มี 3 วิธี คือ 1) โดยการใช้ยาต้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะ 2) การรักษาประคับประคองตามอาการ 3) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาล, 2563)

1. การให้ยาต้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับ การวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน 4 ถึง 6 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ แพทย์ควรพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง นอกจากยาต้านจุลชีพตามชนิดของเชื้อแล้ว ผู้ป่วยอาจให้ยาอื่นๆ เช่น ยาขยายหลอดลม ยาแก้ไอ ยาลดไข้และยาบรรเทาปวด เป็นต้น

2. การรักษาด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) และภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) แต่เมื่อให้ออกซิเจนแล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการหอบเหนื่อย ความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) ยังคงต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) สูงกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะช่วยรักษาการตีบแคบของหลอดลมและช่วยกำจัดเสมหะออกได้ดีขึ้น

3. การรักษาประคับประคองตามอาการ ได้แก่ 1) ดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ 2) ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ คือ วันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร หรือ ประมาณ 8-10 แก้ว เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบจะมีการสูญเสียน้ำจากการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว หรือมีไข้สูง นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุมักมีเสมหะมาก หากได้รับสารน้ำไม่เพียงพอเสมหะจะเหนียว และไอขับออกลำบาก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของผู้ป่วย 3) ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีหายใจเหนื่อยหอบ แพทย์อาจให้งดอาหารและน้ำทางปากหรือทางสายให้อาหาร แต่เมื่ออาการดีขึ้น เสมหะลดลง อัตราการหายใจลดลงสู่ระดับปกติ ควรให้อาหารและสารน้ำ โดยเริ่มจากอาหารเหลวไปจนกระทั่งอาหารธรรมดาเมื่อรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีการสำลักหรือหายใจลำบาก

4. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติในเรื่อง การดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยสอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ระวังระวังเรื่องการสำลักอาหาร ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากกลไกการกลืนทำงานช้าลง รวมทั้งดูแลรักษาความสะอาดปากฟันเพื่อช่วยลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปากและฟันและป้องกันการติดเชื้อจากการสำลักได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบ (อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาล, 2563)

1. ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome) ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ภาวะไตวาย (renal failure) ภาวะช็อกจากโรคติดเชื้อ (septic shock) ซึ่งจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ
2. ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ hospital-acquired pneumonia (HAP) ventilator associated pneumonia (VAP) sinusitis และ urinary tract infection และอาจเกิดปอดแฟบ (atelectasis เป็นต้น
3. เชื้ออาจแพร่เข้าสู่กระแสเลือด กลายเป็นโลหิตเป็นพิษ (septicemia/bacteremia)
4. อาจเกิดปอดแฟบ (atelectasis) หรือภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion)

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure)

ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หมายถึง ภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้มีระดับออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (hypoxemia, $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg) หรือมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดมาก (hypercapnia, $\text{PaCO}_2 > 50$ and $\text{pH} < 7.3$) หรือทั้งสองแบบรวมกันได้ ภาวะหายใจล้มเหลวมี 2 ลักษณะคือ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) โดยภาวะนี้อาจเกิดแบบฉับพลัน (acute; มักเกิดในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน) และการหายใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic respiratory failure) มักเกิดในระยะเวลาเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือนหรือเป็นปี (วิจิตร คุสมภ์ และคณะ, 2560) ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ทำให้อวัยวะไม่สามารถคงไว้ซึ่งการทำงานที่อย่างสมดุล นำไปสู่การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วยความรวดเร็ว ทันสถานการณ์ และใกล้ชิด เพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเพิ่มมากขึ้นได้

อาการทางคลินิก : อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. อาการที่เกิดจากโรคที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวเช่น ไข้ ไอ เหนื่อย จากโรคอหิวส/ปอดบวม ฯลฯ
2. อาการที่เกิดจากการขาดออกซิเจน (Hypoxemia)
3. อาการที่เกิดจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia)

การวินิจฉัย : การเจาะวัดก๊าซในเลือดแดง (Arterial Blood Gas) เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยยืนยันภาวะหายใจล้มเหลว หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย ประกอบด้วยค่า PaO_2 น้อยกว่า 60 มม.ปรอท, ค่า PaCO_2 สูงกว่า 50 มม.ปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (arterial oxygen saturation) น้อยกว่า 90%

การรักษา (treatment)

หลักทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะหายใจล้มเหลวประกอบด้วย 1) แก้ไขภาวะ hypoxemia และ Hypercapnia 2) แก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดถ้าภาวะที่เลือดเป็นกรดนั้นก่อให้เกิดอันตราย 3) รักษา cardiac output ให้อยู่ในระดับปกติหรือเพิ่ม cardiac output ถ้าต่ำ 4) รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ 5) ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา 6) กรณีที่การเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วยความรวดเร็ว ทันสถานการณ์ การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ โดยจะต้องปฏิบัติพร้อมกับการรักษาสาเหตุของโรคอย่างเหมาะสม และทันเวลา

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย ซึ่งเชื่อกันว่า ได้แก่ จุลชีพต่างๆ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา โดยการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสเลือดแล้ว ร่างกายของเราจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรคซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วบริเวณของร่างกาย หากมีความรุนแรงมากอาจพัฒนาไปสู่ภาวะช็อกและทำให้การทำงานของอวัยวะภายในต่างๆ ล้มเหลว มีอันตรายถึงชีวิตได้

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นการให้การพยาบาลเชิงรุก ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างครอบคลุม สามารถแบ่งการพยาบาลเป็นระยะได้ 4 ระยะ (เพชรรุ่ง อธิรัตน์, 2562) ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ได้แก่

1.1 การดูแลระบบทางเดินหายใจ

- 1.1.1 ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการ และอาการแสดงของการหายใจ อัตราการหายใจ โดยการบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว

1.2 การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต

- 1.2.1 ดูแลให้สารน้ำ Crystalloid เช่น NSS และ Lactate ringer ให้เพียงพอต่อการรักษา
- 1.2.2 ประเมินผิวหนังลายเป็นจ้ำเขียว ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต ประเมิน capillary refill
- 1.2.3 ติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออกในร่างกาย โดยให้ปริมาณปัสสาวะให้ออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อ กิโลกรัมต่อชั่วโมง

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต ได้แก่

2.1 การดูแลป้องกันการติดเชื้อ

- 2.1.1 ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ การล้างมือให้สะอาดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- 2.1.2 ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ถูฟันลดการติดเชื้อในปาก ล้างคอ ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
- 2.1.3 ติดตามอาการของการติดเชื้อ วัดอุณหภูมิร่างกาย ติดตามผลการเก็บส่งตรวจ

- 2.1.4 ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส
- 2.2 การดูแลเกี่ยวกับภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร และโภชนาการ
- 2.2.1 ดูแลให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยมักจะสูญเสียน้ำและโซเดียมจากไข้เหงื่อออกมาก
- 2.2.2 จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเป้าหมาย
3. การดูแลระยะต่อเนื่อง
- 3.1 การดูแลด้านจิตสังคม
- 3.1.1 จัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น ลดเสียงรบกวนให้น้อยที่สุด จัดหาปฏิทิน หรือนาฬิกาที่สามารถมองเห็นได้ เป็นต้น
- 3.1.2 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวล แสดงความเห็นอกเห็นใจ
- 3.1.3 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกันตามลำพัง เพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจ ประคับประคองจิตใจ
- 3.2 การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ
- 3.2.1 ประเมินสภาวะผู้ป่วย และความก้าวหน้าของโรค
- 3.2.2 จัดทำให้เสมหะออกง่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 1-2 ชั่วโมง
- 3.2.3 สอนให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี
- 3.2.4 แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.2.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 2,000-3,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยเฉพาะในรายที่มีไข้สูง
- 3.2.6 ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นทีละน้อย แล้วเริ่มเพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้น
- 3.2.7 ในรายที่ต้องจำกัดกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย และฝึกทำกิจกรรมเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองต่อครอบครัว
4. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
- 4.1 ประเมินข้อมูลความรู้ ประสพการณ์ในอดีตของผู้ป่วย ปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้งประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา
- 4.2 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการของการเกิดของโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการ อาการแสดง การรักษา และการดูแลตนเอง
- ผลการศึกษา : กรณีศึกษา**
- ข้อมูลทั่วไป :** ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 79 ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนนทบุรี สิทธิการรักษา สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ
- แหล่งที่มาของข้อมูล : การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยในระบบ HOSxp
- รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยใน : 15 สิงหาคม 2565 เวลา 15.05 น.
- วันที่ออกจากโรงพยาบาล : 24 สิงหาคม 2565 รวม ระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 9 วัน
- อาการสำคัญ :** 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย ซีมลง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
- ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน :** 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไอบีเสมหะ ไม่เจ็บคอ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอบีเสมหะ เหนียวสีขาวขุ่น 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย ซีมลง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** เป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีไขมันในเลือดสูง ประมาณ 10 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ
- ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว :** ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว
- การรับประทานอาหาร :** ชอบรับประทานอาหารรสจัด

ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา : ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

การประเมินร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป	หญิงไทยสูงอายุ รูปร่างท้วม น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร มาโดยรณอน
ระบบประสาท	ผู้ป่วยซึม Glasgow Coma scale E2V4M5 pupil 2 min React to light both eye
ผิวหนัง	ผิวหนังน้ำตาล แห้งเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล
ศีรษะ	ผมสั้น รูปร่างปกติ กระโหลกศีรษะรูปร่างสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง
ตา	รูม่านตาทั้ง 2 ข้าง ขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ
หู	ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีน้ำ/หนองไหลจากหู
จมูก	ขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คด ไม่เอียง ไม่ผิดปกติ
ทรวงอกและปอด	รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หายใจหอบเหนื่อย ปอดล่างขวามีเสียง Crepitation อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที
หัวใจและหลอดเลือด	ไม่มีหลอดเลือดดำโป่งทิ่มคอ อัตราการเต้นของหัวใจ 125 ครั้ง / นาที สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur
ระบบทางเดินอาหาร	หน้าท้องไม่โป่งตึง กดไม่เจ็บ คลำไม่พบก้อน Bowel sound 6-10 ครั้งต่อนาที ไม่มี guarding ไม่มี tenderness ตับและม้ามไม่โต
แขนขา	แขนและขาไม่อ่อนแรง

ผลการตรวจทางรังสี (15 ส.ค.66) : Chest X-ray : Right Lower Lobe : Infiltration

ผล EKG 12 lead (15 ส.ค.66) : Sinus Tachycardia

ผลการตรวจ Arterial Blood Gas (15 ส.ค. 2566) :

หลัง ON ET-Tube 10 min: pH 7.51, pCO₂ 42 mmHg, pO₂ 42.9 mmHg, HCO₃ 33.5 mmHg

หลัง ON ET-Tube 1 ชม: pH 7.62, pCO₂ 26 mmHg, pO₂ 41.1 mmHg, HCO₃ 26.7 mmHg

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ			
		15 ส.ค.66	16 ส.ค.66	21ส.ค.66	22 ส.ค.66
WBC	5,000-9,000 cells/cm ³	4,720		6,950	
Hemoglobin	11.0-18.0 g/dL	14.3		10.7	
Hematocrit	35-44 %	46		33	
Neutrophil	50-70 %	47		74	
Lymphocyte	20-40 %	44		16	
Monocyte	3-8 %	5		7	
Eosinophil	1-5 %	2		3	
Basophil	0-1 %	1		0	
Platelet Count	140,000-400,000 uL	236,000		238,000	
MCV	80-95 fl	96		92	

MCHC	32.0-36.0 g/dL	31		32.1	
BUN	5-23 mg/dL	7.4	10.1		
Creatinine	0.5-5.5 mg/dL	0.7	0.7		
GFR		82.67	82.67	92.35	
Sodium	135-145 mmol/L	140.10	139.30	138.90	135.20
Potassium	3.5-5.5 mmol/L	4.20	3.9	2.59	3.79
Chloride	98-108 mmol/L	99.10	103.70	102.20	102.60
CO2	21-28 mmol/L	31.10	21.20	23.30	20.20
Globulin	2-3.5 mmol/L	3.4			
Total Bilirubin	0.00-1.50 mmol/L	0.6			
Direct Bilirubin	0-0.5 mmol/L	0.2			
Total Protein	6.4-8.30 gm/dL	7.4			
Blood Albumin	3.5-5.5 gm/dL	3.4			
SGOT	0 - 40 U/L	22			
SGPT	0 - 40 U/L	8			
Alkaline phosphatase	30 - 126 U/L	62			
LAB Culture	ผลการเพาะเชื้อ 15 ส.ค.66				
Urine Culture	103 CFU/ml Corynebacterium striatum (Mix organisms>3 types)				
Blood Culture (Hemo c/s)	No growth 3 day				
Sputum Culture	Normal Flora				

การวินิจฉัยของแพทย์ : Pneumonia with Acute respiratory failure with Sepsis

การรักษาของแพทย์ : แพทย์ให้การรักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone 2 gm IV drip OD, Clindamycin 600 mg IV drip ทุก 8 ชั่วโมง และให้ยา Azithromycin (250mg) 2x1 ac หลังหยุดยาฆ่าเชื้อแบบฉีด (NG feed) 5 day, simvastatin (20mg) 1 hr, NSS 1000ml IV drip 40-60 ml/hr

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว

ข้อมูลสนับสนุน: 1) ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 68%, RR 28-32 ครั้งต่อนาที 2) ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 3) ผล Chest X-ray: Right lower lobe infiltration

เกณฑ์ประเมินผล: ผู้ป่วยมีจังหวะการหายใจสัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ และ SpO₂ ≥ 95%

การพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินภาวะการหายใจและการขาดออกซิเจน โดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจและวัดปริมาณอากาศที่หายใจเข้า-ออก และวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน หากพบอาการผิดปกติให้รีบแก้ไขและรายงานแพทย์ทันที

2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน โดยดูแลการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา ตรวจสอบสายของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้มีน้ำขัง เนื่องจากน้ำที่ขังอยู่ในสายเครื่องช่วยหายใจ จะทำได้

รับปริมาตรอากาศไม่ตรงกับค่าที่ตั้งไว้ และควบคุมให้ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO_2) $\geq 95\%$ ตามแผนการรักษา ถ้า (SpO_2) $< 95\%$ ประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลตำแหน่งของท่อหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมตลอดเวลา สังเกตตำแหน่งทุกครั้งที่มีการจัดท่าหรือขยับศีรษะผู้ป่วย และดูแลไม่ให้มีการอุดตัน ไม่ให้เกิดการโค้งงอหรือหักพับ และตรวจสอบสายของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้น้ำขังเนื่องจากน้ำที่ขังอยู่ในสายเครื่องช่วยหายใจ จะเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็ว เกิดการต้านเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ได้รับปริมาตรอากาศไม่ตรงกับค่าที่ตั้งไว้

4. ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อหายใจออกเอง (เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวล) โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญและจำเป็นของการมีท่อช่วยหายใจ และดูแลให้ได้รับยา Haldol $\frac{1}{2}$ amp iv stat ถ้าผู้ป่วย Agitation ตามแผนการรักษา

5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยปฏิบัติดังนี้

5.1 ดูดเสมหะ โดยประเมินจากการฟังเสียงปอด ใช้การดูดเสมหะระบบปิดยึดหลักเทคนิคปลอดภัย โดยเปิดความดันในการดูดเสมหะ 80-120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10-15 วินาที และเลือกขนาดของสาย suction ให้เหมาะสม

5.2 จัดท่านอนศีรษะสูงและเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไหลออกได้ดี

6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาขยายหลอดลม และยาละลายเสมหะ เป็นต้น

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ผลของก๊าซในเลือดแดง (ABG), ผลตรวจเพาะเชื้อ และผล chest X-ray

ประเมินผล: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การขยายตัวของทรวงอกทั้ง 2 ข้างเท่ากัน จังหวะการหายใจสัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ และได้รับออกซิเจนเพียงพอ ผลออกซิเจนในเลือดแดง (ABG) PaO_2 80-100 mmHg, O_2 Saturation 99-100 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน: 1) ค่าโปแตสเซียมในเลือด 2.59 mmol/L 2) ผู้ป่วยได้รับยา Elixir KCL 30 ml ทุก 4 ชั่วโมง X 3 ครั้ง

เกณฑ์ประเมินผล: 1) ค่าโปแตสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

การพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามการเต้นของหัวใจ

2. เฝ้าระวังอาการของภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเหน็บชา กล้ามเนื้อกระตุก และท้องผูก เป็นต้น

3. ดูแลให้ได้รับยา Elixir KCL 30 ml (NG feed) ทุก 4 ชั่วโมง X 3 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

4. ติดตามผลการตรวจโปแตสเซียมในเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล: 1) ค่าโปแตสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.79 mmol/L 2) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสมหะอุดกั้นในทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน: 1) เสมหะเหนียวสีขาวขุ่น ปริมาณมาก 2) ฟังเสียงปอดมี Crepitation RLL 3) ใส่ท่อช่วยหายใจทำให้การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ

เกณฑ์ประเมินผล: ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่ง ไม่เกิดภาวะเสมหะอุดกั้นในทางเดินหายใจ

การพยาบาล

1. ประเมินการหายใจอย่างใกล้ชิด/จากเครื่องmonitor สังเกตการหายใจ ฟังเสียงปอด อัตราการหายใจ ความลึกจากการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ

2. จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา และพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อให้การไหลเวียนเลือดในสมองอยู่ในภาวะสมดุล

3. ดูดเสมหะแบบระบบปิด (Closed suction system) อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตามสภาพความจำเป็นของผู้ป่วย และตั้งแรงดันในการดูดเสมหะจากเครื่องดูดเสมหะ 80-120 mmHg

4. ดูแลให้ได้รับยา Beradual 1 NB พ่น ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

ประเมินผล: 1) ไม่เกิดภาวะเสมหะอุดกั้นในทางเดินหายใจ 2) ปริมาณมากลดลง เสมหะอ่อนตัวสีขาว 3) เสียง Crepitation RLL ลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associate Pneumonia/Pneumothorax/Atelectasis)

ข้อมูลสนับสนุน: 1) มีไข้ BT > 37.5 องศาเซลเซียส 2) มีเสมหะเหนียว สีขาวขุ่น 3) ฟังเสียงปอดมี Crepitation RLL

เกณฑ์ประเมินผล: 1) ไม่มีไข้ BT < 37.5 องศาเซลเซียส 2) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3) ค่า WBC ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (5,000-9,000 cells/cm³) และผลการเพาะเชื้อเสมหะ ไม่พบเชื้อจุลชีพ

การพยาบาล

1. ประเมินภาวะไข้ และติดตามค่าสัญญาณชีพ ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

2. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ โดยเฉพาะการล้างมือในสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. ดูแลความสะอาดในช่องปากฟันลิ้น และความสะอาดของร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อระบายเสมหะออก (Postural drainage) ร่วมกับการใช้อุ้งมือตบ และทำให้ สั่นสะเทือน (Cupping and Vibration) ถ้าไม่มีข้อห้าม

5. ดูดเสมหะแบบระบบปิด (Closed suction system) อย่างถูกต้องและเหมาะสม

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาการติดเชื้อต่างๆ ตามแผนการรักษา

7. ดูแลให้ได้รับยาได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ประเมินผล: 1) ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT < 37.5 องศาเซลเซียส 2) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3) ค่า WBC ในเลือด 6,950 cells/cm³ และผลการเพาะเชื้อเสมหะ ไม่พบเชื้อจุลชีพ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. เสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวได้น้อย เช่น เกิดแผลกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน: 1) Braden scale=10 2) ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์ประเมินผล: 1) ไม่เกิดแผลกดทับ

การพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินของบราเดน (Braden scale)

2. จัดให้นอนที่นอนลม ใช้เทคนิคการยกตัวหลีกเลี่ยงการลากดึง และช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดแรงกดและส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด

3. ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ไม่ให้ผิวหนังเปื่อยช้ำจากการขัดถูอย่างรุนแรงและปัสสาวะ เพื่อป้องกันการระคายเคืองที่อาจทำให้ผิวหนังอักเสบ เป็นแผลและติดเชื้อได้

4. ประเมินความชุ่มชื้น ความตึงตัวของผิวหนัง และรอยแดงตามร่างกายโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกทุก 8 ชั่วโมง

5. ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด ช่วยทำกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม ทำ Passive Exercise แขนขาและข้อต่อต่างๆ

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. ผู้ป่วยวิตกกังวลจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน: 1) ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 5 วัน 2) ผู้ป่วยพยายามดึงท่อช่วยหายใจออก สีหน้าเคร่งเครียด นอนไม่ค่อยหลับ 3) แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ยา Hadol ½ amp IV stat ถ้าผู้ป่วย Agitation

เกณฑ์ประเมินผล: 1) ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าผ่อนคลาย พักผ่อนนอนหลับได้ 2) ผู้ป่วยไม่ดึงท่อช่วยหายใจออก การพยาบาล

1. อธิบายถึงความสำคัญและผลดีของการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และผู้ป่วยเกิดกำลังใจ
2. แนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการสื่อสารแทนการใช้เสียง เช่น จัดอุปกรณ์ในการใช้เขียน ใช้ท่าทางและใช้ภาพประกอบ
3. ประเมินความวิตกกังวล จากลักษณะสีหน้าที่แสดงออกเช่น หน้ามึน คิ้วขมวด และนอนไม่หลับ เป็นต้น และใช้เทคนิคการสัมผัส ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับญาติ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ

ประเมินผล: 1) ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย พักผ่อนนอนหลับได้ 2) ผู้ป่วยไม่ดึงท่อช่วยหายใจออก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อช่วยหายใจ เช่น Respiratory distress

ข้อมูลสนับสนุน: 1) แพทย์ถอดท่อช่วยหายใจ วันที่ 22 ส.ค 66 2) หลังถอดท่อช่วยหายใจ ให้ O₂ mask with bag 10 LPM keep O₂ saturation ≥ 95% ผู้ป่วย O₂ saturation 100% ฟังปอด clear ไม่มีไข้ วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2566 แพทย์ให้เปลี่ยนเป็น on O₂ canular flow 3 LPM keep O₂ saturation > 94%

เกณฑ์ประเมินผล: 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อช่วยหายใจได้แก่ Respiratory distress 2) ผู้ป่วยหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เหนื่อยหอบ RR 20-22 b/m, O₂ Saturation >94%

การพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ความอึดตัวของออกซิเจน เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องหลังถอดท่อช่วยหายใจ 48 ชั่วโมง ติดตาม Early warning signs ของ Respiratory distress ถ้ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที

2. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดได้ขยายตัวเต็มที่ และดูแลให้ได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ on oxygen cannula 3 LPM Keep O₂ Saturation > 94% ตามแผนการรักษา

3. . แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Secretion drainage) เพื่อขับเสมหะ พยาบาลอาจ ช่วยเคาะปอดร่วมด้วยเพื่อช่วยระบายเสมหะในหลอดลมและปอดออกสู่ภายนอกได้ดียิ่งขึ้น และให้ความรู้และฝึกทักษะ การหายใจที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้การสูดลมหายใจเข้าลึกๆ โดยใช้กลัมนื้อหน้าท้องและกะบังลม และเป่าริมฝีปากเมื่อ หายใจออก (deep breathing exercise) ควรฝึกทุกวัน ตอนเช้าและเย็น ครั้งละประมาณ 10-15 นาที

4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะตามความเหมาะสมเพื่อป้องกันเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ และจัดท่าให้ เสมหะออกได้ง่าย เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยลุกขึ้นนั่งบนเตียงหรือข้างเตียง ตามสภาพ

ประเมินผล: 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อช่วยหายใจได้แก่ Respiratory distress 2) ผู้ป่วยไม่ เหนื่อยหอบ on oxygen cannula 3 LPM O₂ Saturation 95-99% RR 20-22 b/m

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8. อาจเกิดภาวะ Aspirate pneumonia ซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: 1) ผู้ป่วยไอและสำลักบ่อยขณะรับประทานอาหาร 2) การวินิจฉัยแรกเริ่ม: R/O Aspirate pneumonia

เกณฑ์ประเมินผล: 1) ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำของพยาบาล สามารถตอบคำถามและอธิบายได้อย่างถูกต้อง
การพยาบาล

1. ประเมินปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการสลับระหว่างการรับประทานอาหาร ได้แก่ มีภาวะกลืนลำบาก ไอบ่อย ขณะรับประทานอาหาร หรือหลังกลืนอาหาร ทำกิจกรรมอื่น ๆ ขณะรับประทานอาหาร เช่น การพูดคุย การหัวเราะ และการดูโทรทัศน์ เป็นต้น เพราะจะนำมาสู่การสนทนา หรือการหัวเราะที่จะเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการสำลักอาหาร
2. แนะนำจัดท่าให้นั่งตัวตรงลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ก้มหน้าลงให้คางชิดอก เพื่อช่วยลดการเปิดกล่องเสียง ทำให้อาหารไม่ตกเข้าไปในช่องทางเดินหายใจและป้องกันการสำลัก
3. กรณีที่ผู้ป่วยนอนเตียงที่สามารถปรับได้ ควรปรับเตียงให้ได้ประมาณ 45-90 องศา เพื่อลดความเสี่ยงในการสำลักอาหารระหว่างรับประทานอาหาร และหลังรับประทานอาหาร ไม่ควรนอนทันทีที่หลังอาหารทุกมื้อ
4. แนะนำให้ญาติไม่เร่งให้ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืน เพราะมีโอกาสเสี่ยงต่อการสำลักได้
5. เตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ปริมาณที่ไม่ควรมากเกินไป ขนาดควรแบ่งเป็นชิ้นพอดีคำ เพื่อให้สามารถรับประทานได้ง่าย และควรมีอาหารประเภทซุบให้ผู้สูงอายุ เพิ่มความลื่นคอในระหว่างการรับประทานอาหาร
6. ควรทำความสะอาดช่องปากก่อนและหลังอาหารทุกมื้อ โดยทำความสะอาดฟัน ฟันปลอม เหงือก อาจใช้สำลีชุบน้ำเช็ด กวาดลิ้น เป็นประจำ เพื่อช่วยลดการสะสมเชื้อโรคในช่องปาก และป้องกันการติดเชื้อจากการสำลัก
7. แนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อผู้สูงอายุสำลักให้จัดทำกัมหรือตะแคงกึ่งคว่ำ เอาอาหาร และฟันปลอมออกจากปาก แต่ไม่ควรล้วงคอ ถ้ามีอาการหายใจหอบ เหนื่อย หน้าซีด ปากคล้ำ ต้องรีบมาพบแพทย์

ประเมินผล: 1) ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำของพยาบาล สามารถตอบคำถามและอธิบายได้อย่างถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: 1) ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับเรื่องโรคเป็นระยะๆ 2) ผู้ป่วยและญาติถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์ประเมินผล: 1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน สามารถอธิบายและตอบคำถามได้ถูกต้อง
การพยาบาล

1. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค ของผู้ป่วยและญาติ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เรื่องโรค การดำเนินของโรค ผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยให้ข้อมูลครั้งละน้อยๆ เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้
3. แนะนำเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยสอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ เพื่อทำให้กล้ามเนื้อรอบๆปอดยืดขยายเท่ากับเป็นการกระตุ้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่จะช่วยในการ
4. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยการหายใจเข้าลึกเต็มที่ซ้ำๆ แล้วกลืนไว้แล้วไอออกมาโดยเร็วและแรงเพื่อช่วยขับเสมหะได้
5. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และระมัดระวังเรื่องการสำลักอาหาร แนะนำให้นั่งตัวตรงขณะรับประทานอาหาร และหลังรับประทานอาหารควรนั่งต่ออีกอย่างน้อย 30 นาที ไม่พูดคุยขณะรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเวลาเหนื่อยหอบหรือรีบเร่ง อาจต้องให้พักประมาณ 30 นาที ก่อนมื้ออาหาร
6. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา วิธีการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา การรับประทานยาให้ครบตามคำสั่งแพทย์ ไม่ควรหยุดยาหรือเปลี่ยนยาหรือซื้อยามารับประทานเอง
7. อธิบายการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ โดยจัดให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนแออัด และที่มีฝุ่นละออง

8. เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและญาติ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองว่าสามารถทำได้

9. การมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามการรักษา การรับประทานยา หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ไอ มีเสมหะ และเหนื่อยหอบมาก ควรรีบมาพบแพทย์ไม่ต้องรอถึงวันนัด

ประเมินผล: 1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถอธิบายและตอบคำถามได้ถูกต้อง
สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย ชีพจร 125 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลบางใหญ่ รับประทานยาสม่ำเสมอ แกร็บ ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย มีอาการซึม E2V4M5 Pupil 2 mm. react to right both eye อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 125 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/61 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนทางปลายนิ้ว (O_2 saturation: SpO_2) 68% on O_2 mask with bag 10 LPM SpO_2 90% ระดับน้ำตาลในเลือด 121 mg% ผล chest X-ray พบ Infiltration RLL. ฟังเสียงปอดพบ Crepitation RLL แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (E-T tube) No. 7 mark 18 แพทย์ วินิจฉัย R/O Aspirate Pneumonia แพทย์ให้นอนพักรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วย On ET tube ตั้ง setting เป็น PCV mode ได้รับการรักษาด้วย Ceftriaxone 2 gm IV drip OD, Clindamycin 600 mg IV drip ทุก 8 ชั่วโมง, Azithromycin (250mg) 2x1 ac (NG feed) 5 day, simvastatin (20mg) 1 hs, NSS 1000ml IV drip 40-60 ml/hr ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหา คือ 1) ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว 2) มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสมหะอุดตันในทางเดิน 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 5) เสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวได้น้อย เช่น เกิดแผลกดทับ 6) ผู้ป่วยวิตกกังวลจากการใส่ท่อช่วยหายใจ 7) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อช่วยหายใจ เช่น Respiratory distress 8) อาจเกิดภาวะ Aspirate pneumonia ซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 9) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ได้รับการแก้ไข แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 24 สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน และนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางใหญ่ ในวันที่ 29 เดือน กันยายน 2566 ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานที่บ้าน 1) Augmentin (1gm) 1 tab bid.pc /14 tablets 2) furosemide 2 ชอง x 3pc /60 3) Simvastatin (20mg) 1 po hs 4) Amlodipine (5mg) 1 po OD เช้า คำแนะนำก่อนกลับบ้าน แพทย์และทีมพยาบาลได้วางแผนการจำหน่าย โดยเน้นย้ำความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์แนวทาง การดูแลของพยาบาล ผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เพื่อป้องกันการเกิด Aspirate pneumonia ซ้ำ เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองว่าสามารถทำได้ แนะนำเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยสอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและตรงต่อเวลา การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษา หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ไอ มีเสมหะ และเหนื่อยหอบมาก ควรรีบมาพบแพทย์ไม่ต้องรอถึงวันนัด

สรุปวิจารณ์

กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยสูงอายุได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติอย่างรวดเร็วและการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด และหยาเครื่องช่วยหายใจให้ได้เร็วที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาล

ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคเป็นอย่างดี มีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตดังกล่าวตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งควรได้เข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินความต้องการครอบคลุมทุกด้าน นอกจากนี้พยาบาลควรมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวกับภาวะวิกฤตของโรค โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถปรับแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม จากการศึกษาผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญจากภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการดูแลจนพ้นภาวะวิกฤต หลังการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับและแพทย์ได้จำหน่ายกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญที่เป็นพิเศษ รวมทั้งต้องมีแนวทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย จึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจำหน่ายได้ และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน
2. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรจัดทำแผนพัฒนาระบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด
3. ควรเน้นให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดปอดติดเชื้อ
4. ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

บรรณานุกรม

- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Dellinger, P. (2017). International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Crit Care Med, 45(3), 486-552.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). โรคปอดอักเสบ(Pneumonia). สืบค้น 12 พฤศจิกายน 2566. จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21
- กองบริหารการสาธารณสุข. (2562). คู่มือสำหรับประชาชนเรื่องเซ็ปซิส (Sepsis). สืบค้น 18 พฤศจิกายน 2566. จาก : <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/53/2>
- อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาล. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร กุสุมภ์ และคณะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- เพชรรุ่ง อธิรัตน์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(2), 5-6.