

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ กรณีศึกษา 2 ราย

### Nursing care for patients with pneumonia 2 case study.

สายสุณีย์ อารีราษฎร์

Saisunee Arerard

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

(Received: August 30, 2025; Accepted: September 20, 2025)

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เป็นการเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ในช่วงเดือนสิงหาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 3 ระยะ ระยะแรกรับ ระยะระหว่างการดูแล และระยะจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของกรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้สูงอายุ มีอาการและอาการแสดงคล้ายกัน ตรวจพบ CXR infiltration แตกต่างกันว่าโรคร่วม รายที่ 2 พบวัณโรคปอด ซีด ได้ให้ PRC และมีภาวะ electrolyte imbalance รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษามากกว่ารายที่ 1 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจำหน่ายกลับบ้าน จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของโรคร่วมส่งผลให้ต้องใช้การพยาบาลซับซ้อนและระยะเวลารักษานานมากขึ้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ร่วมกับสหวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

**คำสำคัญ:** โรคปอดอักเสบ, การพยาบาล, โรงพยาบาลระนอง



## Abstract

This study employed a case study design with the objective of comparing nursing care for patients with pneumonia. Two patient cases were examined to compare the application of the nursing process for pneumonia among two inpatients admitted to Ranong Hospital, Ranong Province, during August 2025 (B.E. 2568). The research instruments comprised data-extraction forms for patient medical records, caregiver/relative interviews, and direct observation. Data were analyzed by comparing pathophysiology, signs and symptoms, and treatments; nursing problems were assessed using Gordon's 11 Functional Health Patterns. Nursing diagnoses were established, nursing care was provided, and outcomes were evaluated across three phases: at admission, during care, and at discharge.

The findings indicated that the two pneumonia cases were older adults who presented with similar clinical manifestations and chest radiograph (CXR) findings of pulmonary infiltrates. They differed in comorbidities: Case 2 had pulmonary tuberculosis, anemia requiring packed red cells (PRC), and an electrolyte imbalance, and received supplemental oxygen; the overall management was more complex than for Case 1. Both patients were discharged home. The study suggests that comorbidity-related abnormalities necessitate more complex nursing care and longer lengths of stay. Therefore, nurses require sufficient knowledge and skills to care for patients with pneumonia and should apply the nursing process to provide holistic care to patients and families in collaboration with the multidisciplinary team, thereby enhancing patient safety, preventing complications, and reducing mortality.

**Keywords :** Pneumonia, Nursing Care, Ranong Hospital

## บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศกำลังพัฒนา การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาเป็นการสูดสำลักควั่นหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจ พบว่าโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดนอกโรงพยาบาล และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ด้วย เช่นโรคทางระบบการหายใจ (asthma, COPD) ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (congestive heart failure (CHF)) โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัว หรือสมรรถนะร่างกายที่แย่งลง เป็นต้น ผู้ป่วยปอดอักเสบ ที่พบนอกโรงพยาบาลจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบชุมชน (community-acquired pneumonia, CAP) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชุมชนชนิดรุนแรงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ดังนั้น จึงถือว่าเป็นโรคปอดอักเสบมีอัตราการตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ (กรมการแพทย์, 2566)

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) คือโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วย ถุงลมปอด และเนื้อเยื่อโดยรอบ โดยเชื้อโรคที่เข้าสู่ปอดและทำให้เกิดการอักเสบของถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา ซึ่งเชื้อที่พบจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุและสภาพแวดล้อมที่เกิดโรค เช่น ได้รับเชื้อจากที่ชุมชนทั่วไป หรือจากภายในโรงพยาบาล เชื้อแบคทีเรียที่พบมักได้แก่

*Streptococcus pneumoniae* เชื้อ *Haemophilus influenzae* type b, เชื้อ *Chlamydia pneumoniae* เชื้อ *Legionella* spp. และเชื้อ *Mycoplasma pneumoniae* ส่วนเชื้อไวรัส ได้แก่ เชื้อ respiratory syncytial virus (RSV), เชื้อ influenza หรือเชื้อไข้หวัดใหญ่ และเชื้อราจากมูลนกหรือซากพืชซากสัตว์ซึ่งเกิดจากติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย อาการสำคัญคือ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (chest retraction) จมูกบาน (nasal flaring) ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือเหมือนเสียงขี้ผง (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำหรือมูก (rhonchi) พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบจะเริ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการติดเชื้อ และแสดงอาการภายใน 4-5 วัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงทีที่การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง ซึ่งเรียกอาการนี้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลว

ในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยปอดอักเสบเสียชีวิตจากปอดอักเสบเพิ่มขึ้น 42.1, 43.8 และ 45.3 ตามลำดับ และจากสถิติโรงพยาบาลระนอง พบว่ามีผู้ป่วยปอดอักเสบเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 778 คน ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 975 คน และในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 1,369 คน และผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 118 ราย, 121 ราย และ 157 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเฉลี่ยต่อราย



เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 44,103 บาทต่อราย เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 66,759 บาท และค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 192,569 บาท ตามลำดับ (ทัญญู ศรีวิไล วิมล อ่อนเส็ง, 2560) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอักเสบ จึงต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ถ้ารักษาไม่ทันท่วงทีผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ตั้งนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลระนอง

### ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยปอดอักเสบและมีโรคร่วม 2 ราย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระนอง ช่วงศึกษา ในรายที่ 1 วันที่ 1 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 4 สิงหาคม 2568 รายที่ 2 วันที่ 6 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 17 สิงหาคม 2568 โดยศึกษาการให้การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม ระยะระหว่างการดูแล และระยะเตรียมจำหน่าย

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยวิจัยแนะนำ

ตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่า การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง เลขที่ COE\_RNH\_EC 003/2568 ได้รับการรับรองในวันที่ 21 กรกฎาคม 2568 ทั้งนี้ เอกสารและข้อมูลการวิจัยจะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัยโดยจำกัดสิทธิการเข้าถึง และจะทำลายข้อมูลระบุตัวตนภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยตามระยะเวลาที่หน่วยงานกำหนด เพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระนองในช่วงเดือนสิงหาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน (เช่น สัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสีทรวงอก) 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา (เพื่อให้เห็นความแตกต่างและความเหมือนของแต่ละราย) 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยปอด

อักเสบ ข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 ราย (อายุ เพศ โรคร่วม และระยะเวลาอนโรงพยาบาล)

**ผลการวิจัย**

ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นเพศหญิงสูงอายุ (74 และ 77 ปี) มีโรคประจำตัวร่วมหลักคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (รายที่ 1 มีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย) ไม่มีประวัติแพ้ยา อาการนำสำคัญคล้ายกันคือไข้ ไอ มีเสมหะ และเหนื่อยหอบ แต่รายที่ 2 ระบุอ่อนเพลียและเบื่ออาหารชัดเจนกว่า ระยะเวลาป่วยก่อนมาโรงพยาบาลอยู่ที่ 7 วัน (รายที่ 1) และ 5 วัน (รายที่ 2) สัญญาณชีพแรกเริ่มชี้ภาวะติดเชื้อและความเครียดทางสรีรวิทยาในทั้งสองราย: มีไข้ (38.7°C และ 38.3°C) ชีพจรเร็ว (104 และ 122 ครั้ง/นาที) โดยรายที่ 2 มีอัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที บ่งชี้ภาวะหายใจลำบากมากกว่า ความดันโลหิตทรายที่ 2 สูงกว่า (155/79 มม.ปรอท เทียบกับ 130/66 มม.ปรอท) สอดคล้องกับความรุนแรงที่มากขึ้นและความจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนชนิด mask with bag แนวทางการรักษาต่างกันตามความรุนแรง: รายที่ 1 ได้ยาปฏิชีวนะเชิงประจักษ์

(ceftriaxone ร่วม azithromycin) การพ่นขยายหลอดลม และการควบคุมอาการร่วม ขณะที่รายที่ 2 ต้องให้ออกซิเจนทันที เริ่ม ceftriaxone จากนั้น ขยับระดับเป็น piperacillin/tazobactam (ทุก 8 ชม.) และเสริม clindamycin รวมทั้งได้รับยาต้านวัณโรคครบสูตร (INH, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol พร้อมวิตามิน B6) สะท้อนการวินิจฉัยหรือข้อสงสัยวัณโรคร่วมกับปอดอักเสบที่รุนแรงกว่า ผลลัพธ์เบื้องต้นสอดคล้องกับความรุนแรง: ระยะเวลาอนโรงพยาบาลของรายที่ 1 เพียง 3 วัน ขณะที่รายที่ 2 ยาวถึง 12 วัน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอัตราการหายใจสูง ความจำเป็นให้ออกซิเจน และการมีวัณโรคร่วมสัมพันธ์กับความซับซ้อนของการรักษาและระยะเวลาอนที่ยาวขึ้น ประเด็นการพยาบาลจึงควรเน้นการเฝ้าระวังการหายใจและออกซิเจนอย่างใกล้ชิด การให้ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านวัณโรคอย่างถูกต้องตามเวลา การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยที่มีเบาหวาน การจัดการเสมหะและการพ่นยา ตลอดจนการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องสัญญาณอันตรายและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกรณีสงสัยวัณโรค ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตาราง 1** เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติ	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 ปี	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 77 ปี
จำนวนวันที่นอน	3 วัน	12 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	7 วัน ไข้ไม่มีเสมหะสีขาว หายใจเหนื่อยไปรักษาคลินิกแนะนำมาโรงพยาบาล อาการแรกเริ่มที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี	5 วัน ไข้ ไอมีเสมหะอ่อนเพลีย กินได้น้อยวันนี้ หายใจเหนื่อยญาติ นำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคประจำตัว เป็น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง รับการรักษาด้วยยาจากโรงพยาบาลระนอง ไม่เคยขาดยา	โรคประจำตัว เป็น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน รับการรักษาด้วยยาจากโรงพยาบาลระนอง ไม่เคยขาดยา
ประวัติการแพ้	ไม่มีประวัติแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
สัญญาณชีพแรกพบ	อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 130/66 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 155/79 มิลลิเมตรปรอท
แผนการรักษาของแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ออกซิเจน Ceftriaxone 2 gm. ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง</li> <li>- เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลก่อนมื้ออาหารและก่อนนอน</li> <li>- ให้อาบน้ำขยายหลอดเลือด</li> <li>- Azithromycin (250 mg.) 2x1 pc.</li> <li>- fiamacill 1x3 ละลายน้ำซดดื่ม</li> <li>- GG 1X3 pc.</li> <li>- Paracetamol (500mg.) 2 tab prn ทุก 4-6 hr</li> <li>- ยาพ่นขยายหลอดเลือด Berodual 1 nebule พ่นทุก 4 ชั่วโมง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ออกซิเจนชนิด Mask with bag</li> <li>- ให้ออกซิเจนเริ่มแรกให้ Ceftriaxone 2 gm ทางหลอดเลือดดำ stat than Ceftriaxone 2 gm วันละ 1 ครั้ง</li> <li>- เปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เพิ่มยาปฏิชีวนะ Clindamycin 300 mg ทางหลอดเลือด เลือดดำทุก 8 ชั่วโมง</li> <li>- ให้อาบน้ำขยายหลอดเลือด INH(100) 3Xhs, Rifam (450) 1xhs, PZA(500) 2Xhs ,Etham (400) 2xhs, B6 1x2 pc</li> </ul>

ทั้งสองรายมีแกนปัญหาพร้อมคือ เสี่ยงเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากปอดอักเสบ (ไข้, CXR infiltration, crepitation; รายที่ 2 มี wheezing เพิ่ม) รายที่ 1 เต้นเรื่องเสียสมดุลน้ำ-อิเล็กโทรไลต์ (Na 130, K 3.3, CO<sub>2</sub> 13.1) และซีดีเตน (Hct 20%, Hb 6.5 g/dL) ซึ่งซ้ำเติมภาวะพร่องออกซิเจน แต่ไม่พบภาวะหายใจล้มเหลว/หัวใจเต้นผิดจังหวะ รายที่ 2 รุนแรงกว่า เสี่ยงหายใจ

ล้มเหลวเฉียบพลัน มี AF/HR ไม่สม่ำเสมอ (เสี่ยงหัวใจล้มเหลว) และได้รับอาหาร-น้ำไม่พอร่วมกับเหนื่อยง่าย นัยทางการพยาบาล ทั้งสองรายเน้นคงภาวะออกซิเจนและการระบายเสมหะ รายที่ 1 โฟกัสแก้ซีดีและปรับสมดุลอิเล็กโทรไลต์ รายที่ 2 เผื่อระวังระบบหายใจ-หัวใจอย่างใกล้ชิด เสริมโภชนาการ และเตรียมฟื้นฟูก่อนจำหน่าย ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะแรกรับวิกฤติฉุกเฉิน ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วย 2 ราย การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

การพยาบาลระยะ	เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	รายที่ 1	รายที่ 2
ระยะที่ 1 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกพบ	1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน	1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน

การพยาบาลระยะ	เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	รายที่ 1	รายที่ 2
1. มีการติดเชื้อใน ร่างกาย	S: ไอมีเสมหะ O: ผล CXR infiltration	S: ไอมีเสมหะ O: ผล CXR infiltration
2. ผู้ป่วยมีภาวะ หายใจไม่มี ประสิทธิภาพ	O: ใช้ 38.7 องศาเซลเซียส O: Lung Crepitation	O: ใช้ 38.3 องศาเซลเซียส O: Lung Crepitation และ Wheezing BL
ระยะที่ 2 คือ การ พยาบาลผู้ป่วยระยะ ระหว่างการดูแล	ไม่พบปัญหา	1.เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ข้อมูลสนับสนุน S: ไอ มีเสียงเสมหะ O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี O: ใช้ 38.3 องศาเซลเซียส O: ประวัติมีโรคประจำตัว Asthma AF O: ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ RR 28 ครั้ง/นาที O: Lung: Crepitation และ Wheezing O: CXR infiltration O: O2sat94 %
1. เสี่ยงต่อภาวะการ หายใจล้มเหลว เฉียบพลัน		
2. มีภาวะเสียสมดุล สารน้ำและอิเล็กโทร ไลต์เนื่องจากมีไข้สูง	2.มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ใน ร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยมี การอาการคลื่นไส้ อาเจียน ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอก เบื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียน O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี O: Electrolyte: Na130, K3.3, CO2 13.1	2.ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจาก รับประทานอาหารได้น้อยข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกรับประทานอาหารได้น้อยลง O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี O: ผู้ป่วยบอก รู้สึกหายใจไม่อิ่ม
3. เสี่ยงภาวะหัวใจ ล้มเหลวเนื่องจากหัวใจ เต้นผิดปกติ	ไม่พบปัญหา	3.เสี่ยงภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากหัวใจเต้น ผิดปกติข้อมูลสนับสนุน S: บอก ไอเป็นชุดๆ เหนื่อยเพลีย มีอาการ ใจสั่น O: HR 100 ครั้ง/นาที irregular O: ประวัติมีโรคประจำตัว AF
4. เซลล์ร่างกายอาจ ได้รับออกซิเจนไม่ เพียงพอ	4.เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะชืดข้อมูลสนับสนุน S: - O: ผิวหนังและเยื่อตาซีด อ่อนเพลียมาก O: HCT20 vol% และHb 6.5 gm%	ไม่พบปัญหา

การพยาบาลระยะ	เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	รายที่ 1	รายที่ 2
5. เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจน	5. เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน S: - O: ผล CXR infiltration O: ใช้ 39.1 องศาเซลเซียส O: ฟังปอด Crepitation	5. เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน S: - O: ผล CXR infiltration O: ใช้ 39.1 องศาเซลเซียส O: ฟังปอด Crepitation
ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสภาพ	ไม่พบปัญหา	6. ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลียข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วย สูงอายุ 77 ปี O: ประวัติมีโรคประจำตัว Hypertension และ DM O: หายใจเหนื่อยหอบ RR 28 ครั้ง/นาที O: ใช้ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส

ทั้งสองรายคือเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง โดยมีไข้ ไอมีเสมหะ ผล CXR พบ infiltration และฟังปอดได้ยิน crepitation (รายที่ 2 มี wheezing และ RR สูงกว่า พร้อม O<sub>2</sub> sat 94% บ่งชี้ความรุนแรงมากกว่า) แนวปฏิบัติการพยาบาลจึงเน้นการประเมินภาวะหายใจและสัญญาณชีพที่ช่วงแรก การให้ออกซิเจนอย่างเหมาะสม การให้ยาปฏิชีวนะตามแผน และในรายที่ 2 เพิ่ม Tazocin/Clindamycin พร้อมยาต้านไวรัสโคโรนา รวมถึงการพักผ่อนและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ผลการประเมินชี้ว่าเป้าหมายด้านการหายใจบรรลุ: RR อยู่ในช่วง 16–24 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat ≥95% เสี่ยงผิดปกติที่ปอดลดลงและ CXR ดีขึ้น

นอกจากนั้น รายที่ 1 มีปัญหาเสียน้ำ-อิเล็กโทรไลต์และภาวะซีด (Na 130, K 3.3, CO<sub>2</sub> 13.1;

Hct 20%, Hb 6.5 g/dL) จึงดูแลสารน้ำ-อิเล็กโทรไลต์ให้ PRC และติดตามค่าแล็บใกล้ชิด จนค่าชีวเคมีและอาการดีขึ้น ส่วนรายที่ 2 เสี่ยงหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะหัวใจจากจังหวะผิดปกติ (AF) จึงเฝ้าระวังทางเดินหายใจ จัดท่า ระบายเสมหะ ประเมินหัวใจต่อเนื่อง ควบคุมอาหาร-น้ำ และเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน ส่งเสริมความทนในการทำกิจกรรมและฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนจำหน่าย สุดท้าย ทั้งสองรายมีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับข้อมูลและการสื่อสารอย่างเป็นระบบ บรรลุเกณฑ์ร่วม ได้แก่ อาการทั่วไปดีขึ้น สัญญาณชีพคงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญ และสามารถวางแผนต่อเนื่องหลังจำหน่ายได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ไม่มีเสมหะ</p> <p>O: ผล CXR infiltration</p> <p>O: ไข้ 38.7 องศาเซลเซียส</p> <p>O: Lung Crepitation</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p>	<p>1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ไม่มีเสมหะ</p> <p>O: ไข้ 38.3 องศาเซลเซียส RR 28 ครั้ง/นาที</p> <p>O: O2sat=94%</p> <p>O: Lung Crepitation และ Wheezing BL</p> <p>O: ผล CXR infiltration</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p>	<p>1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำเยื่อปมูวหนังมี ลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและติดตามการเปลี่ยนแปลง</p> <p>2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง หากอาการคงที่เปลี่ยนเป็นวัดทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนชนิด Mask with bag</p> <p>4. ให้ยาปฏิชีวนะเริ่มแรกให้ Ceftriaxone 2 gm ทางหลอดเลือดดำ stat than Ceftriaxone 2 gm วันละ 1 ครั้ง เปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เพิ่มยาปฏิชีวนะ Clindamycin 300 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>5. จากการศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 มีการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้น ให้เกิดอาการกำเริบ ได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคและยากลุ่มปฏิชีวนะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา</p> <p>ให้ยาต้านวัณโรค</p> <p>-INH(100)3Xhs</p> <p>-Rifam(450)1xhs</p> <p>-PZA(500)2Xhs</p> <p>-Etham(400)2xhs</p> <p>-B61x2pc</p> <p>6. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>7. ตรวจประเมิน CBC และติดตามผล</p> <p>การวิเคราะห์การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อจะรักษาการติดเชื้อในปอดได้และ ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะ</p>
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>2. RR ไม่เกิน 16-20 ครั้งต่อนาที หายใจปกติ</p>	<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>2. RR ไม่เกิน 16-20 ครั้งต่อนาที หายใจปกติ</p>	

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %	3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %	เกิดขึ้นได้ เช่น การหายใจล้มเหลวการประเเมนผล การพยาบาล
4. lung ไม่มีเสียง crepitation หรือเสียง wheezing	4. ปอด ไม่มี crepitation หรือ wheezing	รายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรูเรื่อง ไม่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจน RR 20-24 ครั้งต่อนาที O2sat 95-99 % ปัญหาหนักไป วันที่ 4 มกราคม 2568
5.ผล CXR ปกติ	5. ผลCXRปกติ	รายที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรูเรื่อง ไม่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจน RR 18-22 ครั้งต่อนาที O2sat 96-99 % ปัญหาหนักไป วันที่ 6 มกราคม 2568
	2. เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันข้อมูลสนับสนุน S: ไอ มีเสียงเสมหะ O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี O: ประวัติมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน O: ไข้ 38.3 องศาเซลเซียส O: หายใจหอบ RR 28 ครั้ง/นาที O: O2sat94 % O: Lung Crepitation และ Wheezing O: CXR infiltration	1. ประเเมนสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จนคงที่ แล้วประเเมนทุก 1 ชม เผื่อระวัง 2. ประเเมนการหายใจ ลักษณะการหายใจไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ดูแลทางเดินหายใจโล่ง 3. จัดท่าเคาะปอดดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช่น การดูดเสมหะ 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง อย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลว 6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ 7. ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา เช่น ยาพ่นยาฆ่าเชื้อ 8. Record I/O keep Urine Output > 25-30
	<u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory failure) เกณฑ์การประเเมน 1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน 2. ระดับความรู้สึกตัวลดลง 3. RR 16-20 ครั้งต่อนาที 4.O2sat95 % 5. Lung ไม่มี crepitation หรือ wheezing 6. CXR ไม่มี infiltration	<u>การวิเคราะห์</u> การประเเมนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤติ ประเเมนอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้พ้นอันตรายและผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ <u>การประเเมนผลการพยาบาล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรูเรื่อง ไม่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>2. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยมีการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ข้อมูลสนับสนุน S: เบื่ออาหารและคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี</p> <p>O: ผล Electrolyte : Na=130 K= 3.3 CO2 =13.1</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>1.ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย</p> <p>2.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภาวะเสียสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเกณฑ์</p>	<p>3. ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานอาหารได้น้อยลง</p> <p>O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี</p> <p>O: รู้สึกหายใจไม่อิ่ม เหนื่อย</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล</u></p> <p>1.เหนื่อยเพลียลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น</p> <p>2. รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>ความความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 95-99 % ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory failure)ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 6 มกราคม 2568</p> <hr/> <p>1.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง</p> <p>2.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3.ดูแลให้ได้รับยา Elixer KCL และยาแก้อาเจียน motilium 1x3 oral ac ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>4. ประเมินติดตามผล Electrolyte</p> <p>5. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>6. ประเมินและบันทึก fluid intake and output โดยบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>7. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ขณะให้อาหารควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา</p> <p>8. ดูแลทำความสะอาดปากฟัน อย่างน้อย 2-3 ครั้ง</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>การดูแลเกี่ยวกับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การติดตามอาการผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การวัดและบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายผู้ป่วยการ</p>
<p><u>การประเมิน</u></p> <p>1.เหนื่อยเพลียลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น</p> <p>2. รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>3. ผล Electrolyte ปกติ</p> <p>4.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>		<p><u>ประเมินผลการพยาบาล</u></p> <p>รายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากภาวะเสียสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายผล Electrolyte Na=135 K=3.56 CO2=20.4 ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 4 มกราคม 2568</p>

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>4.เสี่ยงภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากหัวใจเต้นผิดปกติข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: บอกไอเป็นชุด ๆ เหนื่อยเพลีย มีอาการใจสั่น</p> <p>O: HR100 ครั้ง/นาที</p> <p>O: RR 28 ครั้ง/นาที</p> <p>O:ประวัติมีโรคประจำตัว HT และDM</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวเกณฑ์การประเมิน</p> <p>1.ไม่มีอาการหอบเหนื่อย RR20 -24 ครั้ง/นาที</p> <p>2.ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 -100 %3.HR 60 - 100 ครั้ง/นาที</p>	<p>รายที่ 2 ผู้ป่วยกินได้เพิ่มขึ้น ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ น้ำหนักตัวคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 6 มกราคม 2568</p> <p>1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากเมื่อนอนราบ ระดับความรู้สึกตัวพร้อมทั้งจัดบันทึกและรายงานแพทย์</p> <p>3.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จัดทำนอนศีรษะสูงท่า Semi Fowler</p> <p>4.วัดและบันทึกสัญญาณชีพจรทุก 4 ชั่วโมง และเพิ่มความถี่ในการบันทึกตามอาการที่เปลี่ยนแปลง ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา</p> <p>5.บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>6.ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย จำกัดเกลือตามแผนการรักษา เพื่อลดปริมาณเกลือในร่างกาย</p> <p>7. ส่งตรวจ Film chest x-ray และติดตาม</p> <p>8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>ความเครียด อาหารเค็ม โรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง จะส่งผลให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ผิดปกติซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วย</p> <p>เหนื่อยลดลง ใจสั่นลดลง HR 98 –110 ครั้ง/นาที RR 20-24 ครั้ง/นาที BP 132/80 mmHg O2sat 98 % ปัญหาทั้งหมดไป แต่ยังคงต้องติดตามอาการและแพทย์ Plan ให้ไปตรวจเพิ่มเติมระบบหัวใจ ที่โรงพยาบาลระนอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน</p>	<p>รายที่ 2 ผู้ป่วยกินได้เพิ่มขึ้น ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ น้ำหนักตัวคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 6 มกราคม 2568</p> <p>1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากเมื่อนอนราบ ระดับความรู้สึกตัวพร้อมทั้งจัดบันทึกและรายงานแพทย์</p> <p>3.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จัดทำนอนศีรษะสูงท่า Semi Fowler</p> <p>4.วัดและบันทึกสัญญาณชีพจรทุก 4 ชั่วโมง และเพิ่มความถี่ในการบันทึกตามอาการที่เปลี่ยนแปลง ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา</p> <p>5.บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>6.ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย จำกัดเกลือตามแผนการรักษา เพื่อลดปริมาณเกลือในร่างกาย</p> <p>7. ส่งตรวจ Film chest x-ray และติดตาม</p> <p>8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>ความเครียด อาหารเค็ม โรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง จะส่งผลให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ผิดปกติซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วย</p> <p>เหนื่อยลดลง ใจสั่นลดลง HR 98 –110 ครั้ง/นาที RR 20-24 ครั้ง/นาที BP 132/80 mmHg O2sat 98 % ปัญหาทั้งหมดไป แต่ยังคงต้องติดตามอาการและแพทย์ Plan ให้ไปตรวจเพิ่มเติมระบบหัวใจ ที่โรงพยาบาลระนอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน</p>
<p>3. เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะซีดข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบ่นไม่มีแรง อ่อนเพลีย</p> <p>O: มีโรคประจำตัว</p>		<p>1. ประเมินภาวะซีดอาการเหนื่อยอ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว</p> <p>2. ดูแลให้เลือด PRC 1 unit ตามแผนการรักษา</p>

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>O: ผิวหนังและเยื่อปอดซีด</p> <p>O: Hct 25 %, Hb 6.5gm%</p> <p>O: O2 sat 95%</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีอาการภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อยปลายมือปลายเท้าเขียว</li> <li>2. ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย</li> <li>3. Hct = 38 -47 %</li> <li>4. O2 sat &gt;= 95%</li> </ol>	<p>4.เสียงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: ผล CXR infiltration</p> <p>O: ไข้ 38.5 องศาเซลเซียส</p> <p>O: ฟังปอด Crepitation</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ</li> <li>2.อุณหภูมิร่างกายลดลงจากเดิม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. ดูแลให้ Folic 1 tab oral OD pc ตามแผนการรักษา</li> <li>4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรมทำให้อาการเหนื่อยลดลง</li> <li>5. vital sign ทุก 4 ชม</li> <li>6.ประเมิน O2 saturation ทุก 4 ชม.</li> <li>7.ติดตามผล Hct เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย</li> </ol> <p><u>การวิเคราะห์พยาบาล</u></p> <p>ทุกคนต้องมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของความปลอดภัยจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดและปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้องการประเมินผลการพยาบาลไม่มีอาการขาดออกซิเจนที่รุนแรง PR 80 ครั้ง/นาที RR 20-24 ครั้ง/นาที O2 sat 95% ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง Hct หลังให้เลือด 28%</p>
<p>4.เสียงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: ผล CXR infiltration</p> <p>O: ไข้ 38.5 องศาเซลเซียส</p> <p>O: ฟังปอด Crepitation</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ</li> <li>2.อุณหภูมิร่างกายลดลงจากเดิม</li> </ol>	<p>5.เสียงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: ผล CXR infiltration</p> <p>O: ไข้ 38.3 องศาเซลเซียส</p> <p>O: ฟังปอด Crepitation</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ</li> <li>2.อุณหภูมิร่างกายลดลงจากเดิม</li> <li>3.ผล X-ray ปอดพบ infiltration ลดลง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสมและบันทึกข้อมูลและสังเกตอาการ ดังนี้คือ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไข้สูง ความดันโลหิตลดลง อาจเนื่องจากช็อก</li> <li>- หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ไอมีเสมหะเป็นฟองโลหิตจางๆอาจเกิดจากปอดบวมน้ำ</li> <li>- อาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไข้สูง แม้จะให้ยาปฏิชีวนะแล้ว</li> </ul> </li> <li>2. ในระยะพักฟื้นจะต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง <ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อไข้ลดแล้วกระตุ้นให้ผู้ป่วย ลุกเดินได้</li> <li>- ตามปกติเพื่อให้สภาพของร่างกายกลับคืนสู่ปกติได้เร็วขึ้น</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันหลังจากรับประทานอาหารเพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย</li> </ul> </li> </ol>

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
3.ผล X-ray ปอดพบ infiltration ลดลง	4.ไม่มีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้หรือไอเป็นฟองโลหิต	- ดูแลร่างกายผู้ป่วยให้อบอุ่น ไม่เปียกชื้น และอยู่ในห้องที่อากาศถ่ายเทดี
4.ไม่มีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้หรือไอเป็นฟองโลหิต	5.สัญญาณชีพปกติ	3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน
5.สัญญาณชีพปกติ		<u>การวิเคราะห์</u> การประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ การระบายอากาศ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการผิดปกติหากพบความผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้องทันที่และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
		<u>การประเมินผล</u> ทั้ง 2 ราย อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีหายใจลำบาก นอนราบได้ อุณหภูมิลดลงแล้ว ไม่กลับขึ้นใหม่อีก ผล X-ray ปอดพบ infiltration ลดลง
	6.ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลียข้อมูลสนับสนุน S: - O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี O: ประวัติมีโรคประจำตัว Hypertensionและ DM O: หายใจเหนื่อยหอบ RR28 ครั้ง/นาที O: ไข้ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส	1.ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบันทึกอาการอ่อนเพลีย 2.แนะนำการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ 3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการเกิดของโรคสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ของผู้ป่วยดีขึ้น 4.กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกิจกรรมตนเองให้ได้มากที่สุด เช่น การลุกนั่ง รับประทานอาหาร อาบน้ำ เป็นต้น เท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย 5.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัยในการทำกิจกรรม 6.ประเมินสัญญาณชีพหลังจากทำกิจกรรม 7.ปรึกษากายภาพเพื่อฝึกการหายใจและฟื้นฟูปอด
	วิฤตประสงค์ทางการพยาบาลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่มีอาการหอบเหนื่อย เกณฑ์การประเมินผล	<u>การวิเคราะห์</u> ให้การพยาบาลตามอาการ เช่น การพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการไข้และหายใจเหนื่อยหอบ ให้การดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยา
	1.ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้ 2.ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเต็มใจในการทำกิจกรรม 3.ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย	

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับอาการ</p> <p>O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาเกณฑ์</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น ไม่มีคิ้วขมวด บอกว่าคลายความวิตกกังวลลงและ ให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>2. ผู้ป่วยนอนหลับได้</p> <p>3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา</p>	<p>7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยและญาติบอกว่าวิตกกังวล โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการบ่อยครั้ง</p> <p>O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลผู้ป่วย</u></p> <p>และญาติคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาเกณฑ์</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น ไม่มีคิ้วขมวด บอกว่าคลายความวิตกกังวลลงและ ให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>2. ผู้ป่วยนอนหลับได้</p> <p>3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา</p>	<p>บรรเทาอาการไอตามแผนการรักษา ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p><u>การประเมินผลการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยสามารถกลืนรับประทานอาหารบนเตียงได้ โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อยญาติช่วยเช็ดตัวให้</p> <p>บางส่วน ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 6 มกราคม 2568 แต่ยังคงติดตามประเมินซ้ำเมื่อกลับบ้านเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ</p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการพูดคุย เปิดโอกาสให้ ได้ระบายความรู้สึกด้วย</p> <p>2. สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ไหว้ พระ ฟังเพลง</p> <p>3. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง</p> <p>4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค แผนการรักษา</p> <p>5. แนะนำและสอนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ญาติสามารถทำได้ เช่น การเช็ดตัว การหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบให้ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา</p> <p>6. เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น</p> <p>7. ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องโรค และแนวทางการรักษา</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสามารถคลายความวิตกกังวลด้วยการให้ข้อมูลสื่อสาร การสัมผัส การได้ระบายความรู้สึก การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ</p> <p><u>การประเมินผลการพยาบาล</u></p> <p>ทั้ง 2 ราย ผู้ป่วย สีหน้าสดชื่นให้ความร่วมมือในการรักษา นอนหลับได้ ปัญหาทั้งหมดไป</p>

## อภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเริ่มต้นด้วยอาการสำคัญเหมือนกัน ไข้ ไอ และหายใจหอบ สอดคล้องกับภาพทางคลินิกของปอดอักเสบ (pneumonia) แต่การสืบค้นสาเหตุเชิงจุลชีววิทยาพบความแตกต่างสำคัญ รายที่ 1 มีการติดเชื้อจำกัดที่ปอด ขณะที่รายที่ 2 มีการติดเชื้อร่วมในทางเดินหายใจคือวัณโรคปอด และเพาะเชื้อพบ *Pseudomonas aeruginosa* (รายงานว่ามีจำนวนมาก) ซึ่งเป็นเชื้อแกรมลบก่อโรคในโรงพยาบาล/ผู้ป่วยเปราะบางที่มักดื้อยาและสัมพันธ์กับการอักเสบรุนแรงของปอด ผลลัพธ์คือรายที่ 2 ต้องได้รับการรักษานานกว่า ทั้งจาก (1) ภูมิคุ้มกันและสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุวัย 77 ปีที่ฟื้นตัวช้ากว่า (2) ภาวะโรคซ้อน (วัณโรคร่วม) ที่ต้องใช้สูตรยาหลายชนิดต่อเนื่อง และ (3) ความจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อดื้อยาพร้อมเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนจากยา

ในมิติการพยาบาล ประเด็นสำคัญคือการป้องกันและตรวจพบความล้มเหลวของระบบหายใจตั้งแต่ระยะต้น การเฝ้าระวังสัญญาณของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และการจัดการทางเดินหายใจอย่างเป็นระบบ (ท่าจัดทางเดินหายใจ การพ่นยา ภาวะภาพทรวงอก การดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้) ควบคู่กับการติดตามสัญญาณชีพและ  $O_2$  saturation อย่างใกล้ชิด สำหรับรายที่ 2 ต้องเพิ่มมาตรการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (airborne precautions) และการบริหารยาหลายกลุ่ม ได้แก่ ยาต้านวัณโรคครบสูตรร่วมกับยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ *P. aeruginosa* โดยคำนึงถึงหลัก antimicrobial stewardship (ให้ยาตรงเชื้อ ระยะเวลาพอเหมาะ และทบทวนผลเพาะเชื้อ/ความไวต่อยาเพื่อ de-escalation เมื่อเหมาะสม) พร้อมประเมินโภชนาการ น้ำ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะโลหิต

อย่างสม่ำเสมอเพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนก๊าซระดับเซลล์

สุดท้าย บทบาทพยาบาลยังครอบคลุมการให้ความรู้ผู้ป่วย ครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาให้ครบคอร์ส การเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย การป้องกันการแพร่เชื้อในบ้าน และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย แนวทางดังกล่าวช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หายใจล้มเหลวหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และเฝ้าต่อผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและยั่งยืนมากขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคร่วม

## สรุปผลการศึกษา

โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งการติดเชื้อในร่างกายมีผลกระทบต่ออวัยวะภายในร่างกาย ในระยะแรกร่างกายมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาวะปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม อวัยวะต่างๆ จะทำงานล้มเหลว และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปฏิบัติตาม CPG Pneumonia และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการ จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา ภาวะช็อก การประเมินสภาพผู้ป่วย การรายงานแพทย์เมื่ออาการผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะช็อกเป็นเวลานาน และลดระยะเวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติแบบเป็นเส้นทางดูแล (clinical pathway) สำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบในผู้สูงอายุที่ครอบคลุมการคัดกรองความรุนแรงตั้งแต่แรกเริ่ม (อัตราการหายใจ ความอึดตัวของออกซิเจน สัญญาณช็อก) ลำดับการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสม (เช่น CXR, CBC และพิจารณา ABG ตามข้อบ่งชี้) และเกณฑ์การส่งต่อ/ปรึกษาเฉพาะทาง พร้อมทั้งบูรณาการระบบแจ้งเตือนภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะเริ่มต้น (early sepsis warning) เพื่อให้แพทย์และพยาบาลตอบสนองได้ทันเวลาที่ ในกรณีสงสัยวัณโรคร่วมต้องใช้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศอย่างเข้มงวด (airborne precautions) และในกรณีเสี่ยงเชื้อดื้อยา เช่น *Pseudomonas aeruginosa* ให้เริ่มยาปฏิชีวนะเชิงประจักษ์ตามแนวทางของหน่วยงาน จากนั้นทบทวนและปรับลดตามผลเพาะเชื้อและความไวต่อยา (de-escalation) เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและลดภาวะแทรกซ้อนจากยา

2. การพยาบาลควรมุ่งเน้นการประเมินและคงภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเป็นระบบ โดยติดตามสัญญาณชีพและค่าความอึดตัวของออกซิเจนตามรอบเวลา จัดชุดกิจกรรมดูแลทางเดินหายใจ (จัดท่า ผีกหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ พ่นยา กายภาพทรวงอก และดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้) ควบคู่กับการดูแลโภชนาการ สมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งการจัดการภาวะชืดในรายที่จำเป็น สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมและภาวะเชื้อดื้อยา ควรจัดแผนดูแลต่อเนื่องก่อน

จำหน่ายและหลังกลับบ้าน (discharge planning & follow-up) ที่ชัดเจน ครอบคลุมการนัดติดตามภายใน 7-14 วัน การทบทวนรายการยา การเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย และการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการป้องกันการแพร่เชื้อและการยึดถือการรักษาให้ครบคอร์ส เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อน

3. หน่วยบริการควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพผ่านการอบรมระยะสั้นในหัวข้อการประเมินความรุนแรงของปอดอักเสบในผู้สูงอายุ การป้องกันและตรวจพบ sepsis ตั้งแต่ต้น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และมาตรการควบคุมการติดเชื้อทางอากาศ ควบคู่กับการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น เวลาเริ่มยาปฏิชีวนะครั้งแรก อัตราการปรับลดยาตามผลเพาะเชื้อภายใน 48-72 ชั่วโมง การปฏิบัติตามมาตรการ airborne ระยะเวลานอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และอัตราภาวะแทรกซ้อนทางหายใจ โดยทำการตรวจติดตามและสะท้อนผล (audit & feedback) อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการวิจัยต่อยอดด้านผลลัพธ์ระยะยาวและความคุ้มค่า เช่น ประสิทธิภาพของชุดกิจกรรมดูแลทางเดินหายใจและมาตรการควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่มีวัณโรคร่วมหรือเชื้อดื้อยา เพื่อใช้พัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ยั่งยืน

## อ้างอิง

กรมการแพทย์. (2562). *โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2563, จาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-pneumonia-edit-8-10-61.pdf>



- จริยา พันธุ์วิทยากุล, และ จิราพร มณีพราย. (2561). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. *วารสารกองการพยาบาล*.
- ทิภูสิ ศิริวิสัย, และ วิมล อ่อนเส็ง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนและขนส่งออกซิเจน (บ.ก.).
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, และ พรรณนิภา สืบสุข. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. ใน *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2* (บ.ก.).
- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลระนอง. (2565). *ข้อมูลผู้ป่วยปอดอักเสบ*. โรงพยาบาลระนอง.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. (2550). โรคปอดอักเสบ. ใน *วิทยา ศรีมาตา* (บ.ก.), *ตำราอายุรศาสตร์ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5 ปรับปรุงแก้ไข, หน้า 341–344). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *KPI3 อัตราตายผู้ป่วยปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2562). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2563, จาก [https://rng.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11](https://rng.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11)
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอักเสบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558)*. กรุงเทพฯ: กราฟฟิคดีไซน์.
- อภิชาติ คณิตทรัพย์. (2561). ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ. ใน *ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง และคณะ* (บ.ก.), *อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ*.
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร. (2542). *โรคปอดอักเสบ: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.