

การพยาบาลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อต้านจุลชีพ หลายชนิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

อำไพ กันยวิมล, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิด (Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii*: MDR-AB) เป็นภาวะที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงมักเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ซึ่งเชื่อกันว่ามีความสามารถในการดื้อยาหลายชนิด เช่น Carbapenems, Aminoglycosides และ Fluoroquinolones ร่วมกับมีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้สูง หายใจลำบาก อิมมิตัวของออกซิเจนต่ำ เสมหะเปลี่ยนสี ซึ่งอาจมีอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น และสามารถทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลัน หรืออาจถึงขั้นผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิด จำนวน 2 ราย เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลและการจัดการผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยหนักและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย และการดูแลเชิงเนื้อหา

สรุปกรณีศึกษา กรณีที่ 1: ชายอายุ 28 ปี มีประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่ มีภาวะ Sepsis และ Scrub Typhus ร่วมกับการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* (MDR) และ *Stenotrophomonas maltophilia* ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษารักษาการประกอบด้วยการใช้ยาเฉพาะทางหลายชนิด เช่น Colistin และ Levofloxacin ผลการรักษาดีขึ้น และผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย กรณีที่ 2: ชายอายุ 12 ปี มีภาวะ Septic Arthritis ของข้อเข่าขวา และ Sepsis ตรวจพบเชื้อ MDR-AB ได้รับการรักษาใน ICU ด้วยการเจาะน้ำไขข้อ ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วัน รักษาด้วย Ceftriaxone และยาปรับสูตรตาม MIC ได้ผลดีและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้

ผลการศึกษา การติดเชื้อ MDR-AB ในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมีลักษณะแตกต่างกันตามบริบทและปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย รายแรกมีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมส่วนบุคคลและโรคประจำตัว รายที่สองไม่มีโรคประจำตัวแต่ติดเชื้อแทรกซ้อนจากบาดแผล การรักษาที่สอดคล้องกับแนวทาง IC อย่างเข้มงวด การเฝ้าระวังและการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพมีส่วนสำคัญต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

คำสำคัญ : *Acinetobacter baumannii*, เชื้อดื้อยา, เครื่องช่วยหายใจ, การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต,
Ventilator-Associated Pneumonia, Infection Control

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ Email : noolek.ampai@gmail.com

Nursing and Management of Patients Infected with Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii* Using Mechanical Ventilation: A Comparative Case Study of 2 Patients

Ampai Kanyawimon, B.N.S.¹

Abstract

Infections caused by multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* (MDR-AB) are frequently observed in critically ill patients, particularly in intensive care units (ICUs), especially among those requiring prolonged mechanical ventilation. This pathogen exhibits resistance to multiple antibiotic classes, including carbapenems, aminoglycosides, and fluoroquinolones. Clinical manifestations include high fever, respiratory distress, decreased oxygen saturation, and purulent sputum. These infections can lead to severe complications such as ventilator-associated pneumonia (VAP), bloodstream infections, acute kidney injury, or even death. This study aimed to compare the nursing care and clinical management of two patients with MDR-AB infections who were admitted to the ICU and placed on mechanical ventilation at Kantharalak Hospital. Data collection tools included medical record review forms, caregiver interviews, and direct observations. The analysis focused on comparing risk factors, complications, pathophysiology, symptoms, treatments, nursing diagnoses, discharge planning, and the content of care provided.

Case 1 involved a 28-year-old male with a history of alcohol consumption and smoking, diagnosed with sepsis and scrub typhus, and co-infected with MDR *Acinetobacter baumannii* and *Stenotrophomonas maltophilia*. He was placed on mechanical ventilation from day one of admission. Treatment included targeted antibiotics such as colistin and levofloxacin, which led to improvement, and the patient was safely discharged. Case 2 was a 12-year-old male diagnosed with septic arthritis of the right knee and sepsis. MDR-AB was detected, and he was treated in the ICU with joint aspiration and three days of mechanical ventilation. Ceftriaxone and adjusted antibiotics based on MIC results were administered, resulting in good clinical outcomes and control of complications.

The study found that MDR-AB infections in ventilated patients vary based on patient context and underlying factors. The first case involved personal behavior and comorbidities, while the second case involved infection from an external wound in an otherwise healthy patient. Strict adherence to infection control protocols, vigilant monitoring, and interprofessional communication played critical roles in improving clinical outcomes.

Keywords: *Acinetobacter baumannii*, drug-resistant bacteria, mechanical ventilation, critical care nursing, ventilator-associated pneumonia, infection control

¹ Registered Nurse, Professional level, Kantaraluk Hospital, Sisaket Province, Email: noolek.ampai@gmail.com

บทนำ

การติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาต้านจุลชีพหลายชนิด (Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii*: MDR-AB) เป็นหนึ่งในปัญหาทางคลินิกที่สำคัญและท้าทายในหอผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) การติดเชื้อชนิดนี้สามารถส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรงนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลว การติดเชื้อในปอดเรื้อรัง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยการพยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจในการควบคุมการติดเชื้อ และการใช้แนวทางการรักษาที่เหมาะสม เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิต การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจาก *Acinetobacter baumannii* ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) โดยเฉพาะเชื้อที่ดื้อยาหลายชนิด ซึ่งยากต่อการรักษาและมักต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีผลข้างเคียงสูง เช่น Polymyxins หรือ Carbapenem-Resistant Regimens (Kalil et al., 2016) ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อและการจัดการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

ในระดับโลก การติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาหลายชนิดได้รับการจัดลำดับให้เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ (WHO, 2020) โดยมีอัตราการตายจากการติดเชื้อในผู้ป่วยวิกฤตสูงถึง 35–70% โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Torres et al., 2017) ในประเทศไทย การติดเชื้อชนิดนี้ก็พบมากในหอผู้ป่วยหนัก และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ พบว่ายอดผู้ป่วยทั้งหมดในปี 2565, 2566 และ 2567 มีจำนวน 679, 735 และ 420 ราย ตามลำดับ โดยจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจคิดเป็น 438, 508 และ 322 ราย ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจดังกล่าว มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii*

คือยาหลายชนิดคิดเป็นร้อยละ 2.05, 3.15 และ 3.42 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา

จากการให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ พบว่า การดูแลและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจยังมีความซับซ้อนจำกัดหลายประการ เช่น การขาดมาตรการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ความรู้และทักษะการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ยังไม่เพียงพอ รวมถึงภาระงานที่สูงในหอผู้ป่วยหนักที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาหลายชนิดจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาเรื่อง “การพยาบาลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาต้านจุลชีพหลายชนิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย” เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลที่เหมาะสม และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ และสามารถนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลและการจัดการผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาต้านจุลชีพหลายชนิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากากรณีศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลและการจัดการผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาต้านจุลชีพหลายชนิด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2568

พยาธิสรีรวิทยาของโรค

Acinetobacter baumannii เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบชนิดไม่สร้างสปอร์ (non-spore forming), มีลักษณะเป็นคอกซีบาซิลลัส (coccobacillus) ซึ่งพบได้ในสิ่งแวดล้อมทั่วไป เช่น ดิน น้ำ และพื้นผิวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในบริเวณที่มีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ซ้ำ และในผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit: ICU) เชื้อชนิดนี้สามารถแพร่กระจายได้ง่ายทั้งจากมือของบุคลากรทางการแพทย์ พื้นผิวที่ปนเปื้อน รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีการใช้งานร่วมกัน ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน *Acinetobacter baumannii* มักก่อให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) โดยเชือนี้มีคุณสมบัติสำคัญคือ ความสามารถในการดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิด (Multidrug Resistance: MDR) ได้แก่ 1. กลุ่ม β -lactams โดยเฉพาะ Carbapenems 2. กลุ่ม Aminoglycosides เช่น Gentamicin, Amikacin 3. กลุ่ม Fluoroquinolones เช่น Ciprofloxacin

กลไกการดื้อยาของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ได้แก่

1. การผลิตเอนไซม์ β -lactamase ที่ยับยั้งการออกฤทธิ์ของยาปฏิชีวนะ 2. การเปลี่ยนแปลงโปรตีนช่องผ่านบนเยื่อหุ้มเซลล์ (porin) ทำให้ยาซึมเข้าสู่เซลล์ได้น้อยลง 3. การเพิ่มการทำงานของปั๊มขับยา (efflux pumps) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเป้าหมายของยาในระดับพันธุกรรม

เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย จะกระตุ้นกระบวนการอักเสบโดยการหลั่งไซโตไคน์และสารสื่อกลางการอักเสบจำนวนมาก นำไปสู่การทำลายเยื่อปอดและเส้นเลือดฝอย ทำให้เกิดภาวะบวมน้ำในถุงลม (alveolar edema), ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure) ในบางกรณี เชื้ออาจแพร่เข้าสู่กระแส

เลือด ก่อให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) หรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำ การได้รับยากดภูมิ การใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง การใส่สายสวนหลอดเลือด การได้รับยาปฏิชีวนะหลายชนิด หรือเคยติดเชื้อในโรงพยาบาลมาก่อน จะมีโอกาสติดเชื้อชนิดนี้สูงขึ้นและมีความรุนแรงของโรคมักขึ้นตามลำดับ

การวินิจฉัยโรค

Acinetobacter baumannii เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบชนิดไม่สร้างสปอร์ ที่สามารถพบได้ทั่วไปในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) มีความสามารถในการอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมได้นาน และมีความสามารถในการดื้อยาหลายชนิด เช่น Carbapenems, Aminoglycosides และ Fluoroquinolones ส่งผลให้การรักษายากขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้แก่ ผู้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจนาน ผู้มีแผลเปิด การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน และระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง

อาการสำคัญ ไข้สูง หายใจลำบาก เสมหะเปลี่ยนสีหรือมีลักษณะข้นเหนียว ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ

ความรู้สึกตัวลดลงในบางราย

การตรวจวินิจฉัย

1. เพาะเชื้อจากเสมหะ หรือจากเครื่องดูดหลอดลม
2. การเพาะเชื้อจากเลือด (ในกรณีสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด)
3. X-ray ทรวงอก แสดงภาวะปอดอักเสบเฉียบพลัน
4. การตรวจค่าเม็ดเลือดขาว (WBC), CRP, Procalcitonin เพื่อประเมินภาวะอักเสบ

การพยาบาลและการจัดการ

1. การประเมินผู้ป่วย
 - ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด
 - ประเมินลักษณะเสมหะ สี กลิ่น ปริมาณ
 - ประเมินระดับความรู้สึกตัวด้วย GCS
 - ประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน ช็อก ติดเชื้อในกระแสเลือด
2. การดูแลทางการพยาบาล

- ดูแลความสะอาดของทางเดินหายใจ ดูแลเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ปรับท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่ากึ่งนั่ง (Semi-Fowler's position) เพื่อลดการสะสมของเสมหะ
 - ป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม โดยเน้นมาตรการ Contact Precautions
 - เปลี่ยนตำแหน่งทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ
 - ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายให้อาหารอย่างเหมาะสม
 - ติดตามผลการเพาะเชื้อและความไวต่อยาของเชื้อ (Antibiogram)
 - ประสานแพทย์เพื่อการปรับยาปฏิชีวนะให้เหมาะสม
3. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ
- ปฏิบัติตาม มาตรการการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด (Standard & Contact Precautions)
 - ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ได้แก่ ถุงมือ เสื้อกาวน์ หน้ากาก
 - ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง
 - การทำความสะอาดพื้นผิวและอุปกรณ์ต่าง ๆ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง

สรุปกรณีศึกษาครั้งที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 28 ปี อาชีพรับจ้าง ไม่มีโรคประจำตัวชัดเจน แต่มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่เรื้อรัง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ด้วยอาการไข้สูง ไอ หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง และมีอิมตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ ($SpO_2 = 82\%$) การประเมินเบื้องต้นพบว่า สัญญาณชีพผิดปกติ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย $39.2^{\circ}C$, อัตราการเต้นของหัวใจ 168 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 121/87 mmHg แสดงถึงภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) ภาพรังสีทรวงอก (CXR) พบลักษณะฝ้าขาว (haziness) ที่ปอดกลีบล่างขวาและซ้าย (RLL และ LLL) สงสัยภาวะปอดอักเสบจากเชื้อหลายชนิด (Multibacterial pneumonia) การย้อมเสมหะพบเชื้อ Gram-positive cocci in chain นำไปสู่การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น Streptococcus pneumoniae ร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis, A419) ผู้ป่วยจึงได้รับ

การใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 22 ซม. ต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจโหมด CMV (Controlled Mandatory Ventilation) ตั้งค่าดังนี้: TV 500 mL, RR 20, PEEP 8, FiO_2 0.6

ในช่วงแรกผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติหลายระบบ ตรวจพบ Lactic acidosis (Lactate 6.82 mmol/L), Metabolic acidosis (HCO_3^- 19.8 mmol/L) และ Acute Kidney Injury (Creatinine 2.08 mg/dL, BUN 34 mg/dL) ภาวะเกลือแร่ผิดปกติประกอบด้วย $Na = 121.1$, $K = 2.5$, $Ca = 6.9$, $Mg = 1.2$ สะท้อนภาวะวิกฤติและการทำงานของอวัยวะที่บกพร่อง นอกจากนี้ยังพบค่า AST สูงถึง 1119 U/L และ ALT 152 U/L สอดคล้องกับภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic hepatitis) ผล CBC พบภาวะซีด ($Hb = 9.3$ g/dL), เกล็ดเลือดต่ำรุนแรง (Platelet = 10,000/ μ L) และมีลักษณะเม็ดเลือดขาวผิดปกติ (Toxic granulation, Left shift) สอดคล้องกับการตอบสนองต่อการติดเชื้อรุนแรง ค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติเล็กน้อย (aPTT 38.6 sec, PT 13.5 sec, INR 1.2) ร่วมกับ D-dimer สูงถึง 3.76 μ g/mL FEU ซึ่งสะท้อนถึงภาวะการอักเสบจากการติดเชื้อและความเสี่ยงลิ่มเลือดอุดตัน หลังการรับไว้รักษาใน ICU ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพาะเชื้อเสมหะวันที่ 25 ตุลาคม 2567 พบการติดเชื้อ Acinetobacter baumannii complex (MDR) และ Stenotrophomonas maltophilia ซึ่งเป็นเชื้อดื้อยาหลายขนาน (Resistant ต่อ Cefepime, Cefotaxime, Amikacin, Imipenem, Piperacillin/Tazobactam ฯลฯ) จึงเริ่มการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเฉพาะ ได้แก่ Colistin 150 mg IV q12hr Sulperazone 3 g IV q8hr Levofloxacin ต่อมาเปลี่ยนเป็น Meropenem 1 g IV q8hr ตั้งแต่ 18/11/67 ถึง 1/12/67 ร่วมกับการให้ยาฆ่าเชื้อเสริม ได้แก่ Vancomycin (18/11/67–30/11/67) และ Fluconazole สำหรับรักษาเชื้อ Candida tropicalis (21/11/67–26/11/67) นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ Scrub typhus (IgM positive) และให้ Doxycycline 17/11/67–21/11/67 จนภาวะติดเชื้อดังกล่าวดีขึ้น ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนเพิ่มเติม ได้แก่ ภาวะหูอื้อข้างขวาหลัง

ถอดท่อช่วยหายใจ (off ETT วันที่ 24 พ.ย. 2567) ได้รับการประเมินพบว่า EOM ปกติ, เยื่อแก้วหูไม่บวม ไม่พบสารคัดหลั่ง สะท้อนถึงอาการข้างเคียงจากการใส่ท่อที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Sepsis with MODS จากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ตื้อยา (MDR), *Candida tropicalis* และ Scrub typhus การรักษาประกอบด้วยยาปฏิชีวนะเฉพาะ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการดูแลแบบประคับประคองครบทุกระบบ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2567 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 26 พฤศจิกายน 2567 รวมระยะเวลานอนรักษา 40 วัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มเติม

สรุปกรณีศึกษา รายที่ 2

ผู้ป่วยเด็ก เพศชาย อายุ 12 ปี 7 เดือน น้ำหนัก 35 กิโลกรัม ถูกนำตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ด้วยอาการสำคัญคือ ปวด บวม แดง ที่เข่าขวา เดินลำบาก และมีไข้สูงต่อเนื่องประมาณ 3 วัน อาการปวดมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถลงน้ำหนักขาขวาได้ จากการตรวจร่างกายเบื้องต้นพบอาการอักเสบรุนแรงที่ข้อเข่าขวา ร่วมกับขอบเขตการเคลื่อนไหวข้อจำกัด (Limited ROM) และกดเจ็บมากที่ข้อเข่า ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวหรือการใช้สารเสพติด ไม่มีประวัติแพ้ยาใด ๆ สัญญาณชีพขณะ Admit พบว่า ไข้สูงถึง 39.0°C, ชีพจร 114 ครั้ง/นาที, RR 24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 145/76 mmHg และ SpO₂ 99% บน Room Air การวินิจฉัยเบื้องต้นชี้ไปที่ภาวะ Septic arthritis ร่วมกับ Acute osteomyelitis ภายหลังผล Hemoculture พบเชื้อ *Staphylococcus aureus* ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกที่พบบ่อยในภาวะข้ออักเสบติดเชื้อและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ทีมแพทย์จึงวางแผนผ่าตัดเพื่อระบายหนอง โดยในวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัด Arthrotomy + Lavage ที่ข้อเข่าขวา (Right Knee Arthrotomy) ภายใต้อาณัติและใส่ Endotracheal tube (ET) เพื่อการควบคุมทางเดินหายใจ และการระบายความรู้สึกระหว่างผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยถูกส่งเข้าดูแลใน หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เพื่อเฝ้าระวัง

ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อรุนแรง โดยได้รับ เครื่องช่วยหายใจ (on ventilator) ในโหมด Pressure Control (PC Mode) และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด เช่น Vancomycin และ Cloxacillin อย่างไรก็ตาม หลังเริ่ม Vancomycin ได้ไม่นาน ผู้ป่วยมีอาการ Red Man Syndrome (ผื่นแดงทั่วลำตัว) ซึ่งเป็นภาวะแพ้ยาอย่างหนึ่ง แพทย์จึงเปลี่ยนยาจาก Vancomycin เป็น Cefazolin ร่วมกับ Cloxacillin และให้ IV fluid NSS อย่างต่อเนื่อง ในวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจ (Off ET) ได้สำเร็จหลังอาการทางหายใจที่ และเริ่มหายใจเองได้ แต่ในวันเดียวกันพบว่าผู้ป่วยมีค่า BUN = 63.9 mg/dL และ Cr = 2.00 mg/dL แสดงถึงการเกิด ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury: AKI) ซึ่งอาจเป็นผลจากภาวะขาดน้ำร่วมกับการติดเชื้อรุนแรง ทำให้ต้องมีการติดตาม Electrolyte, UA และให้ IV fluid อย่างระมัดระวัง แม้จะมีการควบคุมการติดเชื้อในข้อเข่าขวาแล้ว แต่อาการไข้อย่างคงสูง และในวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 แพทย์ได้วางแผนให้ผู้ป่วยเข้ารับ การผ่าตัดครั้งที่ 2 โดยมีคำสั่ง “Set OR for DB Rt. leg” ซึ่งตีความได้ว่าเป็นการ Drainage Biopsy หรือการผ่าตัดเพื่อระบายหนองเฉพาะที่ที่ขาขวา (บริเวณใต้ข้อเข่าที่สงสัยว่ามีการสะสมของหนองลึก) โดยในช่วงนี้ผู้ป่วยยังต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจซ้ำ และมีการใส่ Poly-cath สำหรับการให้ยาและของเหลว จากการเพาะเชื้อเสมหะ (Sputum C/S) ในช่วงหลังการผ่าตัดครั้งที่สองพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* (ABOM) และ *Klebsiella pneumoniae* ซึ่งเป็นเชื้อแกรมลบที่มีความตื้อต่อยาหลายชนิด โดยเฉพาะ *Acinetobacter baumannii* ที่ตอบสนองต่อ Colistin เพียงชนิดเดียว เป็นไปได้ว่าสาเหตุของการติดเชื้อ ABOM เกิดจาก การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired infection) โดยเฉพาะในผู้ป่วย ICU ที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือด และการรักษาเชิงรุกอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตื้อยา การรักษาจึงถูกปรับเป็นการให้ Meropenem ร่วมกับ Colistin เพื่อควบคุมการติดเชื้อ *A. baumannii* และให้ Clindamycin สำหรับเชื้อ *S. aureus* ร่วมกับการพ่นยา MO (Methacholine) เพื่อลดการตีบของทางเดินหายใจ และการ

ให้ PRC transfusion เมื่อ Hb ต่ำลง ในช่วงวันที่ 24 พฤศจิกายน ถึง 2 ธันวาคม พ.ศ. 2567 อาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อุณหภูมิร่างกายลดลง อัตราการหายใจคงที่ และระดับออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ดีขึ้นถึง 99–

100% ขณะหายใจเอง (Room Air) ผู้ป่วยไม่มีไข้ RR/HR อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่า AST/ALT ลดลงจนใกล้ปกติ ค่า WBC ลดลงหลังรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย (Discharge) กลับบ้านในวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พร้อมนัดติดตามที่คลินิกผู้ป่วยนอก

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

จากปัญหาของผู้ป่วย สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำหรือแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา (MDR-AB) ที่รุนแรง เนื่องจากการติดเชื้อ Acinetobacter baumannii ดื้อยา และมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากภาวะวิกฤติของร่างกาย	- ติดตามผลเพาะเชื้ออย่างใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบผลผิดปกติ เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแนวทางการรักษาหรือยาปฏิชีวนะใหม่ - จัดห้องแยกโรค (Isolation) และดูแลตามแนวทาง contact precaution อย่างเคร่งครัด - ให้เจ้าหน้าที่สวม PPE ทุกครั้งก่อนสัมผัสผู้ป่วย - ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนและหลังสัมผัส - ทำความสะอาดพื้นผิวและอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ - สังเกตสัญญาณชีพและอาการของภาวะติดเชื้อซ้ำ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ความดันต่ำ ชีพจร - ดูแลทางเดินหายใจ โดย suction เสมหะด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) และประเมินการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ (Vt, RR, FiO₂, ABG) อย่างต่อเนื่อง - ติดตามผลเลือด ได้แก่ CBC, Creatinine, LFTs, และการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ เช่น CRP, Procalcitonin - ประเมินอาการข้างเคียงจากยา Colistin และ Meropenem เช่น nephrotoxicity และ neurotoxicity	- ดูแลและประเมินการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด - วัด vital signs (อุณหภูมิ, RR, HR, BP) ทุก 4 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้นตามอาการ - สังเกตอาการไข้ หนาวสั่น ผื่น หรือการตอบสนองผิดปกติจากยา - ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ - WBC, CRP, Procalcitonin - ค่า Renal function (BUN, Cr) เพื่อเฝ้าระวัง nephrotoxicity จาก Colistin - AST/ALT เพื่อประเมินตับ - Electrolytes และ UA เพื่อติดตามภาวะ AKI - ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control) - ปฏิบัติตามแนวทาง Isolation และ Contact precaution - ล้างมือก่อน-หลังสัมผัสผู้ป่วย - เปลี่ยนสายให้น้ำเกลือ, สาย Poly-cath ตาม protocol และดูแลจุดเจาะให้สะอาด - ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกันทุกครั้ง - ประเมินการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ (Antibiotic monitoring) - สังเกตอาการข้างเคียงจากยา Colistin และ Meropenem เช่น ผื่น, หายใจลำบาก, ปวดศีรษะ, คลื่นไส้ - ประเมินอาการหลังเปลี่ยนยาจาก Vancomycin เป็น Cefazolin

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจาก การติดเชื้อที่ปอดและภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน	1. ประเมิน SpO₂ และ ABG ทุก 4-6 ชั่วโมง 2. ติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ 3. จัดทำผู้ป่วยเพื่อให้ระบายเสมหะได้ดี 4. Suction เสมหะอย่างปลอดภัย 5. ประเมินความต้องการ FIO₂ และ PEEP อย่างต่อเนื่อง 6. สังเกตอาการเขียวคล้ำและสัญญาณชีพผิดปกติ	1. ประเมิน RR, SpO₂, ลักษณะการหายใจทุก 2-4 ชม. 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง: suction, พลิกตัว, สังเกตเสมหะ 3. ให้ O₂ และพ่นยา MO ตามแผนการรักษา 4. ฝ้าระวังอาการ hypoxia: cyanosis, restlessness, ใช้น้ำเกลือช่วยหายใจ 5. วางแผน Weaning เครื่องช่วยหายใจหากค่าทางหายใจดีขึ้น
3. ความไม่สมดุลของกรดน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจาก การติดเชื้อรุนแรง ร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) และการสูญเสียของเหลวจากไข้สูง	1. บันทึกปริมาณ I/O ทุก 8 ชั่วโมง 2. ชั่งน้ำหนักประจำวัน 3. ฝ้าระวังสัญญาณของ electrolyte imbalance (ชัก, อ่อนแรง, หัวใจเต้นผิดปกติ) 4. ให้สารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา 5. ส่งตรวจ BUN/Cr และ Electrolyte ซ้ำตามแผนแพทย์	
4. เสี่ยงต่อภาวะการทำงานของไตลดลงเนื่องจากภาวะติดเชื้อรุนแรง (Sepsis)	1. ประเมิน I/O อย่างใกล้ชิด 2. บันทึก BUN, Cr, Electrolyte ทุกวัน 3. ให้ IV fluid ตามแผนการรักษาโดยคำนึงถึง fluid overload 4. สังเกตภาวะบวม ชีต หรือความผิดปกติของ urine output 5. เตรียมความพร้อมสำหรับการพิจารณา Renal replacement therapy หากจำเป็น	
5. ความปวดเฉียบพลันที่ข้อเข่าขวาเนื่องจากภาวะข้ออักเสบติดเชื้อ (Septic arthritis)	1. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะ (ใช้ Pain scale) 2. ให้ยาแก้ปวดตามแผนแพทย์ และประเมินผลภายหลัง 30 นาที 3. ประคบเย็น/อุ่น บริเวณที่อักเสบตามความเหมาะสม 4. จัดทำผู้ป่วยให้ลดแรงกดที่ข้อเข่า 5. เตรียมวางแผนฟื้นฟูการใช้งานข้อหลังอาการดีขึ้น	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียน (Risk for impaired tissue perfusion) เนื่องจาก Sepsis และ D-dimer สูง บ่งชี้ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือด (Coagulopathy)	1. ประเมินการไหลเวียนเลือดปลายมือปลายเท้า 2. ฝ้าระวังอาการเลือดออกผิดปกติ (เลือดออกตามไรฟัน จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง) 3. บันทึกค่า DTX และอุณหภูมิปลายมือปลายเท้า 4. ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เช่น พลิกตัว, Passive ROM 5. ให้อาและประเมินผลตามแผนแพทย์	
7. มีความวิตกกังวล (Anxiety) ที่เกี่ยวข้องกับสภาพเจ็บป่วย	1. ประเมินระดับความวิตกกังวลจากพฤติกรรม การแสดงออกทางสีหน้า และการสื่อสาร 2. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก 3. อธิบายขั้นตอนการพยาบาลและการรักษา ให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 4. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามาเยี่ยมและให้การสนับสนุนทางจิตใจ (ตามความเหมาะสมของนโยบาย ICU) 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ เพื่อลดสิ่งกระตุ้น 6. สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก ๆ การฟังเพลงบำบัด (หากผู้ป่วยสนใจ) 7. ประเมินผลตอบสนองหลังการดูแล เช่น การนอนหลับดีขึ้น การพูดคุยมากขึ้น สีหน้าเบาลง 8. บันทึกพฤติกรรมและสัญญาณชีพเพื่อติดตามแนวโน้มทางอารมณ์และจิตใจ	1. ประเมินระดับความวิตกกังวลเป็นระยะ เช่น ใช้สเกลวัดความวิตกกังวล (เช่น Faces Anxiety Scale) หรือใช้การสังเกตพฤติกรรม เช่น ความร่วมมือในการทำหัตถการ สีหน้า ท่าทาง 2. สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยผ่านการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัย 3. ใช้คำอธิบายง่าย ๆ สั้น ๆ ก่อนทำหัตถการ เช่น "จะรู้สึกเหมือนยุงกัดนะครับ" 4. ใช้การ์ตูนหรือโมเดลจำลองช่วยอธิบายเครื่องมือหรือขั้นตอนการรักษา 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เช่น พูดคุย ถามคำถาม หรือระบายความกลัวกับพยาบาล ผู้ดูแล หรือจิตแพทย์เด็ก หากมี 6. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมเล็ก ๆ เช่น เลือกแขนที่จะเจาะเลือด หรือเลือกสีหน้ากอนามัย เพื่อเพิ่มการควบคุมและลดความรู้สึกกลัว 7. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองอยู่ข้างเตียงในช่วงวิกฤต (ตามนโยบาย ICU) เพื่อให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจแก่เด็ก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย และเหมาะสมกับเด็ก เช่น ลดเสียงรบกวนใน ICU จัดมุมมองให้เห็นของเล่น หรือรูปภาพผ่อนคลาย 9. ร่วมงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยาเด็ก หรือพยาบาลด้านสุขภาพจิต เพื่อดูแลภาวะความเครียดในระยะยาว

สรุปผลการศึกษา

การติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ต້วยาด้านจุลชีพหลายชนิด (Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii*: MDR-AB) เป็นปัญหาใหญ่ในผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน เชื้อชนิดนี้มีความสามารถในการดื้อยาหลายกลุ่ม ทำให้การรักษาซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง การศึกษานี้ เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่ติดเชื้อ MDR-AB และใช้เครื่องช่วยหายใจใน ICU ของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ เพื่อวิเคราะห์แนวทางการพยาบาล การตอบสนองต่อแนวทางควบคุมการติดเชื้อ (IC) การใช้ยาปฏิชีวนะ (ABX) และบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม

1: การเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2
ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นชายไทย อายุ 28 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ เข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะ Sepsis และพบเชื้อ MDR-AB ร่วมกับเชื้ออื่น ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่วันแรก การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเฉพาะ เช่น Colistin, Meropenem และ Doxycycline ควบคู่กับการควบคุมการติดเชื้อที่เข้มงวด ผู้ป่วยปลอดภัยและจำหน่ายภายใน 40 วัน

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเด็กชาย อายุ 12 ปี 7 เดือน ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาจากอาการข้อเข่าบวมแดง และภายหลังพบการติดเชื้อ MDR-AB และ *Klebsiella*

pneumoniae ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างผ่าตัดรักษาด้วย Colistin, Meropenem และ Clindamycin ผู้ป่วยฟื้นตัวและจำหน่ายภายใน 22 วัน

2: บทวิเคราะห์และอภิปรายผลการพยาบาล: การตอบสนองต่อแนวทาง IC, ABX และการดูแลเชิงระบบแนวทาง IC ทั้งสองรายใช้มาตรการแยกโรค (Isolation), การล้างมืออย่างเคร่งครัด, PPE และการทำความสะอาดอุปกรณ์ โดยรายที่ 1 เน้นการควบคุมเชื้อในหอผู้ป่วยหนัก ในขณะที่รายที่ 2 มุ่งควบคุมหลังการผ่าตัดและช่วง ICU ด้าน ATB ทั้งสองรายได้รับการรักษาตามผล C/S และ MIC อย่างเหมาะสม โดยมีการติดตามอาการข้างเคียงของยา เช่น Nephrotoxicity จาก Colistin และการแพ้ยาในรายที่ 2 การดูแลเชิงระบบทั้งสองรายมีการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง บันทึก I/O เฝ้าระวัง Electrolyte, GCS, และมีการวางแผน Weaning เครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นระบบ

3: บทบาทของพยาบาลกับการควบคุมการติดเชื้อใน ICU พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญใน IC ด้วยการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การประเมินอาการเบื้องต้น การสังเกตผลข้างเคียงของยา และการสื่อสารกับแพทย์เพื่อปรับการรักษา รวมถึงการให้ความรู้แก่ครอบครัว และการสนับสนุนทางจิตใจ โดยเฉพาะในกรณีของเด็ก

4: การสื่อสารทีมสหวิชาชีพและการวางแผนจำหน่าย ล้อกับกรณีศึกษา

ทั้งสองรายมีการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ และนักโภชนาการ รวมถึงการประสานการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ รายที่ 1 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว D-M-E-T-H-O-D อย่างครบถ้วน ส่วนรายที่ 2 มีการนัดติดตามและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ MDR-AB และใช้เครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้ด้าน IC, ABX, การพยาบาลแบบองค์รวม และการทำงานเป็นทีมข้ามวิชาชีพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการดูแลอย่างใกล้ชิด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการเตรียมผู้ป่วยสู่การฟื้นฟอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาใน ICU

จากผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อยาในผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างแม่นยำ รวดเร็ว และมีแนวทางการพยาบาลเฉพาะทางที่เหมาะสม ดังนั้น ควรมีการจัดทำแนวทางหรือ Clinical Pathway เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในหน่วย ICU โดยครอบคลุมการประเมินการให้ยาปฏิชีวนะ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมการติดเชื้อ

2. การเสริมสร้างความรู้และทักษะของพยาบาลในเรื่องเชื้อดื้อยา

ควรมีการจัดอบรม/ประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีความรู้ด้านเชื้อดื้อยา การประเมินอาการของผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรง และการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างปลอดภัย โดยเน้นการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับหลักการของ Antibiotic Stewardship และ Infection Control

3. การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อซ้ำ และภาวะแทรกซ้อน เช่น AKI, MODS, Hypoxia อย่างเป็นระบบ โดยมีการใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น SOFA score, NEWS score หรือการติดตามค่า Procalcitonin, Lactate อย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยในการตัดสินใจรักษาได้รวดเร็วและแม่นยำ

4. การจัดระบบการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยาเด็ก มีส่วนสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ดังนั้นควรส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

5. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ควรวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา โดยร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager Nurse) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำในการดูแลต่อเนื่อง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัย ลดการกลับมารักษาซ้ำ

6. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ในหอผู้ป่วยหนัก

ควรมีการตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ, สายดูดเสมหะ, และเครื่องมือดูแลระบบทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ พร้อมทั้งควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะในเด็กที่ต้องการสภาพแวดล้อมที่ลดความกลัวและความเครียด

เอกสารอ้างอิง

- นลินี แซ่สารกิจ. (2562). Pressure Injury. https://www.crhospital.org/web_nurse/แผลกดทับสอน%202562%20m.pdf.
- วาสนา กลิ่นชื่น และ นพเก้า ชนะภัย. (2561). การดูแลแผลกดทับเบื้องต้น. คลินิกออสโตมีและแผลฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614841298-562.o.pdf>.
- วิจิตรา กุสมภ์, ธันดา ตระการวิชัย, ภัสพร ขำวิชา, ไพบุลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ, รัตนา จารุวรรณ, อรุณี เสงยสมาก, ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์, และอภิญญา กุลทะเล. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 6). ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- สุวรรณชัย วัฒนาอิงเจริญชัย และ อภิชาติ วชิรพันธ์. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2561). แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล Guide to Infection Prevention and Control in Hospital (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท มิ่งเมืองนอร์ดน์ จำกัด (โรงพิมพ์มิ่งเมือง).
- อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2565). แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล Guideline for <https://www.trathospital.go.th> Trat Hospital Publication วันที่เผยแพร่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 Prevention of Multidrug-Resistant Organisms Transmission in Hospitals (พิมพ์ครั้งที่ 5). บริษัท อินเนอร์การ์ด (ไทยแลนด์) จำกัด (สำนักงานใหญ่).