

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care of Community acquired Pneumonia with Septic shock
: Case study 2 Case.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 28,2023)

ทัศนีย์ ภูนาฤทธิ์¹
Tasaneer Poonalit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลห้วยเม็ก เดือนมกราคม 2566 และ เดือนกรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ได้รับการประเมินก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ทันเวลา ให้การพยาบาลโดยนำความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แบบแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนสามารถจำหน่ายกลับบ้านไปดำรงชีวิตปกติสุขอยู่ที่บ้านได้

คำสำคัญ : การพยาบาล โรคปอดอักเสบ , ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ABSTRACT

This study was case study aimed to study and compare nursing processes for pneumonia patients with septic shock. Comparative of 2 pneumonia patients with septic shock. Specific selection by selecting patients admitted to Huai Mek Hospital in January 2023 and July 2023. Tools used in the study consisted of a medical record, Interviewing patients and family members, data analysis, and evaluating nursing diagnosis using Gordon's functional health patterns.

Results: The evaluation of both patients in time before entering critical condition. Provide care according to nursing standards, using knowledge about the pathology of pneumonia with shock from sepsis and functional health patterns for nursing planning. As a result, both patients had no complications and were discharged from the hospital later.

Keywords: nursing, pneumonia, septic shock

บทนำ

โรคปอดอักเสบ(Pneumonia)เป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2560-2562 พบว่า อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 45.3,45.2 และ 53.3 ตามลำดับ จัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประเทศ

ไทยซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคปอดอักเสบชุมชน เป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง เกิดจากเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการภายใน 24 ชั่วโมงหลังการติดเชื้อ หรือเกิดภายหลัง 48 ชั่วโมงที่อยู่ในโรงพยาบาล และแสดงอาการภายใน 4-5 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ในรายที่

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยเม็ก

มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันทั่วทั้งที่การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง แม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตาม เรียกว่าเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

การติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกา ปีค.ศ.2018 พบ อัตราป่วย 240 ต่อแสนประชากร อัตราเสียชีวิตร้อยละ 30.8 - 62.5 อุบัติการณ์ Sepsis ในประเทศไทย พบ อัตราป่วย 75 - 150 รายต่อแสนประชากร หรือมากกว่า 5,000 - 10,000 รายต่อปี อัตราเสียชีวิตจาก Septic shock สูง ร้อยละ 59.34 56.19 ในปี 60,61 ตามลำดับภาวะ Septic shock ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ (Multiple organ dysfunction syndrome MODS) อวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลว จากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทั่วร่างกายเป็นเวลานาน รวมถึงการวินิจฉัยล่าช้า และการได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้า และไม่เพียงพอ บริเวณที่ติดเชื้อและทำให้เกิดภาวะช็อกได้บ่อย คือการติดเชื้อในปอด ติดเชื้อในช่องท้อง ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะ Septic shock ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพโภชนาการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย และผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบ 7,792 ,5,950 และ 6,1018 คน จำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 68,55 และ 35 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบ 61, 60 และ 68 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต

ในปี 2563-2565 โรงพยาบาลห้วยเม็ก มีผู้ป่วยปอดอักเสบ 314,229 และ 192 คน ผู้ป่วย

ปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 22,28 และ 33 คน อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบ 35,41 และ 43 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต จากสถิติดังกล่าวพบว่า อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบ มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอักเสบจึงต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลห้วยเม็ก มีเป้าหมาย คือการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว การให้สารน้ำที่เพียงพอเหมาะสม ร่วมกับการให้ยากระตุ้นแรงดันโลหิต (Vasopressor) ในทุกกระบวนการต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง พยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องมีความรู้ความสามารถพัฒนาทักษะขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และระบบไหลเวียนกลับสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด รอดพ้นจากระยะวิกฤต สามารถเข้าสู่ระยะฟื้นฟู และจำหน่ายกลับบ้านได้ ไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบอีกใน 1 เดือน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดกรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้วยเม็ก ทำการศึกษาผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 มกราคม 2566 ผู้ป่วย

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 10
กรกฎาคม ถึง วันที่ 14 กรกฎาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อ ศึกษา ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวช
ระเบียนผู้ป่วยใน
- 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต
การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์แบบแผนสุขภาพ
พยาธิสภาพ อาการอาการแสดง การรักษา

3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้
แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์
ดอน เพื่อให้ได้ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาล นำมาวางแผนให้การพยาบาล มีรายละเอียด
ดังต่อไปนี้

ข้อมูลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	80 ปี	69 ปี
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 4
สถานภาพ	คู่	คู่
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	แม่บ้าน
สิทธิการรักษา	ผู้พิการ	ผู้สูงอายุ
ภูมิลำเนา	อ.ห้วยเม็ก จ.กาฬสินธุ์	อ.ห้วยเม็ก จ.กาฬสินธุ์
ผู้ดูแล	สามี/บุตรสาว	สามี/บุตรชาย(ผู้ป่วยไม่มีบุตรสาว)
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	มกราคม 2566	10 กรกฎาคม 2566
วันที่จำหน่ายกลับบ้าน		14 กรกฎาคม 2566
ระยะเวลาอนรรักษาโรงพยาบาล	28 มกราคม 2566	4 วัน
การวินิจฉัยโรค	10 วัน Pneumonia Infective Diarrhea c Septic shock และ Hypertension Old Cerebral Vascular Accident	Pneumonia c Septic shock c Acute denovo heart failure c Adrenal insufficiency และ Diabetes milieus type 2 Hypertriton

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของ ผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ไอ ซึม อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย ถ่ายเหลวเป็นน้ำ	ไข้ เหนื่อยเพลีย
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ไอ เป็นๆ หายๆ ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 5 ครั้ง ซึม อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย บุตรจึงนำส่งโรงพยาบาล	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ เหนื่อย เพลีย 5 ชั่วโมงก่อนมา วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด อาเจียน 4 ครั้ง สามี จึงนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต /การ ผ่าตัด	มีนาคม 2565 ป่วยด้วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ ได้ on tracheostomy On NG feeding Status bed ridden	ป่วยด้วย Diabetes milieus type 2 Hypertension รับประทานที่ โรงพยาบาลห้วยเม็กได้ 10 ปี ทานยา ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ปฏิเสธการผ่าตัด

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา อาการแรกเริ่ม	Hypertension Old Cerebral Vascular Accident ปฏิกิริยาแพ้ยา Admitted เวลา 00.10 น. ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่องดี อ่อนเพลีย มีเสมหะในลำคอ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 % On O2 Mask c bag 10 lpm. ผล CXR พบ Perihilar Infiltration both	Diabetes milieus type 2 Hypertension ปฏิกิริยาแพ้ยา Admitted เวลา 14.30 น. ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่องดี อ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/54 มิลลิเมตรปรอท MAP 64 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % Room air วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 78/53 มิลลิเมตรปรอท MAP 61 ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 113 mg% ผล CXR พบ Perihilar Infiltration both lung c cardiomegaly

ผลการศึกษา เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย

ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	หญิงไทย อายุ 80 ปี มีประวัติป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ on tracheostomy on NG feeding Status bed ridden ป่วยด้วย Pneumonia Infective Diarrhea ก่อนเจ็บป่วย 2-3 วัน ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ต้องใช้ยาระบายจึงจะถ่ายอุจจาระ	หญิงไทยอายุ 69 ปีป่วยด้วย Diabetes milieus type 2 Hypertension รับประทานยาที่โรงพยาบาลห้วยเม็กได้ 10 ปี ทานยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยาใช้ยาสมุนไพรลดน้ำตาล	สาเหตุปอดอักเสบของผู้ป่วยทั้งสองรายเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุติดเตียง มีโรคประจำตัว Hypertension Old Cerebral Vascular Accident on tracheostomy on NG feeding ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว Diabetes milieus type 2 Hypertension และใช้ยาสมุนไพรลดน้ำตาล จากแบบแผนสุขภาพดังกล่าว แสดงถึงผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคปอดติดเชื้อ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Septic shock
2. พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง	ที่ ER เวลา 22.05 น. ใช้ ไอ ซึม อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย อุณหภูมิร่างกาย 39 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 95/41 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน	ที่ ER เวลา 11.20 น. ใช้ เหนื่อยเพลีย วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด อาเจียน 4 ครั้ง อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการแสดงของการติดเชื้อปอดที่เกิดจากเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 มีไข้ ไอ เป็นๆ หายๆ หายใจหอบ ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน จากการตรวจร่างกายแรกเริ่ม ฟังปอด fine crepitation both ผลการตรวจ CBC พบ ค่า WBC 16,990 cell/mm ³ Neutrophil 84.8 % Hemoculture ทั้ง 2

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
	เลือด 92 % ROOM AIR .ฟังเสียงปอด ทั้ง สอง ข้าง พบ Crepitation ผลตรวจ Antigen test kit Covid 19 ผล Negative	ออกซิเจนในเลือด 96 % Room air ผลตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 48 mg% ผลตรวจ Antigen test kit Covid 19 ผล Negative	ขูด no growth ผล CXR Perihilar both lung แสดงถึงการอักเสบของปอดรุนแรงชัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยรายที่ 2 มีไข้ เหนื่อยเพลีย ก่อนมาโรงพยาบาลได้ 1 วัน ผลการตรวจร่างกายแรกพบ ฟังปอด fine crepitation both CBC พบ ค่า WBC 7 , 9 1 0 cell/ mm ³ Neutrophil 95.7 % Hemoculture ทั้ง 2 ขูด no growth ผล CXR Perihilar Infiltration both lung cardiomegaly ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า Acute fibril illness Hypoglycemia ผล Neutrophil 95.7 % แสดงถึงการอักเสบของปอดรุนแรงชัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ซึ่งเมื่อย้ายมาที่หอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น และมีภาวะภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างชัดเจน
3. การรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	- On O2 Mask c bag 10 lpm - load 0.9 NSS V 1,000 mL - O.9 NSS V 60 mL/hr. - Levophed 4 : 250 V 5 mL/hr. titrate ทีละ 3 mL q 15 min keep MAP ≥ 65 BP ≥ 90/60 mm Hg. - Ceftriaxone 2 gms. V OD - Clindamycin 600 mg. V q 8 hrs. - พ่นยา Berodual ทุก 4 hrs.	- 50% Glucose 50 mL. V push - 5% DN/2 V 60 mL/hr - load 0.9 NSS V 2,300 mL. - O.9 NSS V 60 mL/hr. - Levophed 4 : 250 V 5 mL/hr. titrate ทีละ 3 mL q 15 min keep MAP ≥ 65 BP ≥ 90/60 mm Hg. - On O2 Canular 3 lpm - Ceftriaxone 2 gms. V OD	การรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการแสดงให้เห็นภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างชัดเจน ตั้งแต่วันที่ ER ได้รับ load 0.9 NSS V 1,000 mL. Levophed 4 : 250 V 5 mL/hr. titrate ทีละ 3 mL q 15 min Ceftriaxone 2 gms. V OD Clindamycin 600 mg.V q 8 hrs ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่ ER มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส DTX 48 mg% 50% Glucose 50 mL.
	- DTX Prefeed keep 80-200 mg% - On Nasogastric feed blenderized diet 1:1 350 mL+น้ำตาม 50 mL x 3 feed - Paracetamol 500 mg. 1 tab NG - Hyoscine 1 tab tid pc NG - Warfarin 3 mg 1 tab hs. - Carvedilol 12.5 mgs. ½ tab bid NG	- Ceftazidime 2 gms. q 8 hrs. - พ่นยา Berodual ทุก 4 hrs. - Lasix 40 mg. ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง - Dexa 8mg.V stat then 4 mg. V q 6 hrs. - Hydrocortisone 100 mgs. V stat - Hydrocortisone 200 mgs. + 0.9 % NSS 100 mL Vin 24hrs	V push 5% DN/2 V 60 mL/hr - 5% DN/2 V 60 mL/hr มีอาการทรุดลง แสดงให้เห็นภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างชัดเจน หลังรับย้ายมาที่หอผู้ป่วยใน ได้รับ load 0.9 NSS V 2,300 mL. then O.9 NSS V 60 mL./hr. Levophed 4 : 250 V 5 mL./hr. Titrate ทีละ 3 mL. q 15 min keep MAP ≥ 65 BP ≥ 90/60 mm Hg. On O2 Canular 3 lpm Ceftriaxone 2 gms. V OD . titrate

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
	- Omeprazole 20 mgs. 1 tab OD ac - Propranolol 10 mgs.1 tab tid NG - Flucil 1 ซองละลายน้ำ tid.pc NG	- งดน้ำ งดอาหารระยะหายใจหอบ - Paracetamol 500 mg. 1 tab PRN - Omeprazole 20 mgs. 1 tab OD - Simvastatin 1 tab hs. - Flucil 1 ซองละลายน้ำ tid.pc.	Levophed 4 : 250 V ถึง 20 ml/hr ผู้ป่วยยังมีหายใจหอบ เหนื่อย BP 88/55 mmHg MAP 66 แสดงถึง Critical ill related corticosteroid insufficiency จากประวัติทานยาสมุนไพร แพทย์ได้ให้ ย 1 Hydrocortisone 400 mg. V Hydrocortisone 200 mg + NSS 100 ml.V in 24 hrs. เปลี่ยนยา ปฏิชีวนะเป็น Ceftazidime 2 gms. q 8 hrs.อาการผู้ป่วยมี Volume overload ส่ง CXR พบ cephalism both lung ได้ Lasix 40mg q12 hrs ได้รับ 3 dose Dexa 8mg.V stat then 4 mg. V q 6 hrs.ได้รับ 2 dose ผู้ป่วยทุเลา อาการหอบเหนื่อย การให้ยาที่จำเป็นในการรักษาปอดอักเสบทั้ง 2 ราย ที่คล้ายกันยาลดไข้ ยาแก้ไอขับเสมหะ ยาลดกรดในกระเพาะอาหารยารักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วยได้รับเมื่ออาการดีขึ้น
4.ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ 3.ปริมาณเลือดออกออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง 4. มีภาวะติดเชื้ในระบบทางเดินอาหาร 5. เสี่ยงต่อได้รับสารอาหาร และน้ำไม่เพียงพอ 6. รู้สึกสูญเสียพลัง 7. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล 8.เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลักDMETHOD	1. การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ 3.ปริมาณเลือดออกออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง 4.มีภาวะน้ำเกิน 5.มีภาวะต่อมหมวกไตทำงานได้ลดลง 6. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล 7.เตรียมความพร้อม จำหน่ายตามหลัก DMETHOD	จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยรายที่1 และรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกันจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-3,ข้อ7กับข้อ 6,ข้อ8 กับข้อ7 สำหรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ปริมาณเลือดออกออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากมีภาวะช็อคจากการติดเชื้ร่างกาย ในผู้ป่วยทั้งสองราย สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 มีหัวใจโต การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ จึงมีอาการแสดงถึงภาวะหัวใจวาย ภาวะน้ำเกิน ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะต่อมหมวกไตทำงานได้ลดลงจากการใช้ยาสมุนไพรช่วยลดน้ำตาล
5. การปฏิบัติการพยาบาล 5.1 ระยะวิกฤต	1.ประเมินการหายใจและสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนอาการคงที่ 2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา	1.ประเมินการหายใจและสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนอาการคงที่ 2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤต เป้าหมายคือแก้ไขภาวะช็อคอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว Multiple organ failure พยาบาลประเมิน ภาวะ sepsis และ septic

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
	3.ดูแล On O2 mask c bag 10 lpm. พ่นยาBerodual ทุก 4 hrs. 4. suction ในปาก และTracheotomy 5. เช็ดตัวและให้ยาลดไข้ 6.ดูแลให้ 0.9 % NSS ตามแผนการรักษา ให้ผ่าน Infusion pump 7.บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง. 8.ให้ยาตามแผนการรักษา ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ไอขับเสมหะ ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาละลายลิ่มเลือด	3.ดูแล On O2 mask c bag 10 lpm. พ่นยาBerodual ทุก 4 hrs. 4. กระตุ้นให้ไอขับเสมหะออกเองแนะนำการป้องกันการสำลัก 5. เช็ดตัวและให้ยาลดไข้ 6.ดูแลให้ 0.9 % NSS ตามแผนการรักษา ให้ผ่าน Infusion pump 7.บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง	shock ได้รวดเร็ว เข้าใจพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค สามารถใช้เครื่องมือในการประเมิน คัดกรองเพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยได้ทันต่ออาการเปลี่ยนแปลง ดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย โดย ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับ 0.9 NSS V โหลด 1,000 mL และ ปรับเป็น 0.9 NSS V 60 mL/hr. เริ่ม Levophed 4 : 250 V 5 mL/hr. ไม่ได้ titrate เพิ่มอีก เริ่ม titrate ลงวันต่อมา 20 มกราคม เวลา 12.00 น. off Levophed ได้เวลา 18.00 น. หายใจหอบลดลงตามลำดับ เปลี่ยนเป็น O2 canular
5.2 ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ	9.ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา 3. สอนญาติเคาะปอด suction ในปาก และ Tracheotomy	8.ให้ยาตามแผนการรักษา ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ไอขับเสมหะ ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร 9.ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา 3. สอนญาติเคาะปอด กระตุ้นให้จิบน้ำบ่อยๆ สอนการไอขับเสมหะออกเอง	ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับ 0.9 NSS V โหลด 1,300 mL และ ปรับเป็น 0.9 NSS V 40 mL/hr. เริ่ม Levophed 4 : 250 V 5 mL/hr. ได้ titrate เพิ่มจนถึงถึง 20 mL/hr ผู้ป่วยยังมีหายใจหอบ เหนื่อย BP 88/55 mmHg MAP 66 ได้รายงานแพทย์ทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และประวัติการใช้ยาสมุนไพรลดน้ำตาลของผู้ป่วยและผล CXR แรกรับมี Cardiomegaly แพทย์ให้ CXR อีกครั้ง และปรับแผนการรักษา แบบ Adrenal insufficiency Ac. Heart failure ได้เริ่ม titrate Levophed ลง ครั้งละ 3 mL ทุก 15 นาที สามารถ off Levophed ได้ วันที่ 12 กรกฎาคม เวลา 9.30 น. หายใจหอบลดลงตามลำดับ หายใจปกติ room air ได้ในวันที่ 13 กรกฎาคม เวลา 16.00 น. เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤต พยาบาลเริ่มฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาเสมหะเหนียวข้นไม่สามารถไอ ออกเองได้ การจัดทำศีรษะสูง Postural drainage กระตุ้นให้ญาติช่วย เคาะปอด เปลี่ยนท่านอน ทุก 2-4 ชั่วโมง
	\	4. ดูแลให้ญาติช่วยในการรับประทานอาหาร ระวังไม่ให้สำลัก	การให้น้ำอย่างเพียงพอช่วยให้ขับเสมหะออกได้ง่าย ผู้ป่วยรายที่ 1 ใส่ Tracheotomy ได้ทบทวนและสอนญาติเรื่องการดูแลรักษาความสะอาด

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
5.3 ระยะเวลาแผนจำหน่าย		5.ดูแลให้ 0.9 % NSS ตามแผนการรักษา ให้ผ่าน Infusion pump 6.ให้ยาตามแผนการรักษา ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ไอขับเสมหะ ยาลดกรดในกระเพาะ 7.บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง 8.ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 1.ส่งปรึกษาเภสัชกรเรื่องการให้ยาสมุนไพร	บริเวณที่ใส่ Tracheotomy ดูแลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ การให้อาหารทางสายยางต้องนอนศีรษะสูง และทดสอบตำแหน่งของสายยางให้อยู่ในกระเพาะอาหารทุกครั้งที่ไม่ให้อาหาร ยา น้ำ การสื่อสารกับผู้ป่วย ใช้ผ้าสะอาดปิดบริเวณ tracheostomy พุดออกเสียงได้ให้ผู้ป่วยฝึกพูดบ่อยๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้งสองรายต้องระวังไม่ให้สำลักน้ำ และอาหาร เพราะจะทำให้ปอดอักเสบ ซ้ำได้ง่ายกว่า เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และใน ผู้ป่วยรายที่ 1 ใส่ Tracheotomy ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้และมีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องแตกต่างกัน
	2.สอนญาติในการกระตุ้นผู้ป่วยพลิกตัวเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 2-4 ชั่วโมง 3. สอนและให้คำแนะนำตามหลัก DMETHOD	2. สอนและให้คำแนะนำตามหลัก DMETHOD	ผู้ป่วยรายที่ 1 กลับบ้านด้วยสัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ใส่ tracheostomy ให้อาหารทางสายยาง นอนติดเตียงมาได้ 1 ปี 1 เดือน ยังไม่มีผลกดทับ ใช้แขนข้างขวาได้ พลิกตัวได้ ลูกนั่งเองไม่ได้ ช่วงป่วยไม่ได้ทำกายภาพบำบัด ได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติโดยส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดในการป้องกันข้อติด ผู้ป่วยและญาติสามารถทำได้ เนื่องจากเคยฝึกทำมาในช่วง 6 เดือนแรกหลังป่วย ผู้ป่วยรายที่ 2 กลับบ้านด้วยสัญญาณชีพปกติ พบปัญหาผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพรช่วยลดระดับน้ำตาลได้ส่งปรึกษาเภสัชกรเรื่องการให้ยาสมุนไพร ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อดี ข้อเสียของการใช้ยาสมุนไพร แจ้งว่าจะใช้ยาตามแพทย์สั่ง

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติรับฟังคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อใน

กระแสเลือด หลังจากให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด และให้สารน้ำที่เพียงพอเหมาะสม ยากระตุ้นแรงดันโลหิต (Vasopressor) ยาปฏิชีวนะ ที่ครอบคลุม มีการประสานทีมสหวิชาชีพในการเตรียมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้กลับไป ดูแลตนเองได้ดี โดย ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถจับไม้กั้นเตียงพลิกตัวได้ ปิด tracheostomy

เพื่อพูดกับผู้ดูแลได้ ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 10 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ปลอดภัยสามารถจำหน่ายกลับไปดำรงชีวิตปกติสุขอยู่ที่บ้านได้ เลิกใช้ยาสมุนไพรลดน้ำตาลใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการแสดงให้เห็นภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างชัดเจนจากผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจเลือด ผลการ CXR โรงพยาบาลได้เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) และ Search out severity score (SOS) ผู้ป่วยรายที่ 2 ผล CXR Perihilar Infiltration both lung Cardiomegaly การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน ภาวะต่อมหมวกไตทำงานได้ลดลง จากผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพรลดน้ำตาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและทรุดลงเร็วมาก แพทย์และพยาบาลต้องใช้ทักษะขั้นสูงในการประเมิน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจนผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตของโรคได้ บทบาทที่สำคัญของพยาบาลต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งหากมีสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยไม่ต้องรอผลเลือดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะช่วย

เพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัย ให้การพยาบาลได้รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตสอดคล้องกับการศึกษา ของชินโรส วงศ์ธิดา การใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต หรือ National Early Warning Scores มีประโยชน์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ของโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น กรณีศึกษา 2 ราย นี้ใช้เป็นแนวทางในการจัดการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งด้านระบบการดูแลที่ดี บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ควรเข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ
2. ควรนำการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยไม่ต้องรอผลเลือดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ควรมีการจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นให้เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. กองนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข.ข้อมูลการเสียชีวิตพ.ศ.2563-2565
2. จันจิรา กุยกแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2565; 7:22-29
3. ชินโรส วงศ์ธิดา. การศึกษาประสิทธิภาพจากการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2563; 3 : 39 -50
4. นงนภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก. 2560;2
5. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์คลังนานาธรรม.2551;4
6. เพชรรุ่ง อธิรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2562;13 : 72-80

7. ศุภโชค เข็มลา. อัตราการตายภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock ภายหลังการให้สารน้ำปริมาณไม่เกิน 1,500 ml. เปรียบเทียบกับการให้สารน้ำปริมาณมากกว่า 1,500 ml. วารสารโรงพยาบาลนครพนม.2561;4: 4- 16
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลห้วยเม็ก. ฐานข้อมูลHDC ผู้รับบริการโรคติดเชื้อ พ.ศ.2565. กาฬสินธุ์.
9. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2551;2
10. สุภาคินี สุคนธนากุล. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.2563;5:201-208
11. อัจฉาณัฐ วังโสม. จิตินันท์ วัฒนชัย.การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับ การรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2561;18 :123- 132 256