

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะหัวใจ
เต้นเร็วผิดปกติ : กรณีศึกษา

Nursing care of Gastrointestinal tract infection patients with sepsis with Atrial
fibrillation: a case study.

(Received: February 21,2024 ; Revised: February 27,2024 ; Accepted: February 28,2024)

ไฉไล กลิ่นอ่อน¹
Chailai Klinoun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติโดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ หน้ามืด วูบ ใจสั่น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับ EKG: SVT rate 235 ครั้ง/นาที มีอาการถ่ายเหลวบ่อย

ผลการศึกษา: วินิจฉัย Sepsis with Atrial fibrillation ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ Synchroized cardioversion 50 J, Adenosine 6 mg iv bolus, load codarone 300 mg in 5% D/W 200 ml in 30 min เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนัก หลังหายใจ On T-piece 10 LPM ย้ายกลับมาดูแลต่อ ขณะดูแล ยังมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เสี่ยงต่อลิ่มเลือดอุดตันในสมอง ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะพร่องกิจวัตรประจำวัน ได้ให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ อัตราการเต้นของหัวใจ 98-110 ครั้ง/นาที วางแผนจำหน่าย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายวันที่ 9 สิงหาคม 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 23 วัน

คำสำคัญ: ติดเชื้อในกระแสเลือด, ระบบทางเดินอาหาร, ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care of gastrointestinal tract infection patients with sepsis with atrial fibrillation. Study a Thai male patient, age 52 years old, was admitted to the hospital on 20 July 2023 with significant symptoms of dizziness, fainting, and heart palpitations before coming to the hospital for 1 day. First get an EKG: The patient's SVT rate was 235 beats/minute. He had acute diarrhea.

Results: diagnosed as atrial fibrillation with sepsis. The patient was intubated. The data showed Synchroized cardioversion of 50 J, Adenosine of 6 mg IV bolus, load codarone of 300 mg in 5% and D/W 200 ml in 30 min. The patient was admitted to the male medical ward. Transfer intensive care unit until 4 September 2023. The patient stopped using the On T-piece 10 LPM ventilator and was transferred to the male medical ward. During nursing care, the patient also had atrial fibrillation, a risk of decreased blood flow from the heart in 1 minute, a risk of blood clots in the brain, prevention of oxygen depletion, a risk of infection in the bloodstream and deficiency in daily activities. The nurse provided nursing care as planned. The nurse provided nursing care as planned. The endotracheal tube was removed and the heart rate was 98-110 beats/min.. The nurse had a discharge plan and provided knowledge to patients and relatives. The patient was discharged on 9 August 2023, total hospital admission of 23 days.

Keywords: Sepsis, Gastrointestinal tract, Atrial fibrillation.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านหมี่

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่นๆ และส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ อัตราเสียชีวิตจากภาวะ Sepsis ประมาณร้อยละ 40 ในผู้ใหญ่ และร้อยละ 35 ของผู้ป่วย Septic shock มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และที่ระบบทางเดินหายใจภาวะ Septic shock ส่งผลให้มี Inflammatory response ทั่ว ๆ ไปในร่างกาย เช่น เกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวและมีการสูญเสียสารน้ำออกนอกหลอดเลือดดำทำให้เกิดภาวะพร่องสารน้ำในร่างกาย รวมทั้งสารต่างๆ ยังทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Myocardial dysfunction) การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนปลายบกพร่อง ทำให้เกิดภาวะที่เซลล์ต่างๆ ไม่สามารถนำออกซิเจนออกไปใช้ได้ จากสถิติอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจาก Septic shock ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ปี 2564-2566 พบจำนวน 287, 320 และ 324 ตามลำดับ²

ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหนึ่ง คือหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ มีทั้งเต้นช้าและเต้นเร็ว ส่วนใหญ่เต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ ทำให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง Atrial Fibrillation (AF) เป็นอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อยที่สุด ถึงแม้ไม่ทำให้เสียชีวิตแต่อาจนำมาซึ่งภาวะรุนแรงมากขึ้น เช่น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดอื่น ทำให้อ่อนเพลียเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต หัวใจล้มเหลวได้¹ จากสถิติโรงพยาบาลบ้านหมี่พบผู้ป่วยมีภาวะ Atrial Fibrillation จำนวน 215 ราย, 235 ราย และ 256 ราย ตามลำดับ² จากความรุนแรงของทั้ง 2 ภาวะดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งการพยาบาล

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน การพยาบาลให้ความช่วยเหลือ ให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกโดยเร็วที่สุด ระบบการไหลเวียนโลหิตกลับคืนสู่สภาวะปกติดั้งเดิม รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชัยบาดาลตามสิทธิ

อาการสำคัญ

หน้ามืด วูบ ใจสั่น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วัน มีอาการถ่ายเหลวบ่อย ที่โรงพยาบาลชัยบาดาลพบ EKG: SVT rate 280 ครั้ง/นาที ทำ Synchroized cardioversion 100 J EKG เปลี่ยนเป็น sinus bradycardia rate 58 ครั้ง/นาที จึงส่งตัวมา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 8 ปี รับยาไม่ต่อเนื่อง ตรวจพบโรคหัวใจชนิด Dilated cardiomyopathy (DCM), AF ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2565 ขาดยาไม่ไป F/U ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยรูปร่างท้วม น้ำหนัก 80 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 27.68 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร

220 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท रिमฝีปากซีดเล็กน้อย ปลายมือ ปลายเท้าเย็น บ่นหายใจไม่อิ่ม วัด O₂ Saturation 95%

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระดับน้ำตาลในเลือด 230 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร WBC 12,660 cell/mm³ Hemoglobin 7.9 กรัมต่อเดซิลิตร Hematocrit 23.5% BUN 34 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Creatinine 3.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไต (eGFR) ต่ำ 41 L/min/1.73m² Electrolyte : Sodium 138 mmol/L Chloride 103 mmol/L CO₂ 17 mmol/L Potassium 2.7 mmol/L UA WBC 0-1 cell/HPF Lactate 3.5 mg/dl

สรุปอาการ

แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย รู้สึกคล้ายจะเป็นลม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 220 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท ทำ EKG 12 leads พบ EKG: SVT rate 235 ครั้ง/นาที มีแผนการรักษาให้ Adenosine 6 mg iv bolus load codarone 300 mg in 5% D/W 200 ml in 30 min Synchroized cardioversion 50 J ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ตาม

วิสัญญีใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube no.7.5 dept 22 cms หลังจากนั้นให้เข้าไปดูแลรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤตจนถึงวันที่ 4 กันยายน 2566

หลังจากผู้ป่วยย้ายกลับมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On ET-tube with O₂ T-piece 10 LPM สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอท EKG: sinus tachecardia rate 118 ครั้ง/นาที On codarone 600 mg in 5% D/W 200 ml iv drip in 24 ชั่วโมง Meropenem 500 mg iv drip ทุก 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง หลังรับย้ายได้ 2 วัน ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจสามารถถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ชีพจร 118 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Dexamethasone 4 mg iv และติดตาม EKG 12 leads ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน สามารถรับประทานได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน อาการถ่ายเหลวน้อยลง อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับจำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 9 กันยายน 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 23 วัน ระหว่างรับไว้ดูแล พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|--|--|
| การพยาบาลระยะวิกฤต | กิจกรรมการพยาบาล |
| ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการเต้นของหัวใจผิดปกติ | ขณะแรกรับ Absolute bed rest เพื่อลดการใช้พลังงานของร่างกาย ลดอัตราการทำงานของหัวใจ พร้อมอธิบายความจำเป็นของการ Absolute bed rest แก่ผู้ป่วย ให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดย On O ₂ mask with bag 10 LPM เพื่อลดอัตราการใช้พลังงานของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่ม O ₂ ให้แก่หัวใจ ลดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง จัดให้นอนศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมขยายตัวสะดวก ไม่กดเบียดหัวใจ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่ Monitor NIBP, O ₂ saturation วัด O ₂ saturation เพื่อประเมินการได้รับ O ₂ ของร่างกายว่าเพียงพอ หรือไม่ พร้อมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ดูแลให้ยา |
| ข้อมูลสนับสนุน | |
| รู้สึกตัว เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็น บ่นหายใจไม่อิ่ม หายใจไม่อิ่ม EKG: SVT | |

ตารางที่ 1 ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| <p>rate 235 ครั้ง/นาที ชีพจร 220 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท 10 หลังรับไว้ดูแลผู้ป่วยหยุดหายใจ</p> | <p>Adenosine 6 mg iv bolus load codarone 300 mg in 5% D/W 200 ml in 30 min Synchroized cardioversion 50 J เพื่อแก้ไขปัญหาหัวใจเต้นผิดปกติ 10 นาทีต่อมาพบว่าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น Synchroized cardioversion 100 J ตามวิสัญญีใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube no.7.5 dept 22 cms ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ยึดตรึงท่อ ส่ง film chest พบ minimal Lt lung infiltration เตรียมผู้ป่วยย้ายไปรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว ชีพจร 108 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/67 มิลลิเมตรปรอท ในระหว่างที่อยู่หอผู้ป่วยวิกฤต ได้รับยา codarone 150 mg in 5% D/W 200 ml in 30 min then codarone 600 mg iv drip in 24 hr หลังให้ยา EKG: sinus tachecardia rate 120-140 ครั้ง/นาที</p> |
| <p>ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน On ET-tube no.7.5 dept 22 cms หลังเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว</p> | <p>กิจกรรมการพยาบาล ตรวจดูตำแหน่งท่อหลอดลมคอให้ tube ชัดหมายเลข 22 อยู่ตรง มุมปาก บีบลมเข้าปอดและสังเกตดูว่าทรวงอกขยายได้เท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงลมเข้าปอดได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง และดูตำแหน่งจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบว่าปลายท่อหลอดลมคอกอยู่เหนือ carina 1 ½ นิ้ว จึงต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ Bird · respirator ยึดตรึงท่อหลอดลมคอให้แน่น เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่พอดี ในระหว่าง On Bird · respirator และเตรียมย้ายผู้ป่วยให้การดูแลโดย ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอ พร้อมทั้งดูแลให้เครื่องทำงานอย่างสม่ำเสมอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล เมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอกช่วยหายใจ ก่อนทำการดูดเสมหะเพิ่มออกซิเจน 100 % นาน 1 นาที ขณะดูดเสมหะครั้งหนึ่งๆ ไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้ self inflating bag ต่อกออกซิเจน 10 ลิตร/นาที บีบเข้าปอดอย่างนุ่มนวลสลับกับการดูดเสมหะ และขณะดูดเสมหะสังเกตอาการของผู้ป่วยว่า มีอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ ชีต ริมฝีปากเขียวคล้ำ ซึ่งไม่พบอาการดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวตื่น หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วย ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/68 มิลลิเมตรปรอท</p> |
| <p>ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดเกิดลิ้มเลือดอุดตันที่สมอง เนื่องจากมีความผิดปกติการเต้นของหัวใจชนิด AF</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน EKG: SVT rate 235 ครั้ง/นาที</p> | <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ติดตามวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือดที่ออกจากหัวใจ และปริมาณปัสสาวะที่ออกในขณะที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่กล้ามเนื้อหัวใจ และลดภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อสมอง โดย On ET tube C Bird · respirator และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพระหว่างรอย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต</p> <p>การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัว GCS 10T คะแนน (E4VtM6) ผลการตรวจ EKG เป็น Sinus thachycardia rate 120-138 ครั้ง/นาที</p> |
| <p>ปัญหาที่ 4 เสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> | <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) อาการและอาการแสดงของภาวะ sepsis ระดับความรู้สึกตัว โดยจดบันทึกทุก 15 นาที keep MAP \geq 65 mmHg จัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด</p> |

ตารางที่ 1 ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| ผู้ป่วยมีไข้ ปวดท้อง มีถ่ายเหลวก่อนมาโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 12,660 cell/cu.m.m หลังจากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดและยาตามแผนการรักษาแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำ ความดันโลหิต 93/54 มิลลิเมตรปรอท | <p>ดำชนิด RLS load 1000 ml. iv load ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน tissue perfusion และประสิทธิภาพการทำงานของไต โดย keep urine output ≥ 30 mL/hr หากปัสสาวะออกน้อยกว่าที่กำหนดรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป ส่งตรวจ Hemoculture และดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm iv stat</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัว ยังมีถ่ายเหลว อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 112-130 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/68-130/78 มิลลิเมตรปรอท จากการติดตามที่หอผู้ป่วยวิกฤต เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem 500 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง</p> |
| <p>ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>มีประวัติโรคเบาหวาน 8 ปี เจาะ DTX stat = 233 mg/dl</p> | <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ให้ RI 4 unit sc stat เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากภาวะน้ำตาลสูง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง จากนั้นติดตามเจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-200 mg/dl ดูแลให้ได้รับ RI ทาง subcutaneous ตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ DTX 201-250 mg/dl RI 4 unit sc, DTX 251-300 mg/dl RI 6 unit sc, DTX 301-350 mg/dl RI 8 unit sc, DTX 351-400 mg/dl RI 10 unit sc, if $< 80 > 400$ mg/dl notify ก่อนนอนเปลี่ยน RI เป็น NPH ประเมินภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากอาการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ RI 1 ชั่วโมง 103 mg/dl</p> |
| <p>ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโปแตสเซียมต่ำ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ K 2.7 mmol/L</p> | <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ดูแลให้ได้รับ Elixer KCL 30 ml ทาง NG feed บันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิตทุก 30 นาที หลังให้ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงโซเดียมต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึมสับสน กล้ามเนื้อเกร็ง อาการชัก และไม่รู้สึกตัว Monitor EKG ติดตามการเต้นของหัวใจ บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย</p> <p>การประเมินผล</p> <p>หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้โพแทสเซียมทางหลอดเลือดดำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจยังผิดปกติ เต้นเร็ว ติดตามผล K 3.4 mmol/L</p> |
| <p>ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ภรรยาร้องไห้หลังผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการติดสายอุปกรณ์ต่างๆ</p> | <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่ายๆ สั้นๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ คือ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และสงสัยการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในการแสเลือดได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบาย ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น เช็ดตัวลดไข้</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง เข้าใจแผนการรักษาแพทย์</p> |

ตารางที่ 1 ปัญหา และกิจกรรมการพยาบาล

| ปัญหาการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|--|---|
| <p>ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอบุคลากรวิฤต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิฤต มีอุปกรณ์ติดตัวหลายอย่าง ได้แก่ สายน้ำเกลือ สายออกซิเจน เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ถังออกซิเจน</p> | <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอบุคลากรวิฤตพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน ตรวจสอบให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา ตรวจสอบสายยางออกซิเจน ท่อหายใจ ไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน ตรวจสอบสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอบุคลากรวิฤต เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป จัดพยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอบุคลากรวิฤตบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่หอบุคลากรวิฤต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย</p> |
| <p>การพยาบาลระยะ ต่อเนื่อง</p> <p>ปัญหาที่ 9 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน หลังจากย้ายออกจากหอบุคลากรวิฤต ผู้ป่วย On O₂ T-piece 1 0 LPM วางแผน off ET-tube</p> | <p>กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความพร้อมการหยาเครื่องช่วยหายใจหลัง O₂ T-piece 10 LPM ได้ 24 ชั่วโมง ประเมิน สัญญาณชีพปกติ No sedative drug, O₂ Sat >90 %, การหายใจ < 30 ครั้ง/นาที, Hct > 25%, Electrolyte โดยเฉพาะโปรแตสเซียมปกติ ไอ แรงดี เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ โดยให้ข้อมูล ขั้นตอนการหยาเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยสื่อสารความต้องการ ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะเพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน ดูแลจัดทำศีรษะสูง 30 – 45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม และป้องกันการสำลัก ฝึกผู้ป่วยให้ผ่อนคลาย เพื่อลดความกังวล เช่นการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ</p> <p>การประเมินผล off ET-tube ได้สำเร็จวันที่ 4 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวชีพจร 112-130 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/68-130/78 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat >95%,</p> |
| <p>ปัญหาที่ 10 พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ บนเตียง ตะแคงตัวไม่ค่อยไหว บอกอ่อนเพลียไม่มีแรง</p> | <p>กิจกรรมการพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ของการพลิกตะแคงตัวและการบริหารร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ตรวจสอบสภาพผิวหนังโดย เฉพาะปุ่มกระดูก ตรวจสอบดูรอยแดง หรือตุ่มน้ำพอง และประเมิน Barden scale ทุก 24 ชั่วโมง โดยให้ปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีแรงกดมาก ๆ ลอยตัว โดยใช้หมอนรองบริเวณปุ่มกระดูก และเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 2-3 ชั่วโมง รักษาผิวหนังให้สะอาดแห้งเสมอ ทาผิวหนังด้วยครีมหรือโลชั่นทั้งให้แห้งเพื่อลดแรงเสียดสีกับพื้นนอน รักษาความสะอาดของเตียงนอน ที่นอน ให้แห้งไม่เปียกชื้น ระบายที่อยู่เสมอ รักษาความสะอาดผิวหนังบริเวณ perineum และก้นกบเมื่อมีการไหลซึมของอุจจาระปัสสาวะ ทำการเคลื่อนไหวข้อทุกข้อ นวดบริเวณปุ่มกระดูกและผิวหนัง และกระตุ้นให้มีการบริหารของกล้ามเนื้อที่ทำได้บ่อย ๆ โดย จัดตารางการถ่ายภาพ ร่วมกับญาติโดยให้ทำวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เริ่มบริหารสอนญาติให้รู้จักวิธีการช่วยพลิกตะแคงตัวและจัดท่านอนที่เหมาะสม ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อและผิวหนัง</p> <p>การประเมินผล กล้ามเนื้อแขนขาไม่ลีบ ช่วยเหยียด-งอแขนขาทั้ง 2 ข้าง และช่วยกระดกข้อมือข้อเท้าได้เต็มพิสัย ไม่พบแผลกดทับ หลัง off ET-tube 1 วัน ลูกกลิ้งจากเตียงพุงเดินได้</p> |

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง จากภาวะหัวใจล้มเหลวถ้าได้รับการรักษาล่าช้า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้ออกกำลังกายของหัวใจ Amiodarone ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูง ตรวจวัดความดันโลหิตชีพจรทุก 5-10 นาที สังเกตการเปลี่ยนแปลงของ EKG และเมื่อมีอาการผิดปกติจะสามารถหยุดยาได้ เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต ได้รับการวางแผนการจำหน่าย⁴ ผู้ป่วยมีประวัติโรคเบาหวาน ตรวจพบภาวะ DCM ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเมื่อมีอาการหน้ามืด วูบ ให้ข้อมูลด้าน

สุขภาพ และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ปลอดภัย แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ และการเข้ารับการรักษาแบบจริงจัง เมื่อมีเหตุฉุกเฉินโทรศัพท์หมายเลข 1669 และจากการให้ยา Amiodarone ซึ่งเป็นยาความเสี่ยงสูง และมีโอกาสเกิดภาวะ Phlebitis ได้ง่าย พยาบาลต้องคอยตรวจสอบบริเวณให้ยาทุก 4 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการให้ยาเมื่อมีอาการระคายเคือง ปวด ต้องได้รับการถอดและแทงเส้นใหม่ทันที เพื่อลดอุบัติการณ์ Phlebitis^{4,5}

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสาธารณสุข. สำนักพิมพ์สยามเจริญ.
2. กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2566). รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี: โรงพยาบาลบ้านหมี่
3. จริญญา พันธุ์ทิพย์ และจิราพร มณีพราย. (2561). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารกองการพยาบาล; 45(1): 86-104.
4. รัฐภูมิ ชามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และบุญส่ง พัจจนสุนทร. (2561). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock พ.ศ. 2561. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
5. วิพัชร พันธวิมล, พีรพัฒน์ เกตุค้ำพล. (2562). วิธีใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว: Practical Use of Non-Vitamin K Antagonist in Atrial Fibrillation. วารสารกรมการแพทย์; 44:20.
6. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Crit Care Med; 45: 486-552.
7. Sanjay B, Geetanjali D, Muhammad S, Ahmad H, Vijayadershan M, Atul B, et al. (2016). Predicting Outcomes in Patients with Atrial Fibrillation and Acute Mesenteric Ischemia. JPCRR; 3(4):177-86.