

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

Nursing care for patients with pneumonia and complications including septic shock at Kalasin
Hospital: A case study.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

รัชนิกร มาตสุต¹

Ratchaneekorn Madsood

บทคัดย่อ

ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล จากเวชระเบียน ใช้กรอบแนวคิด FANCAS เพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการ ไข้สูง มีอาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวาน ขาดการควบคุมโรค ไม่ติดตามการนัด ขาดการรับประทานยา การวินิจฉัยโรค Pneumonia with sepsis ปฏิเสธโรคประจำตัว ขณะเข้ารับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Acute pyelonephritis, Hyponatremia, Hypomagnesemia infected skin at perineum, urinary tract infection มีภาวะพร่องออกซิเจน รับการรักษา ด้วยยาปฏิชีวนะและการให้ออกซิเจน ชนิด HHFNC รับการรักษาเป็นระยะเวลา 4 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้นัดพบแพทย์อายุรกรรม 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ หายใจหอบเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการรับประทานยาที่โรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยโรค Pneumonia with sepsis with respiratory failure ขณะเข้ารับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Respiratory failure, Acute kidney injury, metabolic acidosis, Metformin associated lactic acidosis รับการรักษาด้วยยา ปฏิชีวนะและการให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง รับการรักษา เป็นระยะเวลา 4 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์ส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบร่วม, ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study compared two purposive case studies of pneumonia patients admitted to Kalasin Hospital between May and June 2025. Medical records were collected, and the FANCAS framework was used to identify problems and plan nursing interventions. Nursing outcomes were continuously summarized and evaluated.

Results Case Study 1: A 55-year-old Thai female patient presented with high fever and vomiting one day prior to admission. Her medical history included uncontrolled diabetes, missed appointments, and medication non-adherence. She was diagnosed with pneumonia with sepsis and denied any underlying medical conditions. Complications upon admission included acute pyelonephritis, hyponatremia, hypomagnesemia, infected skin at the perineum, and urinary tract infection, along with hypoxia. She was treated with antibiotics and HHFNC oxygen therapy for four days. Her condition improved progressively, and she was discharged. A follow-up appointment with an internal medicine physician was scheduled for two weeks later.

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Case Study 2: A 54-year-old Thai female patient presented with shortness of breath 4 hours prior to admission. Her medical history included diabetes, hypertension, and hyperlipidemia, for which she was receiving ongoing medication at a community hospital. The diagnosis was pneumonia with sepsis and respiratory failure. Upon admission, complications included respiratory failure, acute kidney injury, metabolic acidosis, and metformin-associated lactic acidosis. She was treated with antibiotics and ventilator oxygen. She was able to be weaned off the ventilator, and complications decreased. After 4 days of treatment, her condition improved progressively. She was then transferred to a community hospital.

Keywords: Nursing care for patients with concomitant pneumonia, complications from septic shock

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นหนึ่งในโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยและสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันลดลง การดำเนินของโรค ส่งผลเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงและสามารถนำไปสู่ภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) โรคปอดติดเชื้อเป็นสาเหตุการเสียชีวิต จากการติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรียที่มักเกิดจากการสำลักเชื้อเป็นอันดับ 5 ของโลก¹ ในประเทศไทยพบว่าโรคปอดอักเสบ พบการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ส่วนเชื้อไวรัสและเชื้อราเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 6 พบอุบัติการณ์ความชุกของ Sepsis ประมาณ 75-150 รายต่อ 100,000 ประชากร หรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี ในปี พ.ศ.2566-2568 พบผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ร้อยละ 6.06, 2.70 และ 11.59 ตามลำดับ พบว่าผู้เสียชีวิตเป็นเพศชายมากกว่าหญิง โดยพบว่าในผู้สูงอายุ มากกว่า 65 ปี จากการให้บริการจะพบว่าปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง พบว่าปอดอักเสบ ร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดนอกโรงพยาบาลพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี² นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆด้วย เช่น โรคทางเดินหายใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัว หรือสมรรถนะทางกายที่แย่ง เป็นต้น ผู้ป่วยปอดอักเสบที่พบนอกโรงพยาบาลจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบชุมชน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

และประมาณร้อยละ 10-20³ ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชุมชนชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 โรคปอดอักเสบมีอัตราการตายสูงที่สุดมักจะมีการติดเชื้อรุนแรง ทำให้ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล⁴ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในปอดอักเสบ คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เกิดพิษของแบคทีเรียกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome: MODS) อวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลวจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทั่วร่างกายเป็นเวลานาน ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงทีทำให้เกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นและเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตได้⁵

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 570 เตียง มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลการรับบริการ ปี พ.ศ. 2566-2569 จำนวน 1,498, 1,738 และ 1,742 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 257, 271, 247 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.15, 15.59 และ 14.17 จากสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2565-2568 พบว่า อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 45.3, 45.2 และ 53.3 ตามลำดับ⁶ ในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน ได้เห็นความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด จึงได้ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย กรณีศึกษา เพื่อเป็นแนวทางให้

พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ในการพยาบาลโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปอดอักเสบปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นตามมา

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์ การพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด
- 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคปอดอักเสบโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าโรคปอดอักเสบ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 2 ราย ศึกษาในระหว่างเดือน พฤษภาคม- มิถุนายน 2568 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนจากผู้ป่วยและญาติ โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด ของ FANCAS วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยขอความยินยอมด้วยวาจาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีผลกระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการ ไข้สูง มีอาเจียนรับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวานขาดการควบคุม ไม่ติดตามการนัด ขาดการรับประทานยา การวินิจฉัยโรค Pneumonia with sepsis ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ขณะเข้ารับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Acute pyelonephritis, Hyponatremia, Hypomagnesemia infected skin at perineum, urinary tract infection มีความพร้อมออกซิเจน ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะและการให้ออกซิเจน ชนิด HHFNC รับการรักษาเป็นระยะเวลา 4 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดพบแพทย์อายุรกรรม 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ หายใจหอบเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการรับประทานยาที่โรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยโรค Pneumonia with sepsis with respiratory failure ขณะเข้ารับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Respiratory failure, Acute kidney injury, metabolic acidosis, Metformin associated lactic acidosis ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะและการให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง รับการรักษาเป็นระยะเวลา 4 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 1 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวิกฤติของ FANCAS

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
F: Fluid balance	<p>ประวัติการเจ็บป่วย ใช้สูง มีอาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีไข้สูง ร่วมกับมีอาเจียน 10 ครั้ง รับประทานอาหารไม่ได้ จึงให้ญาตินำส่งรับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัวเบาหวานขาดการควบคุม ไม่ติดตามการนัดและขาดการรับประทานยา มีแขนและขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรงมา 5 ปี ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>ตรวจร่างกาย: สภาพทั่วไป หญิงไทย วัยผู้ใหญ่ ผิวสองสี ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอก ไม่มีอาการสับสน ทำทางเหนือยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย นอนพักที่เตียง ได้รับออกซิเจนชนิด HHFNC 40 LPM, FIO2 0.4 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV 500 ml load, then 80 ml/hr. ยาที่ได้รับ 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. Plasil 10mg IV prn.</p> <p>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: Creatinine 1.43 mg/dL eGFR 41 ml/min/1.73m², Sodium 134.6 mmol/L Potassium 4.26 mmol/L, Chloride 101.3 mmol/L, Co2 20.65 mmol/L, Calcium 8.81 mg/dL, Phosphorus 3.39 mg/dL, Magnesium 1.67 mg/dL, total protein 6.61 g/dL, Albumin 3.35 g/dL, Total Bilirubin 1.15 mg/dL, Direct Bilirubin .33 mg/dL, AST 23.9 U/L, ALT 17.4 U/L, Alkaline phosphatase 86.4 U/L, WBC 22,400cel/mm³ Hb 12.0 g/dL, plt count 181,000 cell/mm³, Neutrophils 76%, Hct 35.2 %, PT 13.5 sec, INR 1.4 Arterial Blood gas. pH 7.43 pCO2 35 mmHg, pO2 38 mmHg, HCO3 23.2 mmol/L, TCO2 24.3 mmol/L. Lactate 1.5 Stool. Leukocyte 3+ Urine. Albumin 2+, Glucose urine negative, ketone negative, albumin 2+, Blood 1+, WBC over 100cel/HPE, RBC 50-100 cell/HPE, Epithelial cell 5-10 cell/HPE.</p>	<p>ประวัติการเจ็บป่วย หายใจหอบเหนื่อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการเหนื่อยเพลีย หายใจไม่สะดวก มีอาการใจเต้นเร็ว มีอาการเหนื่อยมากขึ้น 4 ชั่วโมง</p> <p>หายใจหอบเหนื่อย ญาตินำส่งรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจเยื่ออาการพบผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมาก ผลการตรวจ เอ็กซเรย์ปอดพบ crepitation right lung ร่วมกับมี infiltration right lung ผลการตรวจ lactate 14.5 มีแผนการรักษาด้วยการเจาะเลือดเพื่อวินิจฉัยโรค พบผู้ป่วยมีความดันโลหิต 108/49mmHg และรักษาด้วยการให้สารน้ำ 0.9% NSS 2000ml IV load, 10%DN/2 1000ml IV 40 ml/hr., 7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 1hr.50%glucose 50 ml IV push, Ceftriaxone 2 gm IV stat then 2 gm IV OD.ได้ประสานแพทย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรถ Ambulance และพยาบาลนำส่งผู้ป่วย</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ยาที่ได้รับคือ Metformin(500mg) 2 tabs bid.pc., Enalapril (5mg) 1 tabs bid.pc., Amlodipine (5mg) 1 tab OD pc., Glipizide 5mg) 1 tabs bid.pc., Atrovastatin (40mg) 1 tab hs.</p> <p>ตรวจร่างกาย: สภาพทั่วไป หญิงไทย วัยผู้ใหญ่ ผิวสองสี ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอก มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย นอนพักที่เตียง ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube No.7.5 deep 21 cms. On Ventilator setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV 100 ml ml/hr. ยาที่ได้รับ Tazocin 4.5gm IV stat, Omeprazole 40 mg IV OD, 7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 3 min. Kalimate 30gm+Lactulose 30 ml ทุก 3 hr. x 3 dose., -50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. Plasil 10mg IV prn.</p> <p>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: วันที่ 8/6/68 BUN 63.95mg/dL, Creatinine 9.42 mg/dL, eGFR 4 ml/min/1.73m² Potassium 5.91 mmol/L, Chloride 103.3 mmol/L, Co2 8.21 mmol/L, Calcium 9.05 mg/dL, Phosphorus 7.05 mg/dL, Magnesium 1.78 mg/dL, total protein 6.89 g/dL, Albumin 3.72 g/dL, Total Bilirubin 0.36 mg/dL, Direct Bilirubin 0.07mg/dL, AST 27.4, ALT 19.1 U/L, Alkaline phosphatase 77.1 U/L, Arterial Blood gas. pH 7.09,</p>

ตารางที่ 1 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวิกฤติของ FANCAS

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		pCO ₂ 27 mmHg, pO ₂ 45 mmHg, HCO ₃ 8.3 mmol/L, TCO ₂ 9.2 mmol/L, Lactate 15.0 mmol/L. วันที่ 10/6/68 BUN 53mg/dL, Creatinine 5.97 mg/dL, eGFR 7 ml/min/1.73m ² . วันที่ 11/6/68 BUN 28 mg/dL, Creatinine 3.15 mg/dL, eGFR 16 ml/min/1.73m ² .
A: Aeration	ประวัติ: ไม่มีประวัติเหนื่อยหอบหายใจลำบาก ตรวจร่างกาย: ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด บริเวณทรวงอก ไม่มีมือบวม นูน การขยายตัวไม่สัมพันธ์กับการหายใจเข้าออก ได้ยินเสียง crepitation left lung สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation =97% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Arterial Blood gas. pH 7.43 pCO ₂ 35 mmHg, pO ₂ 38 mmHg, HCO ₃ 23.2 mmol/L, TCO ₂ 24.3 mmol/L. Lactate 1.5mmol/L	ประวัติ: 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการเหนื่อยเพลีย หายใจไม่สะดวก มีอาการใจเต้นเร็ว มีอาการเหนื่อยมากขึ้น 4 ชั่วโมง หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้จึงเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจเยื่ออาการเบื้องต้น ส่งต่อรักษา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตรวจร่างกาย: ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี บริเวณทรวงอกไม่มีมือบวม นูน การขยายตัวไม่สัมพันธ์กับการหายใจเข้าออก ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation บริเวณ right lung ผู้ป่วยการหายใจสม่ำเสมอ ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube No.7.5 deep 21 cms. On Ventilator setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO ₂ 0.6 PEEP 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/65 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation =98% Off ET tube 9/06/2568 ให้ ออกซิเจน cannula 3 lit/min Oxygen saturation =98%
N: Nutrition	ประวัติ: รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีปัญหาการกลืนลำบากหรือสำลักอาหาร ตรวจร่างกาย: แผนการรักษาให้ทั้งน้ำและอาหาร เริ่มรับประทานอาหาร วันที่ 3/5/68 เป็นอาหารอ่อน รับประทานอาหารได้ไม่มีอาเจียน	ประวัติ: รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีปัญหาการกลืนลำบากหรือสำลักอาหาร ตรวจร่างกาย: แผนการรักษาให้ทั้งน้ำและอาหาร วันที่ 9/06/2568 มีแผนการรักษาให้ Blenderized diet (1:1) 200 ml x 4feed. ให้รับประทานอาหารอ่อน วันที่ 10/06/2568
C: Communication	ประวัติ: ติดต่อสื่อสารได้ปกติ ตรวจร่างกาย: ระดับความรู้สึกตัว GCS E4V5M6 pupil 3min. react to light both eyes ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองได้ มีอาการสับสนไม่ทำตามคำบอก ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลซักถามอาการ ผู้ป่วยทั้งจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล	ประวัติ: ติดต่อสื่อสารได้ปกติ ตรวจร่างกาย: แกรงระดับความรู้สึกตัว GCS E4V5M6 pupil 2 mms. react to light both eyes สื่อสารได้ลำบาก ผู้ป่วยสื่อสารโดยใช้มือ ทำทางและการเขียนสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ/พยาบาล รวมทั้งแพทย์ผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล ซักถามอาการผู้ป่วยทั้งจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล
A: Activity	ประวัติ: ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้มีประวัติขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงมา 5ปี เป็น Case Bedridden. ตรวจร่างกาย: ผู้ป่วยรู้สึกตัว นอนพักที่เตียง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง กล้ามเนื้อมีแรงต้านผิดปกติ แขนและขาทั้งสองข้างมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ แขน2ข้าง ประเมิน Motor power left grade 5 ขา2ข้าง Motor power grade 0	ประวัติ: สามารถปฏิบัติกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ตรวจร่างกาย: ผู้ป่วยรู้สึกตัว นอนพักที่เตียง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง ประเมิน Motor power grade V at all ขณะรับการรักษาขณะใส่ท่อช่วยหายใจมีพยาบาลและญาติช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หลัง Off ท่อช่วยหายใจสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง
S: Stimulation	ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ตรวจร่างกาย: GCS E4V5M6 pupil 3min. react to light both eyes	ประวัติ: ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ตรวจร่างกาย: GCS E4V5M6 pupil 3min. react to light both eyes.

ตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อใน
กระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.พยาธิสภาพ อาการและอาการ แสดง	<p>การวินิจฉัย Pneumonia with sepsis</p> <p>อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอก ไม่มี อาการสับสน ทำทางเหนียวอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย นอนพักที่เตียง ได้รับออกซิเจนชนิด HHFNC 40 LPM, FIO2 0.4 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV 500 ml load, then 80 ml/hr. ยาที่ได้รับ 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. Plasil 10mg IV pm. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.2 องศา เซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที, อัตรา การหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation=97%</p>	<p>การวินิจฉัย Pneumonia with sepsis with respiratory failure.</p> <p>อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำบอก มี อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย นอนพักที่เตียง ใส่ท่อช่วย หายใจ ET tube No.7.5 deep 21 cms. On Ventilator setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV 100 ml ml/hr. ยาที่ได้รับ Tazocin 4.5gm IV stat, Omeprazole 40 mg IV OD, 7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 30 min. Kalimate 30gm+Lactulose 30 ml ทุก 3 hr. x 3 dose., 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. Plasil 10mg IV pm. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศา เซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที, อัตรา การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 122/65 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation =98%</p>	<p>การวินิจฉัย กรณีศึกษารายที่ 1 Pneumonia with sepsis กรณีศึกษารายที่ 2 Pneumonia with sepsis with respiratory failure. กรณีศึกษารายที่ 1 เข้ารับการรักษาด้วยอาการ ไข้สูง มีอาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ เป็น ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน พยาธิสภาพ ผล CXR : Crepitation left lung, Infiltration left lung ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ Arterial Blood gas. pH 7.43 pCO2 35 mmHg, pO2 38 mmHg,HCO3 23.2 mmol/L, TCO2 24.3 mmol/L. Lactate 1.5mmol/L Urine. Albumin 2+, Glucose urine negative, ketone negative, albumin 2+, Blood 1+, WBC over 100cell/HPE, RBC 50-100 cell/HPE, Epithelial cell 5-10 cell/HPE.และ ผลการตรวจร่างกายพบมีตุ่มรอบบริเวณ perineum ทั้ง 2 ข้าง พบผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อใน ร่างกายจากระบบทางเดินปัสสาวะส่งผลให้มี ภาวะติดเชื้อในร่างกายตามมา กรณีศึกษารายที่ 2 เข้ารับการรักษาด้วยอาการ 1 วันก่อนมา ผู้ป่วย ให้ประวัติว่ามีอาการเหนื่อยเพลีย หายใจไม่ สะดวก มีอาการใจเต้นเร็ว มีอาการเหนื่อยมาก ขึ้น 4 ชั่วโมงหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น นอนราบ ไม่ได้จึงเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการเบื้องต้น ส่งต่อรักษา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผล CXR : Crepitation right lung, Infiltration right lung พยาธิสภาพผู้ป่วยมาด้วยอาการเหนื่อยเพลียหา ใจไม่เอื้อ มีประวัติโรคร่วมคือ เบาหวาน ความดัน และไขมันในเลือดสูง และมีประวัติรับประทานยา Metformin(500mg) 2 tabs bid.pc., Enarapril (5mg) 1 tabs bid.pc.,Amlodipine (5mg) 1 tab OD pc., Glipizide 5mg) 1 tabs bid.pc.,Atrovastatin (40mg) 1 tab hs. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า Lactate 15.0 mmol/L ผลการตรวจ BUN63.95mg/dL,</p>

ตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			Creatinine 9.42 mg/dL, eGFR 4 ml/min/1.73m ² ผู้ป่วยมีภาวะ Acute kidney injury และ Metabolic acidosis และภาวะ Hypoglycemia จึงส่งผลให้เกิดภาวะ Respiratory failure และ metabolic acidosis รวมทั้งภาวะ Electrolyte imbalance.ตามมา
2.แผนการรักษา	<p>Lab</p> <p>-CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca,Po4, Mg, ABG, UA, UC</p> <p>-H/C x 2 spec.</p> <p>-Flu A, Flu B , ATK</p> <p>-DTX Stat, (153mg%), Then DTX ทุก 6 hrs. keep 110-180 mg%</p> <p>-Lactate stat 1.5 then ทุก 6 hrs.</p> <p>-CXR, ECG12 lead</p> <p>Medication</p> <p>-0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 80 ml/hr.</p> <p>-plasil 1amp IV stat then 1 amp IV prn for Neausia,Vomiting. ทุก 6 hrs.</p> <p>-Ventolin 1 NB x 3 dose.</p> <p>-Ceftriaxone 2 gm IV stat then 2 gm IV OD</p> <p>-Clindamycin 600mg IVทุก 6 hrs.</p> <p>-50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day.</p> <p>- Acyclovir 400mg 4 เม็ด วันละ 5 ครั้ง. X7 day.</p>	<p>Lab</p> <p>CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca,Po4, Mg, ABG, UA, UC</p> <p>-H/C x 2 spec.</p> <p>-Sputum G/S, C/S</p> <p>-SAFB x 3 day</p> <p>-DTX Stat, (153mg%), Then DTX ทุก 6 hrs. keep 110-180 mg%</p> <p>-Lactate stat 15 mmol/l then ทุก 6 hrs.</p> <p>-VBG</p> <p>-BUN , Cr 11/6/2568</p> <p>-CXR portable, ECG 12 lead</p> <p>On ET tube No.7.5 deep 21 cms. On Ventilator setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5</p> <p>-0.9% NSS 1000ml IV 50 load then 100 ml/hr.</p> <p>-7.5%7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 30 min.</p> <p>-Kalimate 30gm+lactulose 30 ml ทุก 3 ชั่วโมง x 3 dose. 9/06/2568</p> <p>-VBG</p> <p>-On Ventilator setting PCV IP 16 RR14 I:E 1:2 FIO2 0.4 PEEP 5</p> <p>-0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 100 ml/hr.</p> <p>-off ET tube เวลา 15.00น.</p> <p>-On Cannula 3 li/min 1/06/2568</p> <p>- off cannula</p> <p>Medication</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการเจาะเลือดเพื่อประเมินความผิดปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Ca,Po4, Mg, ABG, UA, UC</p> <p>-H/C x 2 spec. DTX Stat, Then DTX ทุก 6 hrs. keep 110-180 mg%</p> <p>-Lactate stat then ทุก 6 hrs.ซึ่งเป็นการตรวจวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีการเจาะหา Lactate เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>การวินิจฉัยเอ็กซเรย์ มีการถ่ายภาพ Film CXR เพื่อหาความผิดปกติที่ปอดทั้ง 2 รายและมีการวินิจฉัยความผิดปกติของหัวใจด้วยการตรวจ EKG 12 lead ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย</p> <p>ยาที่ได้รับในการรักษา</p> <p>-กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุมเชื้อโรคในร่างกาย และได้รับยาที่แก้ไขภาวะผิดปกติของสารน้ำในร่างกาย กรณีศึกษารายที่1 ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV stat then 2 gm IV OD</p> <p>- Clindamycin 600mg IVทุก 6 hrs.</p> <p>-50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day.</p> <p>- Acyclovir 400mg 4 เม็ด วันละ 5 ครั้ง. X7 day.</p> <p>-plasil 1amp IV stat then 1 amp IV prn for Neausia,Vomiting. ทุก 6 hrs.</p> <p>-Ventolin 1 NB x 3 dose</p> <p>กรณีศึกษารายที่2 ได้รับยา</p> <p>-Tazocin 2.25 gm+NSS 100ml IV ทุก 6 ชั่วโมง</p> <p>-Omeprazole 40 mg IV OD</p> <p>-50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day.</p> <p>-Azithromycin (250mg) 2 tab OD ac.</p>

ตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อใน
กระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		-Tazocin 2.25 gm+NSS 100ml IV ทุก 6 ชั่วโมง -Omeprazole 40 mg IV OD -50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. -Azithromycin (250mg) 2 tab OD ac. -Atorvastatin(40mg) 1 tab hs.	-Atorvastatin(40mg) 1 tab hs. -7.5%7.5%NaHco3 50 ml IV push then 2 amp IV drip in 30 min. -Kalimate 30gm+lactulose 30 ml ทุก 3 ชั่วโมง x 3 dose
	การผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด	การผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด	ปฏิเสธการรับการผ่าตัดทั้ง 2 ราย
	การตรวจพิเศษ ผล CXR : Crepitation left lung, Infiltration left lung EKG: Normal	การตรวจพิเศษ ผล CXR : Crepitation right lung, Infiltration right lung EKG: Normal	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับ การตรวจพิเศษ CXR เพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพความผิดปกติที่บริเวณ ปอด กรณีศึกษารายที่ 1 มีพยาธิสภาพที่ปอดด้านซ้าย ได้ยินเสียง Crepitation และพบการอักเสบที่ บริเวณปอดด้านซ้าย กรณีศึกษารายที่ 2 มีพยาธิสภาพที่ปอดบริเวณ ด้านขวาและพบการอักเสบที่บริเวณปอดด้านขวา
	สถานะจำหน่าย แพทย์อนุญาต	สถานะจำหน่าย ส่งต่อ รพ.ชุมชน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้น แต่ กรณีศึกษารายที่1 แพทย์จำหน่ายโดยแพทย์ อนุญาต ส่วนกรณีศึกษารายที่2 จำหน่ายโดยส่ง ต่อกลับ รพ.ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับยา ปฏิชีวนะที่ รพ.ชุมชนให้ครบตามแผนการรักษา ของแพทย์
	การนัด F/U OPD อายุรกรรม 2 สัปดาห์	F/U ไม่นัด F/U	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการนัด เพื่อติดตามการรักษา

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
1.ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดการติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจ กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดสัญญาณชีพ และประเมิน NEW score ทุก 4 ชั่วโมง หากพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง มีภาวะ shock ประเมินทุก 15-30 นาที เมื่ออาการ คงที่ประเมิน ทุก 1 และ4 ชั่วโมง ลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง และรายงาน แพทย์ตามเกณฑ์ 2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 80 ml/hr.ตามแผนการรักษา 3. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อคือ Ceftriaxone 2 gm IV stat then 2 gm IV OD, Clindamycin 600mg IVทุก 6 hrs.	1.ผู้ป่วยมีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจ ลดลง กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง โดยเฉพาะลักษณะการ หายใจ และระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที – 1 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ ปรับเป็นทุก 4 ชั่วโมง 2.ดูแลและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ Ventilator Mode setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5 ปรับเครื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

กรณีศึกษาชายที่1	กรณีศึกษาชายที่2
<p>ประเมินอาการข้างเคียงจากยา</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลดเชื้อ ลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วย โดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล</p> <p>5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกเพื่อประเมินการทำงานของไต</p> <p>6. ดูแลความสบายต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว หรือให้ยาลดไข้</p>	<p>3. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ติดตามดูค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด</p> <p>4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ทุก 1 ชั่วโมง เคาะปอด suction</p> <p>5. จัดให้ออนศิริระสูง 45- องศาเพิ่มพื้นที่การขยายของปอด</p> <p>6. สอนวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาไอ ควรช่วยประคองหน้าอกด้วย</p> <p>7. สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าเย็น สีผิวหนัง Capillary refill time ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว</p> <p>8. ติดตามผล Chest x-ray เพื่อประเมินการติดเชื้อและการทำงานของปอด</p>
<p>2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมี ลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย</p> <p>2. ดูแล O2 HHFNC 40 LPM, FIO2 0.4 ตามแผนการรักษา และตรวจดูระดับน้ำ ติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด</p> <p>3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไหลออกได้ดี</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม Ventolin 1 NB x 3 dose.ตามแผนการรักษา</p> <p>5. จัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง (fowler's position) 30-45 องศาเพื่อให้กะบังลมหย่อนตัว</p> <p>6. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O2 saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย</p>	<p>2. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดการติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. วัดสัญญาณชีพ และประเมิน NEW score ทุก 4 ชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง มีภาวะ shock ประเมินทุก 15-30 นาที เมื่ออาการคงที่ประเมิน ทุก 1 และ4 ชั่วโมง ลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ตามเกณฑ์เพื่อพิจารณาการรักษาหรือส่งต่อ</p> <p>2. เพิ่มจำนวนสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 ml อัตรา 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา</p> <p>3. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ Tazocin 2.25 gm+NSS 100ml IV ทุก 6 ชั่วโมง ประเมินอาการข้างเคียงของยา</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลดเชื้อ และลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยโดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล</p> <p>5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกเพื่อประเมินการทำงานของไต</p> <p>6. ดูแลความสบายต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว หรือให้ยาลดไข้</p>
<p>3. ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของ แมกนีเซียมในร่างกาย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ดูแลให้ยา 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. ตามแผนการรักษา</p> <p>2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 80 ml/hr.และยา plasil 1amp IV stat then 1 amp IV pm for Neausia,Vomiting. ทุก 6 hrs. ตามแผนการรักษา</p> <p>3. ตรวจสอบที่สัญญาณชีพ ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะซึก การมองเห็น</p> <p>4. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา</p> <p>5. ดูแลอาหารทางสายยาง</p> <p>6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ</p>	<p>3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมี ลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัว ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>2. ดูแลและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ Ventilator Mode setting PCV IP 16 RR20 I:E 1:2 FIO2 0.6 PEEP 5ให้ตรงตามแผนการรักษา และปรับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3. ดูแลดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยใช้การดูดเสมหะระบบปิดโดยยึดหลักเทคนิคปลดเชื้อเปิดความดันในการดูดเสมหะ 80-120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10-15 วินาที เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อให้เสมหะไหลออก</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา</p>

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

กรณีศึกษาชายที่1	กรณีศึกษาชายที่2
	<p>5. จัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง (fowler's position) 30-45 องศาเพื่อให้กะบังลมยกตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอกและปอดสามารถขยายตัวได้ดี</p> <p>6. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย</p>
<p>5.ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องแขนทั้งสองอ่อนแรง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (ADL) เพื่อช่วยวางแผนการดูแล</p> <p>2. ประเมินการปลัดตกกล้ามเนื้อของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลูกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน</p> <p>3. สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู</p> <p>4. การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า เพื่อความสะดวกในการใช้งาน</p> <p>5. สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอน</p> <p>6. ยกไม้กั้นเตียงป้องกันการปลัดตกกล้ามเนื้อคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม</p>	<p>4.มีภาวะของเสียคั่ง ในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองอย่างเฉียบพลัน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเป็นซีซีต่อชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง</p> <p>2. สังเกตอาการของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย บวม ค้นตามตัว หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกายและ รายงานแพทย์ให้การรักษอย่างเหมาะสม</p> <p>3. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000ml IV 500 load then 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา</p> <p>4. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชม. เพื่อเป็นการประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำ ออก</p> <p>5. ติดตามผล lab BUN Cr GFR เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย</p>
<p>6.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้</p> <p>2. ดูแลที่นอน จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงอยู่เสมอ</p> <p>3. ดูแลพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ใช้หมอนรองหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณที่กดทับหรือปุ่มกระดูก เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับ</p> <p>4. ดูแลใส่ที่นอนลม เพื่อลดแรงกดเฉพาะที่ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล</p> <p>5. ดูแลผิวหนังให้แห้ง สะอาด ไม่ให้เปียกชื้นอยู่เสมอ กดนิ้วปุ่มกระดูก เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด</p> <p>6. ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสมเพื่อให้ออกซิเจนไหลเวียน และผิวหนัง แข็งแรงการไหลเวียนของโลหิตดี</p> <p>7. ประเมินรอยแดงตามร่างกายและลงบันทึกทุกวันในแบบบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>8. อธิบายให้คำแนะนำรวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติให้ตระหนักถึงความสำคัญของการพลิกตะแคงตัว</p>	<p>5.ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ดูแลให้ 50% Mgso4n 4 ml+5%DW 100ml IV in 4 hrs. x 3 day. ตามแผนการรักษา</p> <p>2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 ml IV 100 ml/hr ตามแผนการรักษา</p> <p>3. ตรวจสอบที่สัญญาณชีพ ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะชัก การมองเห็น</p> <p>4. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา</p> <p>5. ดูแลอาหารทางสายยาง</p> <p>6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ</p>
<p>7.เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากการพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>6.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p>

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

กรณีศึกษาชายที่1	กรณีศึกษาชายที่2
<p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตามหลัก DMETHOD ดังนี้</p> <p>D-Diagnosis อธิบายเกี่ยวกับ สาเหตุ การดำเนินโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับ Community Acquire Pneumonia</p> <p>M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ได้รับ สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้โดยเฉพาะยาฆ่าเชื้อให้ทานยาต่อเนื่องจนยาหมด</p> <p>E-Environment เตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทำความสะอาดสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสชุมชนแออัด</p> <p>T-Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้สูง มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย</p> <p>H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ เช่น การล้างมือ การรับประทานอาหารที่สุกสะอาด การสัมผัสสัตว์เลี้ยง การใส่หน้ากากอนามัย การไอและการหายใจที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัดหรือก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน ติดต่อสถานบริการใกล้บ้านหรือ โทรศัพทบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ฟรี</p> <p>D-Diet รับประทานอาหารอ่อน และดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยขับเสมหะ ดื่มน้ำวันละ2-3 ลิตร งดอาหารมัน</p> <p>2. ดูแลการส่งข้อมูลติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้ Program Smart COC และติดตามเยี่ยมสอบถามอาการทางโทรศัพท์</p>	<p>1.ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจและผูกยึดให้ตรงตำแหน่งที่ระบุไว้ในบันทึก</p> <p>ทางการพยาบาล</p> <p>2.ตรวจสอบและปรับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาเพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ</p> <p>3.จัดวางสายต่อเครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ดึงรั้ง เพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและจัดสายไม่ให้พับงอ เพื่อให้ออกซิเจนจากเครื่องไหลผ่านสะดวก</p> <p>4.จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ในกรณีที่ไม่มียาห้าม เพื่อป้องกันการสูดสำลัก วัด cuff pressure ของท่อช่วยหายใจ ให้อยู่ระหว่าง 20 -30 cm H2O เพื่อป้องกัน</p> <p>การกดทับหลอดลม</p> <p>5.ทำความสะอาดช่องปากและฟันทุก8 ชั่วโมง เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปาก ประเมินการเกิดแผลที่มุมปากหรือที่เยื่อในช่องปาก</p> <p>6.ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยพร้อมให้ฝึก</p> <p>การหย่าเครื่องช่วยหายใจ เผื่อระวังการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ</p>

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมาด้วยอาการของภาวะปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีภาวะช็อกและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ส่งผลทำให้อวัยวะสำคัญบางส่วนมีการทำงานล้มเหลว หลังจากได้รับการวินิจฉัยอาการเบื้องต้น ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่ประเมินการเกิดโรค ให้รักษาอย่างรวดเร็ว ด้วยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สารน้ำและการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง เพื่อแก้ไขภาวะติดเชื้อ ตลอดจนแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน ด้วยการให้ออกซิเจนตามสภาพของผู้ป่วย ได้รับการแก้ไข การหายใจล้มเหลว ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ยาปฏิชีวนะที่ตอบสนองต่อการฆ่าเชื้อ รวมทั้งมีการประเมิน Early warning sign เพื่อเฝ้าระวังภาวะ

septic shock และ Acute respiratory failure อย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ปลอดภัยภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยรวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต นอกจากการให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้ป่วยทางด้าน จิตใจ สังคม ล้วนมีความสำคัญที่จะต้องวางแผนและให้การพยาบาลที่ควบคู่กัน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ป่วย สหสาขาวิชาชีพ การสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกันช่วยให้การวางแผนการพยาบาลเป็นไปตามแผนที่วางไว้ เมื่อการเจ็บป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมให้ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคและป้องกันการกลับป่วยซ้ำ โดยให้กิจกรรมพยาบาลตามหลัก D-METHOD จาก การดูแลรักษา และการ

พยาบาลที่เหมาะสมเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับและสามารถกลับบ้านได้ มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน และในกรณีศึกษา รายที่ 2 แพทย์จำหน่ายโดยส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน ได้มีการประสานงานกับเครือข่ายในการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้านและให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ในศาสตร์ที่หลากหลายและต้องใช้ทักษะในการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ การให้กำลังใจ การสอน การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ อาหาร การปฏิบัติตัวอื่นๆ จนผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมและ มั่นใจในการดูแลตนเองจึงสามารถจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้^{4,5}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับกับการรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว การทำงานของอวัยวะต่างๆ Early infection control, Early Resuscitation and organ support ทักษะ การค้นพบผู้ป่วยในระยะ เริ่มต้น (Early

Recognition) การใช้เครื่องมือ NEW Score ในการประเมินและการเฝ้าดูแลติดตามผู้ป่วยให้ปลอดภัย

2. ควรมีการทบทวน case ที่มีความซับซ้อนในการให้การพยาบาล เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและเพิ่มศักยภาพบุคลากร รวมทั้งพัฒนาระบบการคัดกรอง เช่น การตรวจ Lactate Test เพื่อความรวดเร็วและ แม่นยำในการคัดกรอง

3.การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับผนวกเข้าโปรแกรมการ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากร ระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการ ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

4. ร่วมทบทวนและพัฒนาศักยภาพการเฝ้าระวังผู้ป่วยปอดอักเสบในชุมชนให้ลงถึงโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล สามารถตรวจและให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาการที่ สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด การมาพบแพทย์และการใช้สายด่วน 1669

5. ควรมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการประสานงานและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อปรับแนวทางปฏิบัติให้ทันต่อ การเปลี่ยนแปลง เพื่อการดูแลต่อเนื่องกับโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). The top ten causes of death. [Internet]. [cited 2024 Nov 11]. Available from:URL:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death.
2. Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., et al. (2022). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, 315(8), 801–810. https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287
3. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2568).KPI 3 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบบูรณาการแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- 4.อุ้นเรือน กลิ่นขจร.(2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์; 2563.
- 5.คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.(2017). คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock [internet].[เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2569]. เข้าใจได้จาก: http://www2.si.mahidol.ac.th/km/ knowledge assets/sirirajknowledge/ sepsis/3545; 2017
6. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2565-2568. (คัดสำเนา)