การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of the patient with septic shock with pneumonia with acute respiratory failure: 2 case studies

Kanchana Prasert, RN
Yasothon Hospital
Yasothon Province

กาญจนา ประเสริฐ, พว.*
โรงพยาบาลยโสธร
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อเชื้อโรคหรือสารพิษที่สร้างจากเชื้อโรคทำให้เกิดกระบวนการอักเสบทั่วร่างกายและจะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายเสียหน้าที่ จนเกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ system dysfunction) และทำให้เสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว ที่พบบ่อยคือการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Acute respiratory failure)

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน: ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร ช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง การรักษา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวม 3 ระยะ ได้แก่ การดูแลระยะวิกฤต การดูแลระยะต่อเนื่องและการเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวเป็น Asthma มาด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมีเสมหะ รักษาที่คลินิกเอกชน 1 วัน ก่อนมาอาการไม่ดีขึ้นหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาเพิ่มความดันโลหิต Norepinephrine และยาปฏิชีวนะ จนอาการดีขึ้นสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ให้การฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 7 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี มีโรคประจำตัวเป็น DM, HT ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง ระหว่างการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมีอาการซึมลง หายใจหอบมากขึ้น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลยโสธร ได้รับการรักษาโดยให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาเพิ่มความดันโลหิต Norepinephrine และยาปฏิชีวนะ จนอาการดีขึ้นสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ให้การฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 10 วัน

สรุป: การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ การให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญที่เป็นพิเศษเพื่อประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องแม่นยำ รวมทั้งต้องมีแนวทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย จึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจำหน่าย

คำสำคัญ: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ, โรคปอดอักเสบ, ภาวะการหายใจล้มเหลว

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลยโสธร

ABSTRACT

Background: Septic shock is caused by the body's response to germs or toxins that created by germs, causing inflammatory processes throughout the body and will result in the malfunction of the body's vital organs. Until multiple organ system dysfunction (Multiple organ system dysfunction) and cause death in a short

time. The most common is a lung infection. The patient develops severe hypoxia leading to acute respiratory failure.

Objective: To study nursing care guidelines for shock patients from sepsis and pneumonia with acute respiratory failure two case studies.

Methods: A comparative study of two patients with sepsis-related shock and pneumonia with respiratory failure who were admitted in Yasothon Hospital from October 2020 to February 2021. Data were collected from patient medical records and Gordon's 11 health status assessment forms. Comparative data analysis of pathology, symptoms, symptoms treatment, formulating nursing diagnosis, planning nursing practice and evaluating nursing outcomes for a total of 3 phases: critical care, continuous care and discharge planning to back home.

Results: Case Study 1: A 65-year-old Thai male patient with congenital Asthma 3 days before coming to the hospital. Cough with phlegm is treated at a private clinic. 1 day before, the symptoms did not improve, breathing more and more tired. The patient was treated by intubation and oxygen with a ventilator that receiving intravenous fluids and drugs to increase blood pressure called Norepinephrine and antibiotics until the symptoms improve, the endotracheal tube can be removed. Provide rehabilitation and send back home, total length of hospital admitted 7 days. Case Study 2: A 66-year-old Thai male patient with congenital disease DM, HT was taken from a hospital near his home with symptoms, 2 days before coming to the hospital with fever, shortness of breath and bad bowel movements 3 times during his admission to the patient community hospital. Having symptoms of drowsiness, shortness of breath. He was intubated and was transported to Yasothon Hospital. He was treated with oxygen with a ventilator receiving intravenous fluids and drugs to increase blood pressure Norepinephrine and antibiotics until the symptoms improve, the endotracheal tube can be removed and provide rehabilitation and send back home, total length of hospital admitted 10 days.

Conclusion: Evaluation of patients with septic shock and respiratory failure is a critical condition. Providing effective nursing care will reduce severity and reduce the mortality rate of patients. Therefore, nurses need to have knowledge on extraordinary skills to assess patients quickly and accurately, including the need to have a systematic nursing approach continuously from the first reception until the end. This will make the patient safe and have a good quality of life after discharge.

Keywords: septic shock, pneumonia, respiratory failure

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ กลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS)[1-2] เนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่ภาวะ Hypo perfusion และ Organ dys-function หากไม่ได้รับการประเมินและติดตามการดำเนินโรครวมถึงการให้การรักษาอย่างทันท่วงที สามารถเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น septic shock จนทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลว (Multiple organ dysfunction) และเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1 ใน 4 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก[3] ในประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[4] พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ 2563 พบอัตราการตายร้อยละ 32.47[4] หรืออาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที เสียชีวิต 5 ราย ทุกๆ 1 ชั่วโมง ดังนั้นการประเมินอาการผู้ป่วยในระยะแรกได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยให้มากขึ้น

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลัน

ระบบหายใจ[5-6] เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และในผนังถุงลมหรือเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitium) การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด เกิดจากสาเหตุหลัก 2 กลุ่ม คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อเกิดได้ทั้งจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา และโดยเฉพาะสถานการณ์ปัจจุบันการเกิดโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ ถ้าอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงทีการอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงแม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตามซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure)[5-7] ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

ในประเทศไทยสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราตายจากโรคปอดอักเสบ (pneumonia) ร้อยละ 53.3, 49.6 ในปี 2562 และ 2563 ตามลำดับ[8] การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาเป็นการสูดสำลักควันหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจและระบบภูมิคุ้มกัน โดยพบว่าโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดนอก รพ. (Community Acquired Pneumonia; CAP) และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ (asthma, COPD) ภาวะหายใจล้มเหลวเลือดคั่ง (congestive heart failure; CHF) โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัวหรือสมรรถนะร่างกายที่แย่ลง เป็นต้น โดยประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ดังนั้นจึงถือว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตสูง ที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ

จากข้อมูลโรงพยาบาลยโสธร[9-10] ปี 2563–2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Septic Shock) ชนิด Community acquired จำนวนทั้งหมด 628, 499 และ 402 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 238, 196 และ 145 ราย ตามลำดับ รักษาไม่ดีขึ้นปฏิเสธการรักษาจำนวน 100, 92 และ 76 ราย ตามลำดับ รวมเสียชีวิตและปฏิเสธการรักษากลับไปเสียชีวิตที่บ้านจำนวน 338, 288 และ 221 ราย ตามลำดับ อัตราตายผู้ป่วย Septic Shock ชนิด Community acquired คิดเป็นร้อยละ 53.80, 57.72 และ 54.98 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ปี 2563–2565 จำนวนทั้งหมด 1396, 2505 และ 848 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 174, 231 และ 68 ราย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรน่าไวรัสหรือโรคโควิด-19 และยังพบว่าการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ คือ *Bacterial Pneumonia, Klebsiella Pneumonia* อัตราตายผู้ป่วยที่เกิด Pneumonia with Acute Respiratory Failure with Septic shock ร้อยละ 36.34, 41.71 และ 37.83 ตามลำดับ ช่วงอายุที่พบมากคือ อายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคประจำตัว สถิติดังกล่าว[9-10] แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการให้การรักษาอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมด้วย เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) ในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยเลือกกรณีศึกษาที่มาด้วยกลุ่มโรคเดียวกัน มีโรคประจำตัวและระยะเวลาการดูแลต่างกันจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลยโสธร ช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงกุมภาพันธ์ 2564 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล แนวทางการดูแลผู้ป่วย

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน (2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา (3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[11] เพื่อให้ได้ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2564 ด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมีเสมหะรักษาที่คลินิกเอกชนได้ยาไปรับประทาน 1วัน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการไอหายใจหอบเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น ญาตินำส่งที่โรงพยาบาลยโสธร อาการแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัว หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ T=39.5℃ P=142/min RR=38/min BP=70/42mmHg O2sat=86% แพทย์ตรวจร่างกายพบ Crepitation both lung ผล CXR infiltration both lung Dx. Septic Shock with Pneumonia with Acute Respiratory Failure ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น Asthma มียา Berodual พ่นเป็นประจำแต่ไม่มีอาการกำเริบ หลังรับไว้ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์ใส่ ET-tube ขนาด 7.5 ความลึก 22 เซนติเมตร ให้ 0.9% NaCl 1,000 cc IV load 2,000 cc. หลังจากนั้นให้ 100 cc./hr. เจาะ H/C 2 specimens ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm IV ใส่สายสวนปัสสาวะไม่มีปัสสาวะในถุงหลัง load IV BP=85/50mmHg Start Levophed 4 mg in 5% DW 250 ml IV drip 10 ml/hr. ส่งเข้ารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรมชาย แรกรับผู้ป่วยปลุกตื่นรู้ตัว E4VTM6 pupil 3 mm. react to right both eye on ventilator PCMV mode RR 16 Ti 1 PEEP 5 FiO2 0.4 O2sat=97% T=39.0℃ P=138/min RR=38/min BP=80/45mmHg SOS Score=10 คะแนน ผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 106 mg% ผลตรวจ Lactate 14.0 mmol/L เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, Po4 LFT, PT, PTT INR, lactate × 2 q 6 hr. เก็บ TSC, G/S AFB ส่ง UA, U/C NPO เว้นยา ใส่ Nasogastric tube feed ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Potassium 5.50 mmol/L TCO2 9 mmol/L ได้ยา 7.5% NaHCO3 2 amp. Slow push และ 2 amp. IV drip in 30 นาที Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml ทุก 3 ชั่วโมง x 3 dose และ replete หลังแก้ครบ Potassium ลดลง 3.51 mmol/L ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ *Klebsiella Pneumonia* ไข้ลดลง แพทย์ให้ try wean Levophed จนสามารถ off ยาได้ ความดันโลหิตปกติ ประเมิน off ET-tube ปรับ setting ventilator เป็น PSV mode PS 8 PEEP 5 FiO2 0.4 ฟังเสียงปอด clear รวมวันใส่ท่อช่วยหายใจ 4 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจแพทย์ให้ on high flow cannular flow 60 LPM FiO2 0.4 ให้เริ่มจิบน้ำได้ รับประทานอาหารอ่อนได้ แพทย์ให้ off High flow เปลี่ยนเป็น O2mask with bag 10 LPM keep O2 sat ≥ 95% และ off Foley Cath ปัสสาวะออกดี ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจำหน่ายหลังได้ยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 24 มกราคม 2564 และนัดติดตามอาการหลังการรักษาที่คลินิก COPD รวมนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยโสธร 7 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี โรคประจำตัว DM, HT เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564 โดยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน มาด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง ระหว่างการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมีอาการซึมลง หายใจหอบมากขึ้น O2sat=90% อุณหภูมิ 38.7 ℃ ชีพจร 126 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 82/28 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกน้อย แพทย์ให้การรักษาให้ 0.9% NaCl load 3,000 cc IV หลังจากนั้นให้ 100 cc./hr. เจาะ H/C 2 specimens ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm IV Levophed 4 mg in 5% DW 500 ml IV drip 10 ml/hr. อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลยโสธร แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดิ้นกระสับกระส่าย E4VTM6 Pupil 2 mm. react to right both eye อุณหภูมิ 37.7 ℃ ชีพจร 130 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/54 มิลลิเมตรปรอท ค่า O2sat 98% ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 นิ้ว ความลึก 21 เซนติเมตร ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผล Sinus Tachycardia ผลตรวจ CXR มี Infiltration Left Lung เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว 240 mg% แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia with Acute respiratory failure AGE with Septic shock ได้เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยปลุกตื่นดิ้นกระสับกระส่าย E4VTM6 Pupil 2 mm. react to right both eye ผู้ป่วย On ET tube with Ventilator PCV mode PS 18 PEEP 5 TV 450 RR 16 FiO2 0.4 I:E 1:2 ผู้ป่วยหายใจต้านเครื่อง แพทย์แทงเส้น Central Line และให้ Fentanyl 50 mg IV stat then (10:1) IV rate10 cc/hr., 0.9% NaCl 1,000 cc IV rate 100 cc/hr., Levophed 4 mg in 5% DW 500 ml IV drip 20 ml/hr., Hydrocortisone 100 mg ทุก 8 ชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, Po4, LFT, UA, Stool exam, Lactate, CPK, ABG เก็บเสมหะส่ง C/S, G/S, AFB ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriazone 2 gm IV OD Metronidazole 500 mg ทุก 8 ชั่วโมง และเปลี่ยนเป็น Meropenam 1 gm ทุก 8 ชั่วโมง อุณหภูมิ 38.2 ℃ ชีพจร 132 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/54 มิลลิเมตรปรอท SOS score 8 คะแนน ให้ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วซ้ำก่อนอาหารและก่อนนอน ผล lactate 8.7 mmol/L ผลตรวจเลือดพบมีโพแทสเซียมต่ำ 2.4 mmol/L, TCO2 5 mmol/L Creatinine 2.32 mmol/L Retained Foley's catheter ฟังปอดได้ยิน

เสียง fine crepitation left lower lung ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderlized diet (1:1) สูตร DM 250 cc วันละ 4 feed น้ำตาม 100 ml/feed ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจจนถึงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2564 เริ่มรู้สึกตัวดีขึ้น ทำตามคำบอกได้ไม่ดิ้นกระสับกระส่าย แพทย์ให้ off ยา fentanyl และ Try weaning โดยตั้ง setting เป็น PSV mode PS 8 PEEP 5 FiO2 0.4 ฟังปอด rhonchi both lung ให้พ่นยา Beradual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง ฟังเสียงปอดมีเสียง secretion ผู้ป่วยไอขับเสมหะเองไม่ออก จึง consult PT เคาะปอด ค่า DTX สูง แพทย์สั่งให้ RI ตาม Scale ถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 10.30 น. รวมวันใส่ท่อช่วยหายใจ 5 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจแพทย์ให้ on O2mask with bag 10 LPM ให้รับประทานอาหารอ่อนเบาหวาน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอด clear ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย พยาบาลได้เตรียมความพร้อมเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้านวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 10.00 น. และนัดมาติดตามการรักษาในวันที่ 15 มีนาคม 2564 รวมอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี รูปร่างผอมสูง น้ำหนัก 53 กิโลกรัม	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี น้ำหนัก 70 กิโลกรัม
ระยะเวลาเข้ารับการ รักษา	7 วัน (17-24 มกราคม 2564)	10 วัน (16-26 กุมภาพันธ์ 2564)
อาการสำคัญและอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	อาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีเสมหะ รักษาที่คลินิกเอกชน ได้ยาไปรับประทาน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไอหายใจหอบเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น	มาด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยมีอาการซึมลง หายใจหอบมากขึ้น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีโรคประจำตัวเป็น Asthma 10 ปี เคยสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ปัจจุบันหยุดสูบมา5 ปี	โรคประจำตัว DM, HT 5 ปี สูบบุหรี่ 1 ซอง/วัน
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร	ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร
แผนการรักษาของแพทย์	- On ET tube with ventilator PCMV mode RR 16 Ti 1 PEEP 5 FiO2 0.4 - High-flow nasal cannular FiO2 0.4, flow 40 LPM - O2mask with bag 10 LPM - 0.9% NaCl 1,000 cc IV load 2,000 cc then 100 cc/hr. - Ceftriazone 2 gm IV - Meropenam 1 g IV q 8 hr. - Levophed 4 mg in 5% DW 250 ml IV drip 10 ml/hr. - 7.5% NaHCO3 2 amp. Slow push และ 2 amp. IV drip in 30 นาที - Kalimate 30 gm + น้ำ 50 ml ทุก 3 ชั่วโมง - Nasogastric tube feed ยา และน้ำ	- On ET tube with ventilator PCV mode PS 18 PEEP 5 TV 450 RR 16 FiO2 0.4 I: E 1: 2 - O2mask with bag 10 LPM - แทงเส้น Central Line และให้ Fentanyl 50 mg IV stat then (10:1) IV rate10 cc/hr. - 0.9% NaCl 1,000 cc IV rate 100 cc/hr. - Levophed 4 mg in 5% DW 500 ml IV drip 20 ml/hr. - Hydrocortisone 100 mg ทุก 8 ชั่วโมง - Ceftriazone 2 gm IV OD และเปลี่ยนเป็น Meropenam 1 gm ทุก 8 ชั่วโมง - พ่นยา Beradual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง - consult PT เคาะปอด - Nasogastric tube และ feed Blenderlized diet (1:1) สูตร DM 250 cc วันละ 4 feed

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- CBC: WBC 12,900 cell/mm3, Neutrophil 80%, Hct 33% - BUN 14, Creatinine 0.88 mg/dl, GFR (CKD-EP1) 92.71 - Sodium 138 mmol/L, Potassium 5.50 mmol/L, Chloride 94 mmol/L, TCO2 9 mmol/L, Phosphorus 5.2 mg/dL - Lactate 14.0 mmol/L - Sputum culture: พบ Klebsiella pneumoniae - EKG: Sinustachycardia - Chest X-ray: Infiltration both lung	- CBC: WBC 28,700 cell/mm3, Neutrophil 88%, Hct 18% - BUN 40, Creatinine 2.32 mg/dl, GFR (CKD-EP1) 28.23 - Sodium 134 mmol/L, Potassium 2.4 mmol/L, Chloride 107 mmol/L, TCO2 5 mmol/L, Phosphorus 5.7 mg/dL - Lactate 8.7 mmol/L - ABG: pH 7.238, pCO2 28.24, pO2 36.4, HCO3 11.7 - Sputum culture: พบ Acinetobacter baumannii - EKG: Sinustachycardia - Chest X-ray: Infiltration left lower lung with cardiomegaly

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ	1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากมีการติดเชื้อของเนื้อปอดอย่างรุนแรง 3. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของปอดทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 4. มีโอกาสดึง ET Tube เนื่องจากเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก 5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง	1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากมีการติดเชื้อของเนื้อปอดอย่างรุนแรง 3. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของปอดทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 4. มีโอกาสเกิด ET Tube เลื่อนหลุดเนื่องจากผู้ป่วยดิ้นกระสับกระส่าย 5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง
2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง	1. มีภาวะโพแตสเซียมในเลือดสูง 2. มีภาวะ Metabolic Acidosis เนื่องจากการมีกรดแลคติกในเลือดสูง 3. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่ สามารถไอออกได้เอง 4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองและร่างกายอยู่ในภาวะเครียด 5. ความสามารถทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้และช่วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น	1. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตเสียหน้าที่อย่างเฉียบพลัน 2. มีภาวะMetabolic Acidosis เนื่องจากการมีกรดแลคติกในเลือดสูง 3. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่ สามารถไอออกได้เอง 4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองและร่างกายอยู่ในภาวะเครียด 5. ความสามารถทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้และช่วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น 6. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 7. มีภาวะซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะวางแผนจำหน่าย	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ 2. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบ	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ 2. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบ

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ 1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัว และ O2 saturation 2. ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation อย่างเพียงพอและทันเวลา 3. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine ซึ่งเป็นยา High Alert Drug ปรับยาและติดตาม Blood pressure Keep MAP ≥ 65 mmHg รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ที่บริเวณ IV site 4. เฝ้าระวังภาวะ organ dysfunction ทุกระบบ โดยการติดตามอาการ/อาการแสดง/ผล Lab ต่างๆ/ปริมาณน้ำเข้า-ออกร่างกาย
2. มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากมีการติดเชื้อของเนื้อปอดอย่างรุนแรง	1. ประเมินลักษณะการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ 2. Suction Clear Air ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งป้องกันการอุดตันของเสมหะ ฟังปอดเพื่อประเมินเสียงผิดปกติในปอด 3. วัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว Monitor O2 Saturation 4. สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน เช่น มี Cyanosis ปลายมือ ปลายเท้า 5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา เฝ้าระวังน้ำที่ตกค้างจากเครื่องช่วยหายใจไหลเข้าสู่ท่อช่วยหายใจ และระวังสาย Circuit ไม่ให้หักพับงอ
3. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของปอดทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง	1. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอดให้ดีขึ้น 2. Suction Clear Air ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งป้องกันการอุดตันของเสมหะทุก 1-2 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสม 3. วัดสัญญาณชีพ วัด O2 Saturation เพื่อประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย 4. ติดตามค่า ABG ถ้าพบผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที 5. ให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual
4. มีโอกาสดึง ET Tube และ ET Tube เลื่อนหลุด	1. ประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วย 2. ตรวจสอบตำแหน่ง ET Tube และระมัดระวังสาย Circuit ไม่ให้ดึงรั้ง 3. กรณีที่ต้องผูกยึดผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเหตุผลที่ต้องผูกยึดผู้ป่วย 4. รายงานแพทย์ถ้าผู้ป่วยดิ้นกระสับกระส่าย หรือหายใจต้านเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ยา Sedative
5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง	1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่สม่ำเสมอ พูดคุยแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและไว้วางใจ 2. แจ้งญาติผู้ป่วยให้รับทราบในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ 3. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง 1. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง (ผู้ป่วยรายที่ 1) มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตเสียหน้าที่อย่างเฉียบพลัน (ผู้ป่วยรายที่ 2)	1. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ติดตามผล Lab และประเมินอาการ อาการแสดงที่เกิดจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 3. Record Intake/out put ลักษณะและปริมาณของ Urine 4. ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย 5. ติดตามผลการตรวจ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr) เพื่อติดตามการทำงานของไต
2. มีภาวะ Metabolic Acidosis เนื่องจากการมีกรดแลคติกในเลือดสูง	1. ดูแลให้ยา 7.5% NaHCO3 ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินสภาพความไม่สมดุลของความเป็นกรดและด่างในร่างกาย 3. ประเมินสัญญาณชีพและประเมินอาการหอบเหนื่อย
3. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียว ไม่สามารถไอออกได้เอง	1. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยและทางเดินหายใจของผู้ป่วย 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง Suction Clear Air Way 3. Consult กายภาพบำบัด
4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองและร่างกายอยู่ในภาวะเครียด	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ 2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (nasogastric tube) ขณะให้อาหารควรตรวจสอบอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารและดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และมีการตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารก่อนเริ่มให้อาหารทุกครั้งเพื่อป้องกันการสำลัก
5. ความสามารถทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้และช่วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น	1. ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยรวมทั้งการทำความสะอาดช่องปากและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ 2. ดูแล พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมงและ Passive exercise เพื่อป้องกันการแผลกดทับและข้อติด 3. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวางแผนจำหน่าย 1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ	1. อธิบายให้ข้อมูลต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ เช่น ไข้สูง ไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย ถ่ายเหลว 2. แนะนำการตรวจตามนัดเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษา
2. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบ	ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว โดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมด้วย มีแนวทางการรักษาที่เหมือนกันคือจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและต้องได้รับการดูแลการให้สารน้ำและยาเพิ่มความดันโลหิตเพื่อรักษาระบบไหลเวียนโลหิตให้ปกติและการรักษาระดับเกลือแร่และอิเล็กโทรไลต์ให้เพียงพอ แต่จะมีความรุนแรงของโรคต่างกัน ตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ข้อที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีโรคประจำตัวเป็น Asthma ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีโรคประจำตัวเป็น DM, HT และมีประวัติถ่ายเหลวร่วมด้วย เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญคือ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) และมีภาวะซีด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติและมีความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเป็นอย่างดีเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายรวมทั้งควรได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้านเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม มีการส่งต่อข้อมูลที่เพียงพอเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วย

ปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องไม่กลับมารักษาซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่มีความสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในระยะวิกฤติจนถึงจำหน่าย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติในหอผู้ป่วยสามัญเป็นความท้าทาย พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา การนำกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)[11] และการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและนำมาวางแผนให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนความรู้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องดูแลในหอผู้ป่วยสามัญ
2. การพัฒนาระบบ Sepsis Fast Track โดยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกร่วมกับการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญควรได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อการดูแลและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
3. การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายรวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและอาการรุนแรงมากกว่าเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. สุณีรัตน์ คงเสรีพงศ์, ดวงมณี เลาหประสิทธิพร. แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
2. วีรพงศ์ วัฒนาวนิช. Update management in septic shock [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://medinfo.psu.ac.th/nurse/CoP/Sepsis/sepsis_3.pdf
3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Crit Care Med 2017; 45(3): 486-552. doi: 10.1097/CCM.0000000000002255. PubMed PMID: 28098591.
4. healthkpi. KPI กระทรวงสาธารณสุข รายงานตัวชี้วัดที่ 034: อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448&kpi_year=2563
5. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
6. อุไร มิตรปราสาท. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563; 5(4): 144–52.
7. เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, พรรณิภา สืบสุข. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. ใน: ปราณี ทู้ไพเราะและคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555: 44-59.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563 (Public Health Statistics A.D. 2020. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. เอกสารรายงานข้อมูลตัวชี้วัด service plan ปี 2563. ยโสธร; 2564.
10. งานเวชระเบียนและสถิติ. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2563. ยโสธร: โรงพยาบาลยโสธร; 2564.
11. ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. หลักการประเมินสุขภาพ. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552: หน้า 7–8.