



การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Nursing Care for Patients with Septic shock in Critical Care Patients : Case Study in Kalasin Hospital.

(Received: July 21,2021; Accepted: August 13,2021)

พัชรีย์ ไสยนิตย์¹

Phatcharee saiyanit

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา : เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจำนวน 2 ราย รายแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการไข้สูง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไอปนเลือด มีประวัติสำคัญอาหาร รายที่ 2 เข้ารับการรักษาด้วยอาการไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย มีประวัติ ดื่มแอลกอฮอล์ และกินยาลดน้ำตาลในเลือด (Metformin) แพทย์วินิจฉัยเป็น Septic Shock ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ เปิดเส้นเลือดดำใหญ่ที่คอ (Central line Insertion) เพื่อให้ยาและให้สารน้ำ ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายที่เป็นปัญหาเดียวกันได้แก่ 1) ปริมาณเลือดออกจากร่างกายในหนึ่งนาที่ลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 2) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ 3) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 4) พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค 6) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยกรณี 1) 1) มีภาวะติดเชื้อที่ปอด 2) เสี่ยงต่อการตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์เนื่องจากมีภาวะสับสน และผู้ป่วยกรณี 2) 1) มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) มีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรงเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่แบบเฉียบพลัน 3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตอาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้โดยนัดติดตามผลอีก 3 สัปดาห์

ผลลัพธ์: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดหากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลผู้มีความใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การดำเนินของโรคในระยะต่างๆ ที่สำคัญคือ การประเมินสภาพผู้ป่วยระยะก่อนช็อก โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการสังเกต การประเมินอาการและ อาการแสดงของโรค รวมถึงการจัดการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์

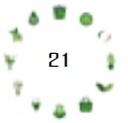
คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ABSTRACT

Case study : In our study, we compare in 2 cases of patients with Septic shock . The first patient was admitted to Kalasin Hospital with a high fever, fatigue, body aches, hemoptysis, and difficulty aspirating. The second case was treated for high fever and shortness of breath. The patient had a history of alcohol and Metformin drug abuse. Doctors diagnosed this patient with Septic Shock. Both patients were treated with intubation via , Central Line Insertion to provide fluids , vasopressor, and Inotropic drugs. Godon's function Health Pattern was use for assessment. The nurse's diagnosis was the same in both cases. A separate diagnosis contained a lung infection , risk to self extubation due to confusion , cardiac arrest due to circulatory failure from sepsis, severe acidosis due to acute kidney injury ,and hyperglycemia. After a short stay in the hospital both patients recovered and were discharged with a three weeks follow-up appointment.

Results : Septic shock requires early detection and early treatment to reduce mortality rates. Nurses who care for the patients must learn and make decisions to carefully. It is essential that nurses know the need of the patients and their families.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



Keyword: Nursing Care for Patients, Septic shock

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยและเป็นปัญหาสุขภาพในแผนการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและเป็นภาวะ ที่พบบ่อยในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เกิดจากผู้ป่วยติดเชื้อที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายจากนั้นเชื้อโรคมุ่งเข้าสู่กระแสเลือดจากอวัยวะส่วนต่างๆ อากาศเบื้องต้น รู้สึกหนาวมือและเท้าเย็น ไข้ขึ้นสูง บางรายอาการอาจค่อยๆ เป็นหนักขึ้นหายใจเร็วขึ้น ชีพจรเต้นเร็วหากไม่ได้รับการรักษาทันทีจะปรากฏอาการรุนแรง รู้สึกตัวน้อยลง มีภาวะสับสน คลื่นไส้และอาเจียน ผิวน้ำอาจเกิดจุดหรือแดง ผื่นจะลุกลามใหญ่ขึ้นเหมือนรอยช้ำ โดยรอยช้ำจะแผ่ขยายใหญ่ เป็นบริเวณกว้าง ปัสสาวะน้อยลง เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอ นำไปสู่ภาวะช็อก (Septic Shock) การลำเลียงออกซิเจนไปยังอวัยวะที่สำคัญของร่างกายไม่เพียงพอ ถ้าให้การรักษาไม่ทันการทำงานของอวัยวะส่วนนั้นจะล้มเหลวและทำให้เกิดหลายระบบในร่างกายทำงานล้มเหลว (Multiple Organ Failure) และเสียชีวิตได้ในที่สุด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว และได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม การติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะช็อก (บุษยามาส ชิวสกุลยง และชัยยุทธ เจริญธรรม, 2556; มณฑิรา มณีรัตน์และคณะ, 2561)

การรักษาผู้ป่วยต้องจัดการให้ความดันเลือดที่เปลี่ยนแปลงส่วนต่างๆ (Perfusion Pressure) กลับคืนสู่จุดที่พอเหมาะและจัดการให้เนื้อเยื่อได้ออกซิเจนกลับมาโดยเร็วซึ่งเป้าหมายการรักษา (ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2561) ความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure) > 65 mmHg อวัยวะต่างๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงตามปกติ ตัวชี้วัดคือปริมาณปัสสาวะมากกว่า 0.5 มล./กก./ชั่วโมง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนกลับมาปกติ (Normalization of Serum Lactate หรือ Venous Oxygen Saturation, ScvO2 > 70%) หรือ Lactate Clearance มากกว่าร้อยละ 10 กระบวนการทั้งหมดนี้ควรถึงเป้าหมายโดยเร็ว และไม่ช้าไปกว่า 6 ชั่วโมง โดยมีหลักการรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 3 ข้อ คือ 1) การควบคุมและกำจัดแหล่งติดเชื้อ 2) การรักษาพลศาสตร์การไหลเวียน 3) การรักษาประคับประคอง ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาวิกฤต ทีมแพทย์

พยาบาลและทีมสหวิชาชีพต้องเข้าใจในบทบาทของตนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤต โดยเฉพาะพยาบาล ผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคการเปลี่ยนแปลง ทุกระยะของโรค การเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในช่วงสำคัญที่สุดคือช่วงระยะก่อนที่เข้าสู่ระยะช็อก พยาบาลจะต้องมีทักษะในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง และเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (เรณู สอนศรี, 2552; สมจิตร์ หนูเจริญกุล, 2552; เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐและไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2553)

จากข้อมูลมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2562 – 2564 มีจำนวน 124 ราย, 118 ราย และ 132 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ภาวะช็อก จำนวน 90 ราย, 100 ราย และ 82 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวน 24 ราย, 20 ราย และ 18 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2564) แสดงให้เห็นว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีอัตราการป่วยและอัตราการตายลดลงและเพิ่มขึ้นในบางปี ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยใช้กรอบแนวคิดของกอร์ดอนในการประเมินผู้ป่วย ดังนี้

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย รายแรกเป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 19 ปี เข้ารับการรักษา ในวันที่ 1 มีนาคม 2564 ได้รับการวินิจฉัย Septic Shock with Acute Respiratory Distress Syndrome with Pneumonia รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุ 54 ปี เข้ารับการรักษา ในวันที่ 24 เมษายน 2564 ได้รับการวินิจฉัย Septic Shock with Metformin Induce Lactic Acidosis with Acute Kidney

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยมีไข้สูงก่อนมารพ. 3 วันอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไอปนเลือด มีประวัติสูบบุหรี่ อาหาร เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจึง Refer มาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ฟัง Lung มี Crepitation Both Lung ความดันโลหิต 97/54 mmHg หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที HR 100 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ BT 37 องศาเซลเซียส Chest X-Ray พบ congestion มีภาวะ Volume



Overload เริ่มหอบ หายใจ 40 ครั้ง/นาที O2sat 85 % มีภาวะ
สับสนตามตอบไม่รู้เรื่อง U/S bed side มี IVC Collapse แพทย์
load 0.9 % NSS 3000 ml

ผู้ป่วยรายที่ 2 ก่อนมารพ.3 ชม มีอาการไข้สูง คลื่นไส้
อาเจียนรุนแรงประมาณ 20 ครั้ง มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์และ
กินยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (Metformin) มีไข้ หายใจ หอบ
เหนื่อยมา ER รพ ภาพสลิท แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง หายใจ
28 ครั้ง/นาที O2sat 96 % HR 100-110 ครั้ง/นาที BP 94/62
mmHg DTX 81 mg % ตรวจร่างกาย ฟัง lung Clear Both
Lung คลื่นไส้ อาเจียน แพทย์พิจารณา load 0.9 % NSS 500
ml then On 0.9 % NSS v 120 cc/hr.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
PH (7.35-7.45)	7.35 ปกติ	7.26 ต่ำเป็นกรด
Hco3 (22-26)	22 mEq/L ปกติ	15.7mEq/L ต่ำ
WBC count (4,000- 10,000)	13,600 /cu.mm	สูง 29,500/cu.mm
BUN (8-20 mg/dl)	18 mg/dl ปกติ	28 mg/dl สูง
Creatinine (0.9-1.8)	1.23 mg% ปกติ	2.1 mg% สูง
GFR	100 % ปกติ	35% ต่ำ
Potassium (3.5-5 mmol/L)	4.11 mmol/L ปกติ	2.65 mmol/L ต่ำ
Serum Ketone	ไม่พบ	1+
Serum lactate	6 mmol/L สูง	14.7 mmol/L สูง

แผนการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหอบเหนื่อย Chest X-Ray พบ
congestion มีภาวะ Volume Overload หายใจ 40 ครั้ง/นาที
O2sat 85 % แพทย์ให้ Lasix 40 mgv q 8 hr ได้ Antibiotic
เป็น Cef-3 2 g V OD อาการหอบเหนื่อยไม่ดีขึ้น แพทย์
พิจารณา On ET-Tube No 7.5 ซิต 22 Admit หอผู้ป่วยอายุร
กรรมหญิง มีปัญหา BP drop แพทย์วินิจฉัย Septic Shock U/S
bed side มี IVC collapse แพทย์ load 0.9 % NSS 3000 ml
พิจารณาทำ Central line เพื่อประเมินสารน้ำ วัด CVP ได้ 15
CmH2O และปรับเพิ่ม ความเข้มข้นของยากระตุ้นความดัน
โลหิต On Levophed (8:250) v 20 cc/hr Urine ออก 100
cc/hr BP เริ่มดี MAP 65-70 mmHg ย้ายผู้ป่วยมาที่หอ
ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 แรกรับย้ายผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง ทำ
ตามคำบอกได้ On Volume Ventilator PCV Mode IP 18 RR
20 FiO 2 0.5 PEEP 5 CmH2O SOS Score 8 คะแนน ผู้ป่วย
หายใจหอบเหนื่อย 30-32 ครั้ง/นาที O2sat 89 % HR 120-130
ครั้ง/นาที ฟัง lung มี Crepitation Both Lung ผู้ป่วย Agitate

ประเมิน MAAS Score (ประเมินการผูกมัด) 5 คะแนน ดูแลผู้
ยี้ผู้ป่วย ติดตามผล ABG มี ภาวะ Mild Hypoxemia (ABG :
PH 7.35 , PaCO2 35 mmHg , PaO2 75 mmHg, HCO3 20
mEq/L) PF ratio 185 รายงานแพทย์ปรับ Setting Volume
เพิ่ม IP 20 , RR 22 , FiO 2 0.6 ให้ยา Fentanyl 25 ug v stat
หลังปรับ Setting Volume และได้รับยา Sedate ผู้ป่วยหายใจ
หอบลดลง RR 22-24 ครั้ง/นาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง O2sat
90-92 % หลีกเลี้ยงการ Disconnected Volume ผู้ป่วยนอน
พักได้ Sedation Score 1 คะแนน SOS Score ลดลง เหลือ 6
คะแนน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นหายใจไม่หอบ แต่ยังมีเหนื่อย
เมื่อทำกิจกรรมความดันปกติ off Levophed ได้แพทย์ปรับลด
เครื่องช่วยหายใจ ให้อาหารทางสายยาง เริ่มฝึกหายใจและถอด
ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจเองได้ไม่หอบ ไม่เหนื่อย ไอขับ
เสมหะได้เอง V/S Stable รับประทานอาหารได้เองให้คำแนะนำ
เรื่องการปฏิบัติตัวหลังจากถอดท่อช่วยหายใจสอนการไอ
แพทย์พิจารณาให้ย้ายไปตึกสามัญหลังจาก ถอดท่อช่วยหายใจ
ได้ 2 ชั่วโมง

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้อาเจียน แพทย์ให้ Plasil 10 mg Stat
ตรวจ Serum Ketone 1+ Serum lactate 14.7 แพทย์ load
0.9 % NSS 500 ml then On 0.9 % NSS v 120 cc/hr เจาะ
ABG มี ภาวะ เลือด เป็น กรด Metabolic Acidosis
Compensated by Respiratory Alkalosis (ABG : PH 7.26 ,
PaCO2 16.8 mmHg , PaO2 75 mmHg, HCO3 15.7 mEq/L)
ให้ 7.5% NaHco3 2 Amp v drip in 30 นาที ได้ Antibiotic
เป็น Cef-3 2 g V OD , SOS Score 5 คะแนน (มีไข้ 39 องศา
เซลเซียส = 2 คะแนน HR 100 ครั้ง/นาที = 1คะแนน RR 28
ครั้ง/นาที = 2 คะแนน) พบ Quick Sofa 2 ใน 3 ข้อ (SBP น้อย
กว่า 100 , หายใจมากกว่า 22 ครั้ง/นาที) แพทย์วินิจฉัย
Metformin induce Lactic acidosis with Acute Kidney
Injury with Septic Shock เข้ารับการรักษาตึกสามัญผู้ป่วย
หอบมากขึ้นหายใจ 30-32 ครั้ง/นาที มีภาวะ Cardiac Arrest
CPR 2 นาที ROSC ได้ Adrenaline 1 amp ค่า Trop-T หลัง
Arrest 274 ng/dl (CH: Critical Value High ค่าวิกฤต ปกติน้อยกว่า
50 ng/dl) ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นมีเหงื่อออก
แพทย์ On ET Tube No 6.0 ซิต 22 ต่อ Volume Ventilator
เริ่ม BP drop load 0.9 % NSS 1,000 ml On Levophed
(4:250) v 20 cc/hr Retrain foley cath, Hydrocortisone
100mg iv stat then 200 mg + 5% DW 200 ml iv in 24 hr
,on Adrenaline (10:1) v 10 cc/hr ใส่สาย Central line
Insertion เพื่อให้ยาและให้สารน้ำวัด CVP ได้ 19 CmH2O และ
ปรับเพิ่มความเข้มข้นของยากระตุ้นความดันโลหิต On
Levophed (8:250) v 20 cc/hr MAP 65-70 mmHg ผู้ป่วยยัง
หายใจหอบ On Fentanyl (5:1) v drip 5 cc/hr มีภาวะไตวาย

เฉียบพลัน GFR 35% Urine ออก 50-300 cc/hr ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต เจาะ Lab BUN, Cr, Electrolyte, PT,PTT, INR ,LAB Serology ถ้าอาการไม่ทุเลา ปัสสาวะออกน้อยลง GFR ไม่ดีขึ้นวางแผนทำการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมผู้ป่วย มีภาวะ DKA (Diabetic Ketoacidosis) DTX High แพทย์พิจารณา On RI (1:1) v drip 5 cc/hr และเจาะ DTX ทุก 1 ชม แพทย์ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 แรกรับย้ายผู้ป่วยรู้สึกตัวดี on Volume Ventilator PCV Mode IP 18 RR 16 FIO 2 0.5 PEEP 5 CmH2O SOS Score 8 คะแนน ผู้ป่วยหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที O2sat 100 % HR 100-110 ครั้ง/นาที มีไข้สูง 39 องศาเซลเซียส Lung Clear 19.00 ผู้ป่วยมีปัญหาภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ K 2.60 m/mol แพทย์ให้ On o.9% NSS 100 ml+ KCl 20 MEq v drip ใน 1 ชม ผล Serum Ketone Negative แพทย์ Off RI v drip ผู้ป่วยมีปัญหาแขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อหดเกร็งจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ แพทย์พิจารณาให้ Valium 5 mg v stat ติดตามแก้ไขภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นการทำงานของ

ไต GFR เพิ่มขึ้นเป็น 52% แพทย์เริ่มให้ อาหารทางสายยาง off Levophed , Adrenaline และเริ่มฝึกหายใจใน On CPAP 5 PS 12 และถอดท่อช่วยหายใจได้ ทำให้หายใจเองได้ไม่หอบไม่เหนื่อย ไอขับเสมหะได้เอง V/S Stable รับประทานอาหารได้เอง แพทย์ตรวจอาการพิจารณาให้ย้ายไปตึกสามัญ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ระยะเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนัก ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
1.ระยะก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก	1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ หลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock)	1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อก จากการติดเชื้อ หลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย (Distributive Shock)	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการและอาการแสดงของ ภาวะช็อกเช่นหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ Pulse Pressure แคบ สับสนกระสับกระส่าย ซึมลงและไม่รู้ตัวปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ซีซี/กก./ชม. ผิวหนังเย็นซีดแห้งออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวให้รายงานแพทย์ทันที - ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยากระตุ้นความดันโลหิตอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา - ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ GCS ทุก 15 นาที และประเมิน SOS Score เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลง - ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ - บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1 ชั่วโมง จนพ้นภาวะวิกฤต เพื่อดูการทำงานของไต - วัด CVP เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน
	2)มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ	2)มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมิน อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อเมือกผิวหนังลักษณะการขีด เขียว เนื่องจากอาการหายใจหอบ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้า เยื่อเมือกหนัง ลักษณะการขีด เขียวแสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน- ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ET Tube ให้ได้รับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา - Monitor O2sat keepมากกว่าเท่ากับ 90 - ดูแล Suction clear air way - วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินสัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน - จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา - ดูแลส่งผู้ป่วย CXR และติดตามผล CXR เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและการขยายตัวของปอด - ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น Arterial Blood Gas



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
	3) พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	3) พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน ความสามารถในการดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - แจ้งให้ผู้ช่วยพยาบาลและบุคลากรผู้เกี่ยวข้องทราบและขอความร่วมมือทั้งประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วยและ จัดกิจกรรมการดูแลแบบทดแทนทั้งหมด - ดูแลเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหรือเมื่อเปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะดูแลทำความสะอาดช่องปากและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกก่อนเช็ดตัวให้ผู้ช่วยพยาบาลและอาบน้ำดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าทำความสะอาดร่างกาย วันละ 1 ครั้งดูแลสระผมให้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ - ดูแลให้ผู้ช่วยพยาบาลได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. และได้รับการออกกำลังกายที่เหมาะสม - ดูแลให้ผู้ช่วยพยาบาลได้รับสารน้ำ สารอาหารตามแผนการรักษา
	4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค	4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค	<ul style="list-style-type: none"> - พูดคุยสร้างสัมพันธที่ดีกับญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีใช้เทคนิค Touch Therapy - ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และการซักถาม - ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยพยาบาลได้ซักถามเพื่อระบายความวิตกกังวล - เปิดโอกาสให้ได้พบแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทราบแนวทางการรักษาการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของอาการและการรักษา - อธิบายถึงเหตุผลในการให้การรักษาทุกครั้งเพื่อความเข้าใจและการให้ความร่วมมือ - หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับญาติ ช่วยเหลือญาติในการตัดสินใจ ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแก่ญาติในการประกอบการตัดสินใจ - เปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมจนกว่าเวลา - แนะนำญาติและให้เหตุผลถึงการผูกมัด
	5) ภาวะติดเชื้อที่ปอด		<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อได้แก่ - อุณหภูมิร่างกาย < 36 °C หรือ >38°C - WBC <4,000 cell/mm³หรือ > 12,000 cell/mm³ - ให้การพยาบาล Aseptic technique ,suction sterile technique - สังเกตและประเมินปริมาณเสมหะ สีที่เปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ - ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง - ตรวจสอบสายข้อต่อเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้มีน้ำเกาะตามสาย - ระมัดระวังเรื่องการสำลักอาหาร ดูแลทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้ช่วยพยาบาลทุก 4 ชม - ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
	6) เสี่ยงต่อการตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์เนื่องจากมีภาวะสับสน		<ul style="list-style-type: none"> - การดูแล ET-Tube ยึดท่อช่วยหายใจและสายต่อเครื่องช่วยหายใจให้แน่น - ประเมินการผูกมัด MAAS Score - บอกถึงผลเสีย ถ้าผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ หรือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ - พูดคุยบ่อยๆ ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่ายให้คลายความกังวลหรือความหวาดกลัวลง - ตรวจสอบบริเวณที่ผูกมัดไม่ให้บวม หรือ แน่นเกินไป คลายทุก 2 ชม. นานครั้งละ 5-10 นาที และควรมีการจัดเปลี่ยนทำให้อากาศกับผู้ช่วย - ดูแลให้ได้รับยา Sedate ตามแผนการรักษาของแพทย์
		5) ภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากการไหลเวียนโลหิต	<ul style="list-style-type: none"> - เริ่มทำ CPR โดยกดหน้าอก 100-120 ครั้ง/นาที เพื่อช่วยให้การไหลเวียนโลหิต - ติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที จนพ้นภาวะวิกฤต

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
		ล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	
		6) มีภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรุนแรง เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่แบบเฉียบพลัน	- ติดตามผล ABG หรือ VBG ตาม แผนการรักษาของแพทย์ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 7.5% NaHCO ₃ ตามแผนการรักษา - ประเมินอาการเปลี่ยนผู้ป่วยที่เกิดจากภาวะเลือดเป็นกรดโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ เป็นต้น
1.ระยะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก	7) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	7) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	- บันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชม.เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ - ดูแลให้ได้รับยา 0.9% NaCl 1,000 ml + KCl ตามแผนการรักษา - ติดตามผล Electrolyte - บันทึก Intake / Output ทุก 8 ชม. ถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา
		8) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	- ติดตาม DTX q 1 hr.ตามแผนการรักษา keep 80 – 200 mg% - ดูแลให้ได้รับสารน้ำปรับตามแผนการรักษาของแพทย์ - ดูแล ให้ RI (1:1) v drip ตามแผนการรักษาเฝ้าระวัง Hypoglycemia - บันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชม.และประเมินภาวะของน้ำตาลในเลือดสูงเช่น กระสับกระส่าย สั่น เหงื่อออก ตัวเย็น
3.ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	8) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	9) ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยทำให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีอาการหายใจหอบเหนื่อย สับสน ได้รับการแก้ไขภาวะหายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตต่ำ ภาวะสับสน ตั้งแต่แรกเริ่มประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผ่านพ้นระยะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลอีก 3 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรดจากการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด ชนิด Metformin ไตวายเฉียบพลันและมีภาวะหยุดหายใจได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่สองมีภาวะวิกฤตมากกว่ารายแรกด้วยปัจจัยร่วมหลายๆ อย่าง ได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยกลับมามีสัญญาณชีพ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ไตกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติ อาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลอีก 3 สัปดาห์

โดยก่อนกลับบ้านผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนมี

ความพร้อมและมั่นใจ สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้าน และทราบแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เป็นภาวะที่พบบ่อยในการรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าสู่ระยะช็อกหรือผ่านพ้นระยะช็อก และไม่เกิดอวัยวะล้มเหลวมีหลายปัจจัย ประเมินสภาพแรกรับโดยใช้ quick SOFA Score หรือ qSOFA Score ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อ จะพบ 2 ใน 3 ข้อ นี้ประกอบด้วย 1) อัตราการหายใจมากกว่า 22 ครั้ง/นาที 2) ความรู้สติลดลง 3) ความดันโลหิตลดลง Systolic Blood Pressure < 100 mmHg การใช้แบบประเมิน SOS Score ประเมินการเปลี่ยนแปลง ถ้าได้รับการประเมินแรกรับและได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำที่เพียงพอ กำจัดแหล่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ ความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure) > 65 mmHg อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงตามปกติ ตัวชี้วัดคือ



ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 0.5 มล./กก./ชั่วโมง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนกลับมาปกติ Normalization of Serum lactate หรือ Venous Oxygen Saturation, ScvO₂ > 70%) หรือ Lactate Clearance มากกว่าร้อยละ 10 กระบวนการทั้งหมดนี้ควรถึงเป้าหมายโดยเร็ว และไม่ช้าไปกว่า 6 ชั่วโมง แต่ทั้งนี้ปัจจัยเสริมที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอด ยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา เช่น ภาวะ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) ทำให้เกิดเลือดต่า และเกิดภาวะ Coagulopathy ผลของ DIC ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดในระดับ Microcirculation ลดลง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายลดลง การหายใจระดับเซลล์เป็นแบบ Anaerobic Respiration ซึ่งทำให้ร่างกายเกิดการสร้าง Lactate เกิดภาวะ Metabolic Acidosis ตามมา ผลของการไหลเวียนเลือดในระดับ Microcirculation ลดลง ทำให้เกิดภาวะ Organ Dysfunction ตามมา (Multiorgan Failure) เช่น Acute Respiratory Distress

Syndrome (ARDS) Acute Kidney Injury (AKI) การรักษาในส่วนนี้คือการให้ Organ Support ตามระบบต่างๆ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ Renal Replacement Therapy ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตามและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง ควรมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดอัตราตายและภาวะคุกคามชีวิต ช่วยป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยมีความรู้สึกสิ้นหวัง โดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความทุกข์ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้สามารถแก้ไขและเผชิญกับ ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถกลับบ้านไปใช้ชีวิตปกติได้เหมือนเดิม (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2560; จริยา พันธุ์วิทยากุล และจิราพร มณีพราย, 2561; hreatt, 2020)

เอกสารอ้างอิง

- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- เรณู สอนเครือ. (2552). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐและไชรัตน์ เทมพิกุล. (2553). Critical Care; At Difficult Time. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- บุษยามาส ชิวสกุลยง และชัยยุทธ เจริญธรรม. (2556). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: ทริค อินค์.
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2564). ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2562 – 2564. รายงานข้อมูลจากสถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2564
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญ นิตិบุคคล สหประชาพานิชย์.
- มณฑิรา มณีรัตน์และคณะ. (2561). อายุรศาสตร์ทันยุค2561. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล.
- จริยา พันธุ์วิทยากุล และจิราพร มณีพราย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. ว.กองการพยาบาล 2561;45(1):86-104.
- hreatt, D. L. (2020). Improving Sepsis Bundle Implementation Times. Journal of Nursing Care Quality, 35(2),135-139.