

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากการติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง : กรณีศึกษา

Nursing care of patient with Septicemia from Deep neck infection: Case study

(Received: September 18,2021; Accepted: September 30,2021)

มะลิ ภูมิวัฒน์¹

Mali Poomivattana

บทคัดย่อ

การอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก เป็นการอักเสบในช่องว่างระหว่างชั้นเยื่อหุ้มกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณคอ เป็นได้ทั้งการอักเสบแบบมีหนองหรือไม่มีหนอง ผู้ป่วยมักมีอาการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้น ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่รุนแรง จากสถิติในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบผู้ป่วยจำนวนน้อย ปี 2560-2563 พบจำนวน 3 ราย แต่เป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต การพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งเป็นการลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2564 ด้วยประวัติปวดบวม บริเวณคาง 2 ข้าง อ้าปากได้น้อย ร่วมกับมีไข้ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีฟันผุเรื้อรังในช่องปากเป็นเวลานาน ไม่ได้รับการรักษา มีภาวะเบาหวานรักษาต่อเนื่อง การวินิจฉัยแรกเริ่ม Deep neck infection ผล CT neck พบ Fluid collection left parapharyngeal space with extend to right masticator space แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือดและเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้น ผู้ป่วยซึม SOS score 4 คะแนน สัญญาณชีพผิดปกติ มีไข้ ชีพจรเร็ว หายใจเหนื่อย O₂ Saturation 92% ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใส่ท่อหลอดลมคอต่อเครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ค้นหาแหล่งของการติดเชื้อ ส่งเลือดเพาะเชื้อ และให้ยาปฏิชีวนะทันที ใส่สายสวนคากะเพาะปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่งตัวมารักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อทำผ่าตัด Incisional & drainage and Tracheostomy tube ใช้เวลาผ่าตัด 50 นาที ในระยะหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวซึ่ม ยังมีการติดเชื้อในกระแสเลือด SOS score 4-5 คะแนน ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับบริหารยา Levophed อย่างถูกต้อง ประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ไม่พบภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ประเมินสัญญาณชีพ O₂ Saturation ต่อเนื่อง ใช้มาตรการ VAP bundle ระงับการสูดสำลักในขณะให้อาหารทางสายยาง ดูแลผู้ป่วยเจาะคอตามมาตรฐาน จนภาวะพร่องออกซิเจนดีขึ้น ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากสารน้ำออกนอกหลอดเลือดในระหว่างให้ยา Levophed ได้บริหารยาตามมาตรฐาน ตรวจสอบตำแหน่งที่ให้สารน้ำอย่างต่อเนื่อง ไม่พบภาวะดังกล่าว ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในช่องปาก ผลเพาะเชื้อพบ Klebsella Pneumoniae ได้ดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี และการดูแลความสะอาดในช่องปาก ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ต่อมาจึงวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ตา หู คอ จมูก จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย คางยุบบวมลง สัญญาณชีพปกติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลท่อเจาะคอ ดูแลความสะอาดในช่องปาก รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 13 กันยายน 2564 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 10 วัน

คำสำคัญ: การติดเชื้อในกระแสเลือด, การติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง

Abstract

Deep neck infection is parapharyngeal intraspaces and muscle around neck inflammation. Including abscess type and non. Septicemia and hypoxia due to respiratory obstruction were serious illness of patient.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

In king narai hospital was found rare case but seriously. Mortality was risk. Nursing care was very important in order to reduce risk of complication.

A 71 years old male with swelling occurred throughout throat, both chin, can't open mouth and fever 3 days were presented on september 3rd, 2021 in King narai hospital. He experienced with untreat chronic dental caries and control Diabetic mellitus. Deep neck infection was diagnosis. CT neck show Fluid collection left parapharyngeal space with extend to right masticator space. Septicemia and hypoxia due to respiratory obstruction were occur; stupor, SOS score = 4, abnormal vital signs, fever, tachycardia, O₂ Saturation = 92%. Intubation with ventilator, fluid resuscitation, septic workup, intravenous antibiotic and retained Foley's cath were done in Emergency room. Then transferred to ICU surgery for operation preparation. Incisional & drainage and Tracheostomy tube were done. (50 min operation) 24-48 hours post operation period. Septicemia was still. Patient was stupor and SOS score = 4-5. Nursing care consist of intravenous fluid resuscitation, Levophed administration, urine out put monitor every 1 hour. Acute renal failure was not found. Hypoxia was showed. Volume respirator care, vital signs and O₂ Saturation monitoring, VAP bundle protocol, aspirate pneumonia prevention, Tracheostomy tube care standarization were perform. Then hypoxia was improve. Phlebitis from extravasation was risk. Levophed administration, injection site observation were done. Phlebitis was not occur. Intraoral cavity infection from Klebsella Pneumoniae was nursing diagnosis. Wound care, oral hygiene, intravenous antibiotic were done. After stable condition, weaning protocol was performed in weaning period then weaning was susceeded. Patient and family mental support was important nursing care in Intensive care unit. Patient was transferred to EENT department after improved condition. After follow up in EENT department; decreased chin swelling, normal vital signs. Encourage patient and family for Tracheostomy tube care, oral hygiene care and continuum home care were performed. Patient can discharge on September 13th, 2021, Length of stay were 10 days.

Keyword: Septicemia, Deep neck infection

บทนำ

การติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง (Ludwig's angina or Submandibular abscess) เป็นการติดเชื้อของช่องว่างที่อยู่บริเวณคอตั้งแต่ฐานกะโหลกลงมา ช่องว่างเหล่านี้อยู่ระหว่างเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ที่ห่อหุ้มอวัยวะบริเวณคอทั้งหมดเป็นภาวะฉุกเฉินคุกคามต่อชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การอุดตันทางเดินหายใจ ส่วนบน การติดเชื้อลุกลามเข้าช่องอก และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่อาจพบการติดเชื้อรุนแรงระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าผู้ป่วยปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาด้วยอาการมีไข้ เจ็บคอมาก กลืนลำบาก การอักเสบมีทั้งแบบมีหนอง (abscess) และไม่มีหนอง การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว ป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน การเจาะคอ การให้ยาปฏิชีวนะ การผ่าตัดระบายหนองถือว่ามีความสำคัญ

เชื้อในลำคอชั้นลึกมักมาจากฟันผุ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ และส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสำลัก การดูแลท่อเจาะคอ การบรรเทาปวด การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ซึ่งพยาบาลมีบทบาททั้งในภาวะวิกฤตและในระยะฟื้นฟูสภาพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 3 กันยายน 2564 เวลา 09.05 น. ด้วยประวัติ ปวด บวม คาง 2 ข้าง ข้างซ้ายบวมมากกว่าข้างขวา อ้าปากได้น้อย ตัวร้อนเป็นมา 3 วัน ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพัง (ผู้ป่วยมีบุตร 1 คน อยู่คนละหมู่บ้าน) ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีฟันผุเรื้อรังในช่องปากเป็นระยะเวลานาน ไม่ได้รับการรักษา



ประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 10 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัว ชีพมาก มีปฏิกิริยาตอบสนองช้า คางบวมทั้ง 2 ข้าง ข้างซ้ายบวมมากกว่า ผิวหนังแดง ตึง กดเจ็บ กลืนน้ำลายไม่ได้ อ้าปากได้น้อย สัญญาณชีพผิดปกติ อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 115-121 ครั้ง/นาที หายใจ 24-32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 84/61-96/72 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 92 เปอร์เซ็นต์ การวินิจฉัยแรกรับ Deep neck infection ผล CT neck พบ Fluid collection left parapharyngeal space with extend to right masticator space และมีการอักเสบจนมีแรงดัน (pressure effect) ทำให้ช่องคอบริเวณ oropharynx และ hypopharynx แคบลง ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ต่อ Bird respirator ไว้ (ผู้ป่วยมีภาวะใส่ท่อหลอดลมคอยาก) ร่วมกับ Septic workup ก่อนให้ Clindamycin 600 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง และ Gentamycin 240 mg iv OD ร่วมกับ 0.9% 1000 ml iv 120 ml/hr (DTX แกร็บ 162 mg%) ใส่สายสวนปัสสาวะค้ำไว้ ปัสสาวะออก 50 ซีซี ภายหลังปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโสต คอ นาสิก จึงส่งตัวมารักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

แรกรับที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (เวลา 11.30 น.) ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน จากทางเดินหายใจอุดกั้น ผู้ป่วยรู้สึกตัว ชีพไม่กระสับกระส่าย หายใจเร็ว เหนื่อย เหงื่อออกตัวเย็น สัญญาณชีพผิดปกติ อุณหภูมิ 38.2-38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 118-126 ครั้ง/นาที หายใจ 26-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/42-91/72 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 94 เปอร์เซ็นต์ SOS Score 4 คะแนน ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ Bennet 840 VCV mode TV 500 PEEP 5 FIO₂ 40% RR 20 keep O₂ Saturation มากกว่า 95% เจาะ arterial blood gas ค่า PH 7.01 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Na 135 mmol /L, K 6.5 mmol /L, Cl 107 mmol /L, CO₂ 2.4 mmol /L ดูแลให้ 7.5% NaHCO₃ 100 ml iv slow push ระวังท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ฟังเสียงลมหายใจเข้าปอด พบว่า เท่ากัน chest film ตำแหน่งปลายท่อหลอดลมคอยู่เหนือ carina 1.5 นิ้ว ยึดตำแหน่งท่อหลอดลมคอกับมุมปาก 22 เซนติเมตร ดูแลให้ 0.9% NaCl 1000 ml iv 120 ml/hr ร่วมกับ Levophed (8:250) 4 ml/hr keep BP > 90/60

มิลลิเมตรปรอท ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ประเมิน SOS score อย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะไตวายเฉียบพลันไว้ ประเมิน intake และ output ปัสสาวะ 25-30 ซีซี ต่อชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด Incisional & drainage and Tracheostomy tube โดยดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งตรวจสอบความพร้อมของเวชระเบียน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้เรียบร้อย ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เวลา 12.45 น.

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเวลา 13.10-13.50 น. (under GA) โดยทำ Incisional & drainage and Tracheostomy tube ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัว ชีพ ไม่เหนื่อย บริเวณคางทั้ง 2 ข้าง ปิดก๊อสไว้แน่น มีเลือดซึมเล็กน้อย ในช่องปากไม่มีหนองซึม แผลเจาะคอมีเลือดซึมเล็กน้อย (portex tube No. 7.5) ตรวจสอบเชือกผูกรอบคอไม่ให้รัดแน่นเกินไป ตรวจสอบ portex cuff ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ Bennet VCV mode TV 500 PEEP 5 FIO₂ 40% RR 20 ใส่ NG tube feeding เพื่อให้อาหารป้อน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ให้การดูแลตามแนวทาง VAP bundle ป้องกันการสูดสำลักโดยจัดศีรษะสูง ประเมิน cuff pressure ฟัง breath sound ทุก 8 ชั่วโมง บริหารยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง

ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แผลบริเวณคางไม่มีเลือดซึม สัญญาณชีพไม่คงที่ อุณหภูมิ 38-38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 102-117 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/72-110/76 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 96-97% ผู้ป่วยสงบดี หายใจตามเครื่อง control 0.9% NaCl 1000 ml iv 100 ml/hr คู่กับ Levophed (8:250) iv 4 ml/hr SOS Score 4-6 คะแนน DTX 141-162 mg% ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อหลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) จาก extravasation ได้บริหารยา Levophed อย่างถูกต้อง ตั้งแต่ขั้นตอนการผสมยา การใช้ infusion pump เพื่อควบคุมจำนวนหยดตามแผนการรักษา ตรวจสอบตำแหน่ง injection site ทุก 8 ชั่วโมง เปลี่ยนเส้นเลือดทุก 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อท่อเจาะคอหลุดหรือผิดตำแหน่ง ได้ตรวจสอบตำแหน่งท่อเจาะคอและตรวจสอบเชือกผูกรอบคอ ทุก 8 ชั่วโมง ระวังไม่ให้มีการดึงรั้งของสายเครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบ pressure cuff ทุก 8 ชั่วโมง ไม่พบภาวะดังกล่าว แผลบริเวณคางด้านซ้ายเป็นแผลกรีด ไม่มีหนอง

ลักษณะแผลในช่องปากเป็นแผลกรีด มีหนองซึมเล็กน้อย ทำแผลเข้า-เย็น ทำความสะอาดช่องปากด้วย 2% Chlorhexidine ทุก 4 ชั่วโมง จัดศีรษะสูงเพื่อป้องกันการสำลักหนองและน้ำลายลงหลอดลม ร่วมกับดูดน้ำลายในช่องปากออกบ่อยๆ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ควบคุมให้ได้รับ 0.9% NaCl 1000 ml/hr และ Levophed (8:250) iv 4 ml/hr เพื่อรักษาระดับปริมาตรสารน้ำในร่างกาย บันทึกจำนวนน้ำปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ติดตามผล BUN, Cr, GFR ทุก 2 วัน ไม่พบภาวะไตวาย

ในระยะ 3-4 วัน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น คางยุบบวมลงเล็กน้อย ยังอ้าปากได้น้อย SOS Score 7-8 คะแนน สัญญาณชีพเริ่มคงที่ ชีพจร 108-117 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/72-128/76 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น มีปฏิกิริยาตอบสนองดีขึ้น ความดันโลหิตคงที่ จึงปรับลด Levophed (8:250) iv 2 ml/hr ร่วมกับใช้ 0.9% NaCl 1000 ml iv 80 ml/hr ผลเอกซเรย์ทรวงอก พบ minimal LLL infiltration ไม่พบภาวะน้ำเกิน เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตาม weaning protocol โดยปรับเครื่องช่วยหายใจ mode SIMV TV 500 PEEP 5 FiO₂ 40% RR 20 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระหว่างหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้ปรับตั้งเครื่องให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพและ O₂ Saturation ทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมินอาการกระสับกระส่าย ริมฝีปากเขียว อาการเหนื่อยเป็นระยะๆ ต่อมาผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้

วันที่ 7 กันยายน 2564 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง SOS Score 10 คะแนน ไม่มีภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพคงที่ O₂ Saturation 97-99% จึงหยุดการใช้ Levophed ในระหว่างการดูแล ไม่พบภาวะ Phlebitis จาก extravasation ผลเอกซเรย์ทรวงอก decrease LLL infiltration ไม่พบภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน เริ่มให้ผู้ป่วยหายใจด้วย T-piece 10 LPM ไม่พบภาวะเขียว แผลบริเวณคางไม่พบหนอง แผลต้นขามาก แผลในช่องปากไม่พบหนอง คางยุบบวมลงเล็กน้อย ผิวหนังยุบบวมลง

ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยและบุตรชายวิตกกังวล เรื่องการเจ็บป่วยมาก ได้ให้การดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แนวทางการดูแลรักษาให้ทราบเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่อง ภายหลังผู้ป่วยพ้นจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้วางแผนจำหน่ายออกจากห้อง

ผู้ป่วยหนักเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ และกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาสุขอนามัยในช่องปากไม่ให้เกิดฟันผุ การทำความสะอาดในช่องปาก รวมถึงการดูแลบาดแผลเจาะคอ เนื่องจากคอยังบวมจึงต้องคาท่อเจาะคอไว้ก่อน ผู้ป่วยย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ ตา หู คอ จมูก ในวันที่ 8 กันยายน 2564

การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยสดชื่น แจ่มใสขึ้น บริเวณคางยุบบวมลง หายใจได้สะดวก เริ่มปรับลดออกซิเจนโดยให้ Collar mask 5-7 LPM ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก แผลในช่องปากไม่มีหนอง ผู้ป่วยบ้วนปากด้วย SMW ได้บ่อยๆ ร่วมวางแผนจำหน่ายเพื่อกลับบ้านโดยแนะนำบุตรชายในการดูแลแผลเจาะคอต่อที่บ้าน ประสานทีมเวชกรรมสังคมในการเยี่ยมผู้ป่วย เตรียมผู้ดูแลและชุมชนในการดูแล ภายหลังการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 13 กันยายน 2564 รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน ภายหลังผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดพบว่าแผลในช่องปากแห้งดี คางยุบบวมลง แผลที่คางแห้งและติดแล้ว อ้าปากได้มากขึ้น บุตรชายดูแลผู้ป่วยได้ตามคำแนะนำ แพทย์นำท่อเจาะคอออก ผู้ป่วยหายใจได้ตามปกติ

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อในช่องปากและลุกลามไปบริเวณคอ การอักเสบลุกลามเร็วมากภายในระยะเวลา 3 วัน จนบริเวณใบหน้า แก้ม คางและลำคอบวม จนมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งภาวะดังกล่าวถือว่าเป็นภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการแก้ไขและดูแลรักษาตามมาตรฐาน คือ การผ่าตัดระบายหนองออกทันที ไม่พบความล่าช้าในกระบวนการผ่าตัด ประเมิน SIRS และ SOS score รวมถึงประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด สิ่งที่มีความสำคัญมาก คือ การให้ IV resuscitation การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างเคร่งครัดตรงตามเวลาและการดูแลบาดแผลเพื่อลดการติดเชื้อ ส่งผลให้การติดเชื้อลดลง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤต คือ ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น จนทำให้เกิดภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเป็นภาวะที่พบได้มาก



ในผู้ป่วย deep neck infection ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ในระยะแรกผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นอย่างชัดเจน คือ กรามและคางบวมมาก อ้าปากได้น้อย หายใจเสียงดัง หายใจเร็ว พยาบาลให้การดูแลภาวะนี้อย่างใกล้ชิด โดยดูแลให้ออกซิเจนทางท่อหลอดลมคอ เตรียมตัวผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อระบายหนองออกทันที จากการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะดังกล่าว

3. ผู้ป่วยได้รับการให้ออกซิเจนทางท่อหลอดลมคอ โดยการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะ tension hemothorax, atelectasis, baro trauma เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลจึงต้องปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง ประเมิน Tidal volume วัด pressure cuff ประเมินตำแหน่งของท่อหลอดลมคออย่างต่อเนื่อง ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามพยาธิสภาพเป็นระยะๆ ดูแลตามมาตรฐานเรื่อง VAP bundle, hand hygiene, oral care จนผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและนำท่อหลอดลมค่อออกได้ในที่สุด

4. การควบคุมปริมาตรสารน้ำในหลอดเลือด ถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลจึงควบคุมปริมาตรของสารน้ำอย่างใกล้ชิด ประเมิน renal function เป็นระยะๆ ดูแลการให้ Levophed ตามมาตรฐาน ซึ่งถือว่าเป็น inotropic ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม high alert drug ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ Phlebitis เมื่อเกิด extravasation ดังนั้น พยาบาลจึงต้องวางแผนการบริหารยา และประเมินภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด

5. การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตในห้องผู้ป่วยหนัก ถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูง กลัวการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น พยาบาลจึง

วางแผนการดูแล โดยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นระยะ อธิบายพยาธิสภาพ แผนการดูแลรักษา ตลอดจนเหตุผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ครอบครัวติดต่อพยาบาลได้ตลอดเวลา ทำให้ครอบครัวได้รับทราบความก้าวหน้าของอาการ คลายความวิตกกังวล ตลอดจนพึงพอใจในการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีกิจกรรมในการให้คำแนะนำแก่ประชาชนที่ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากอย่างถูกวิธี โดยใช้แกนนำชุมชน เช่น อสม. เป็นผู้ให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อเป็นการดูแลเชิงป้องกันที่ได้ผล

2. ควรมีการทบทวน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก ซึ่งกลุ่มนี้อาจพิจารณากำหนดให้มีการดูแลแบบช่องทางด่วน (Fast track) โดยการส่งผ่าตัดเพื่อระบายหนองทันทีจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปห้องผ่าตัดได้ทันที เพื่อลดความล่าช้าในการบวกรักษา

สรุป

การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกมีสาเหตุส่วนใหญ่จากฟันผุ ตำแหน่งที่มักพบการติดเชื้อหลัก คือ submandibular space เชื้อก่อโรคหลัก คือ Streptococcus viridans แต่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมักสัมพันธ์กับเชื้อ Klebsiella pneumoniae ความสำคัญของการดูแลในบทบาทพยาบาล คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลผู้ป่วยเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ การบำบัดความปวดและการวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- ชลวิทย์ วงศ์โพธิ์โรจน์พานิช. (2562). การติดเชื้อรุนแรงในบริเวณขากรรไกรและใบหน้า ภาวะ Ludwig's Angina. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร; 34(1): 136-140.
- ชวนชื่น เจริญรัตน์. (2560). ลักษณะการติดเชื้อลำคอส่วนลึกและการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารหูกอ จมูก และใบหน้า; 18(1): 44-55.
- ดรุณี ชุนหวะวดี. (2540). การดูแลผู้ป่วยโรคหูกอ จมูก. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.

- ปิยวรรณ คงตั้งจิตต์. (2556). Deep neck infection: เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน. วารสารหุ คอ จมูก และใบหน้า; 14(1): 36-51.
- ศรีสุนทรา เจริมรพัฒน์. (2552). การพยาบาลหุ คอ จมูก (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันบรมราชชนก.
- พรสิริ พันธสี. (2554). การพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร จำกัด.
- พัชรินทร์ วัชรินทร์ยานนท์. (2557). การศึกษาภาวะติดเชื้อของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์; 1: 32-42.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร. (2562). ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล: กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: พี เค เคพรินติ้ง จำกัด.
- Kelvin C. Jones, John Silver, William S. Millar, and Louis Mandel. (2003). Chronic Submasseteric Abscess: Anatomic, Radiologic, and Pathologic Features. AJNR Am J Neuroradiol; 24 : 1159-1163.