



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา

Nursing care of Pneumonia patient with Respiratory failure: A Case study

(Received: March 5,2024 ; Revised: March 17,2024 ; Accepted: March 22,2024)

ขวัญดาว ชัยจินดา¹

Kwandao Chaijinda¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 87 ปี มาด้วยอาการสำคัญ มีไข้หนาวสั่น เจ็บแน่นหน้าอก 4 ชั่วโมง

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งแรกติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย วินิจฉัยครั้งสุดท้ายเป็นโรคปอดอักเสบและการหายใจล้มเหลว โดยผู้ป่วยมีภาวะน้ำท่วมปอดร่วมด้วย ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและยาขับปัสสาวะฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ยาละลายเสมหะ ยาพ่นขยายหลอดลม ออกซิเจนบำบัด และใส่ท่อช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การกำจัดและลดเชื้อก่อโรค การลดปริมาณน้ำในถุงลมปอด การป้องกันภาวะช็อกจากการติดเชื้อให้กระแสเลือด ผลการพยาบาลที่ไม่บรรลุความสำเร็จ คือ การกำจัดและลดเชื้อก่อโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยการหายใจให้มีประสิทธิภาพ และส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัด

คำสำคัญ: โรคปอดอักเสบ ภาวะการหายใจล้มเหลว

Abstract

This study was a case study. The objective was to study nursing care for Pneumonia patients with Acute respiratory failure. This is a case is an 87-year-old man with a chief complaint of fever, chill, and chest discomfort four hours pre-hospital.

The results of the study found that the first diagnosis was a bacterial infection. Post-diagnosed was Pneumonia with Respiratory failure The patient also had pulmonary edema. The treatment was antibiotic and diuretic intravenous injection, mucolytic drug, bronchodilator drug, oxygen therapy, and intubation. The results of the study found that nursing care includes adequate oxygen supply at the tissue level, reducing or eliminating infectious organisms, reducing fluid volume at Pulmonary alveoli, Prevention of septic shock. Evaluation of nursing care no success was reducing or eliminating infectious organisms causing the patient bad diseases need to be intubated, helping efficiently support breathing, and referral to a hospital network in the province.

Keywords: Pneumonia, Respiratory failure

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศกำลังพัฒนา การติดเชื้อส่วนใหญ่มักเกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาคือ การสูดสูดสำลักควันหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิด

โรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยที่เกิดนอกโรงพยาบาลหรือปอดอักเสบจากชุมชน และมีอายุมากกว่า 75 ปี¹ โดยผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากชุมชน ประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้อง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นโรคปอดอักเสบชุมชนชนิดรุนแรง (Severe Community Acquired Pneumonia; SCAP) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40² พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบจะเริ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการติดเชื้อ และแสดงอาการรุนแรงภายใน 4-5 วัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันทั่วทั้ง การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง แม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตาม ซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วยนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด³ สำหรับในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 42.1, 43.8 และ 45.3 ตามลำดับ⁴และจากสถิติโรงพยาบาลอัมพวา ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจากปี พ.ศ. 2563 จำนวน 34 คน ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 38 คน และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 52 คน ตามลำดับ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่อาการหนัก เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ต้องส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลอื่น จำนวน 13 คน, 21 คน และ 34 คน ตามลำดับ⁵จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินและการรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมด้วย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 87 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ หนาวสั่น แน่นหน้าอก 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคไขมันในเลือดสูง รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ เคยสูบบุหรี่ใบบางและดื่มสุรา มา 10 ปี ปัจจุบันเลิกแล้ว มาถึง ER รู้สึกตัวดี มีไข้ BT= 38.7 °C PR = 118 beat/min, RR = 20 beat /min, BP= 100/60 mmHg, O₂ sat= 97 %, DTX= 156 mg%, Lactate = 1.5 mmol/L, EKG 12 lead พบ sinus tachycardia แพทย์วินิจฉัยเป็น Fever cause ให้การรักษาด้วย NSS 1,000 ml ⑤ drip rate 80 ml/hr, Ceftriaxone 2 gm ⑤ stat, Losec 1 amp ⑤ stat และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังอยู่โรงพยาบาลในช่วง 2 วันแรก ผู้ป่วยรู้ตัว มีหลงลืม บางครั้ง ยังคงมีไข้ หนาวสั่นเป็นพักๆ BT=38.1 - 38.5 °C ปวดหลัง pain scale = 2 - 3 คะแนน ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ให้ Norgesic 1 tab ⑤ tid pc, Paracetamol (500 mg) 1 tab ⑤ prn q 4 -6 hr แพทย์ให้ส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Hemoculture x 2 specimens ผล CBC พบ WBC↑ = 12,790/mm³, Neutrophil↑ = 83% Hemoglobin↓ = 10.4 g/dL, Hematocrit ↓=30.2%, Sodium↓ = 129.8 mmol/L CXR portable ผล no infiltrate both lung แพทย์วินิจฉัย Bacterial infections ให้ Ceftriaxone 2 gm ⑤ OD และเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยประเมิน SOS score ทุก 1-2 ชั่วโมง ผลได้ 0 คะแนน หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไข้ลดลง BT= 37 - 38 °C ไม่มีอาการหนาวสั่น แต่ต่อมาในวันที่ 6 หลังอยู่โรงพยาบาล ฟังเสียงปอดพบ Creptitation Lt. lung แพทย์สงสัยมี Pulmonary edema ให้ Lasix 20 mg ⑤ x 2 dose ลด rate NSS 1,000 ml ⑤ drip เหลือ 40 ml/hr วันที่ 7 หลังอยู่โรงพยาบาล มีอาการสับสน มีไข้สูงขึ้น BT=37.8 -38.2 °C ไอนานๆครั้ง ฟังเสียงปอดพบ Creptitation Lt. lung ลดลง ท้องอืด



ส่งตรวจ CBC ซ้ำ พบ WBC สูงขึ้น = 16,720 /mm³, Neutrophil = 83 % ผล Hemoculture ไม่พบเชื้อใน 3 วัน แพทย์ให้ Lasix 20 mg ⑤ stat, Azithromycin 2 tab ① ๐๐ pc x 5 วัน, Magesto® 1 tab ① tid pc, M. Carminative 15 ml ① tid pc วันที่ 8 หลังอยู่โรงพยาบาล ไอมีเสมหะมาก หายใจเหนื่อย O₂ sat = 82 % SOS score 1-2 คะแนน ฟังเสียงปอดพบ Wheezing CXR มี infiltration both lung แพทย์วินิจฉัยว่ามี Pulmonary edema ให้ Lasix 20 mg ⑤ stat, O₂ Cannula 3 lit/min พ่นยา Beradual 1 neb x 6 dose Off Ceftriaxone เปลี่ยนเป็น Tienam 500 mg ⑤ q 6 hr x 1 วัน และต่อไป 250 mg ⑤ q 8 hr หลังจากนั้นผู้ป่วยหายใจเหนื่อยลดลง

วันที่ 10-11 หลังอยู่โรงพยาบาล ยังคงมีไข้ BT= 38.2 °C หายใจเหนื่อย RR = 28 beat/min ไอมีเสมหะเหนียว กระสับกระส่าย พ่น Beradual 1 neb q 8 hr เปลี่ยนจาก O₂ Cannula เป็น O₂ mask c bag 10 lit/min CXR มี infiltration Rt lung ขา 2 ข้าง บวม กดบวม แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia c Pulmonary edema ให้ Lasix 20 mg ⑤ stat และ retained foley's cath urine สีเหลืองใส ออกดี ลด rate NSS 1,000 ml ⑤ drip เป็น KVO แต่ผู้ป่วยยังหายใจเหนื่อย RR= 28-30 beat/min พ่นยา Beradual 1 neb x 2 dose อาการไม่ทุเลา แพทย์พิจารณาใส่ ET tube และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 11 วัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีไข้เนื่องจากติดเชื้อในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน มีไข้ BT=38.5 °C หนาวสั่น ผล CBCพบ WBC= 12,790 /mm ³ , Neutrophil = 83 %, Lymphocyte 12% แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Bacterial infections วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอุณหภูมิร่างกายให้เป็นปกติ ลดและกำจัดเชื้อก่อโรค	1. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำปริมาณตามแผนการรักษา ประมาณวันละ 800-1,000 ml เพื่อให้มีน้ำพาคความร้อนออกจากร่างกาย และป้องกันการขาดน้ำ 3. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุณหภูมิห้อง เพื่อถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย 4. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 1 tab ① pm q 4-6 hr ตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดกิจกรรมในการใช้พลังงาน และลดการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญพลังงาน 6. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายโดยห่มผ้าที่ไม่หนาเกินไป 7. ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gm ⑤ stat ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวด บวม หรือแดงบริเวณที่ฉีด ยา ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่เต็มปอด แสบร้อนกลางอก เจ็บหน้าอก ประเมินผลการพยาบาล มีไข้ BT= 38.5 -39 °C หนาวสั่นเป็นพักๆ ผล CBC พบ WBC= 16,720/mm³, Neutrophil = 83 % , Lymphocyte 7.1%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง ข้อมูลสนับสนุน ไอบ่อย เสมหะสีขาวยาวเหนียวปริมาณมาก ไอขับเองไม่ได้ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจจากเสมหะอุดตัน	1. จัดท่าให้เสมหะออกได้ง่าย (Postural drainage) เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง 2. เคาะปอดเพื่อช่วยระบายเสมหะในหลอดลมและปอดออกสู่ภายนอกได้ดียิ่งขึ้น 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณ 800-1,000 ml/day ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml ⑤ drip โดยควบคุมจำนวนหยดตามแผนการรักษา เพื่อช่วยทำให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้ง่าย 4. ดูแลให้ยาละลายเสมหะ Glyceryl Guaiacolate 1 tab ① tid pc (วันที่ 2 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง 5. ดูแลดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ หายใจหอบ หายใจลำบากใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ไอบ่อยมีเสียงเสมหะ 6. สอนให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยนั่งในท่าสบายๆ หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ไอออกทางปากอย่างรวดเร็วและแรง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. สังเกตอาการและอาการแสดงของการอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก หายใจเสียงดัง หรือได้ยินเสียงเสมหะภายในหลอดลม อัตราการเต้นชีพจรและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ฟังปอดได้เสียงผิดปกติ เช่น Crepitation, Rhonchi เป็นต้น ผิวหนัง เล็บ มือหรือเล็บเท้ามีสีเขียวคล้ำ O₂ sat ต่ำ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung ไม่พบ Crepitation หรือ Rhonchi ผล CXR พบ infiltration right lung ผู้ป่วยไอ นานๆ ครั้ง เสมหะสีขาวเหนียว แพทย์ให้ N -Acetylcysteine 1 ซอง ๑ bid pc (วันที่ 8 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ มีภาวะโลหิตจาง และเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า “ ขณะรับประทานอาหารแล้วเหนื่อย จึงทำให้ไม่อยากรับประทาน” ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ มีละ 4-5 คำ เยื่อตาซีด อ่อนเพลีย ผลการตรวจ Electrolyte พบ Sodium =129.8 mmol/L ผล CBC พบ Hemoglobin = 10.4 g/dL, Hematocrit =30.2% วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณโซเดียม และเม็ดเลือดแดงในเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	1. ป้องกันอันตรายจากภาวะโซเดียมต่ำ เพิ่มปริมาณโซเดียมในเลือด และป้องกันภาวะขาดน้ำ 1.1 ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำและภาวะขาดน้ำ 1.2 สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก ไม่รู้สึกตัว 1.3 สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง คอแห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มึนงง วิงเวียน ปัสสาวะออกน้อย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ซึมลง ความดันโลหิตต่ำ 1.4 บันทึกจำนวนน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของ สารน้ำในร่างกาย 1.5 ดูแลให้ 0.9 % NSS 1,000 ml (V) drip rate 80 ml/hr ตามแผน การรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในหลอดเลือดของร่างกาย 1.6 ติดตามผลการตรวจหาค่าโซเดียม และผลการตรวจหาค่าความถ่วง จำเพาะของปัสสาวะ 2. ป้องกันอันตรายจากภาวะโลหิตจาง และเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง 2.1 ประสานนักโภชนาการจัดอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนสูง 2.2 สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซีด ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เวียนศีรษะหายใจสั้น หอบ ง่วงซึม หัวใจเต้นเร็ว หากพบอาการดังกล่าวให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบ 2.3 ดูแลให้ Folic acid 1 tab OD เข้า เพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง 2.4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hemoglobin, Hematocrit เพื่อติดตามผลการดูแลรักษาและประเมินความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 3.1 ประเมินภาวะโภชนาการโดยสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ และปริมาณของอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งติดตามประเมินรูปร่างและชั่งน้ำหนักของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ 3.2 ดูแลทำความสะอาดปาก ฟันก่อนรับประทานอาหาร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่น และการรับรสดีขึ้น 3.3 แนะนำให้ญาติจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบโดยสลับเมนูตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความอยากรับประทานอาหาร 3.4 แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารร้อนจัด หรือเย็นจัด เพราะอาจกระตุ้นให้เกิดอาการไอ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดอาการหายใจเหนื่อย



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกและทำความสะอาดปากบ่อยๆ เพื่อลดเสมหะในปาก ก่อนมื้ออาหาร 3.6 ดูแลให้รับประทานอาหารช้าๆ ตักอาหารคำเล็กๆ เคี้ยวช้าๆ หายใจลึกๆ 3.7 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งขณะรับประทานอาหาร เพื่อลดแรงดันต่อกล้ามเนื้อกระบังลม 3.8 ดูแลให้ผู้ป่วยได้พัก 1 ชั่วโมงก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อลดอาการเหนื่อยล้า 3.9 จัดอาหารอ่อนย่อยง่าย แบ่งมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อต่อวัน เพื่อลดการทำงานของระบบย่อยอาหาร ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานได้มากขึ้น ไม่มีภาวะขาดน้ำ ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส urine <i>specific gravity</i> ปกติ = 1.017 มีไข้จากการติดเชื้อ BT= 38.5 - 39 °C, PR= 90 beat/min, BP=130/70 mmHg, ผลการตรวจ Electrolyte ซ้ำพบค่า Na=130.6 mmol/L ผลการตรวจ CBC ซ้ำ พบ Hemoglobin =10.6 g/dL, Hematocrit = 31.2 % เยื่อตาไม่ซีด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยปวดหลังเนื่องจากความเสื่อมของกระดูกสันหลังจากอายุเพิ่มขึ้น ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสูงอายุ วัย 87 ปี บ่นปวดหลังบริเวณบั้นเอว pain score = 3 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้อาการปวดหลังลดลง	1. ประเมินอาการปวดหลัง ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามระดับตามความรุนแรงของอาการปวด 2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 3. ดูแลให้ยา Norgesic 1 tab $\odot$ tidpc ตามแผนการรักษา และดูแลให้ Losec 40 mg $\odot$ q 12 hr เพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยา Norgesic 4. ประคบร้อนบริเวณหลัง เพื่อบรรเทาอาการปวด 5. จัดท่านอนที่ถูกต้อง ท่านอนหงายใช้หมอนบางๆ รองบริเวณเข่า และผ้าขนหนูบางๆ รองบริเวณเอว ท่านอนตะแคงควรกอดหมอนข้างโดยให้ขาและแขนก่ายพาดอยู่บนหมอน เพื่อป้องกันลำตัวบิด 6. ประเมินการรับรู้สีกและความสามารถในการเคลื่อนไหวของแขน ขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อเฝ้าระวังอาการของกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังลดลง pain score 1-2 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากพลัดตกหกล้ม ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสูงอายุ วัย 87 ปี หลงลืมบางครั้ง อ่อนเพลีย แขน ขาไม่ค่อยมีแรง	1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยแรกรับ 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้แก่ ปรับเตียงให้อยู่ระดับต่ำ จัดวางสิ่งของที่จำเป็นให้สามารถหยิบถึงได้ง่าย และหยิบได้สะดวก 3. ตรวจสอบราวกั้นเตียงให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ และยกขึ้นตลอดเวลา รวมทั้งแนะนำวิธีการใช้ราวกั้นเตียงแก่ญาติ สาธิต และทดลองให้ปฏิบัติ 4. แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนท่า ควรทำอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ 5. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่งบนเตียง ลงยืนหรือนั่งข้างเตียง และทำกิจวัตรประจำวัน 6. ดูแลผูกยึดแขนทั้ง 2 ข้างไว้ และให้การดูแลขณะผูกยึด ได้แก่ ตรวจสอบเย็บผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง และคลายบริเวณผูกยึดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อตรวจสอบการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ผูกยึดและการเคลื่อนไหวของข้อว่าปกติหรือไม่ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
ระยะดูแลต่อเนื่อง	1. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน โดยสังเกตจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจากพยาธิสภาพที่ปอด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรู้ตัว บ่นหายใจไม่ออก กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย RR = 28-30 beat/min, O₂ sat = 89 -92 % ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung และ Crepitation left lung ผล CXR พบ infiltration both lung, TCO₂ =19.2 mmol/L, Anion gap = 18 mmol/L แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia c Pulmonary edema วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายอย่างเพียงพอ	รู้สึกตัวลดลง O₂ sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ 2. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจเร็ว ตื้น ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ปลายมือ ปลายเท้า และริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย สับสน O₂ sat < 90 % หัวใจเต้นเร็ว และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ 3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน 4. ฟังเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงแทรกผิดปกติ เช่น crepitation หรือเสียง wheezing 5. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวและออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดี 6. ดูแลดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตันและเสมหะคั่งค้างในปอด 7. ดูแลให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 8. สอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการหายใจแบบห่อปาก (Pursed-lip breathing) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าผ่านทางจมูกช้า ๆ พร้อมทั้งปิดปากนับ 1.....2...ในขณะที่ยังหายใจเข้าจนกระทั่งมีลมเต็มปอด จากนั้นให้หายใจออกช้า ๆ ทางปาก ให้ช่วงเวลาที่ใช้ในการหายใจออกนานกว่าการหายใจเข้าเป็น 2 เท่า 9. ดูแลให้ยาขยายหลอดลม ได้แก่ Beradual 1 neb พ่น pm q 4- 8 hr ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ กล้ามเนื้อสั่น กระสับกระส่าย ปากแห้ง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็วและใจสั่น 10. ดูแลให้ Ceftriaxone 2 gm ⑤ OD ตามแผนการรักษา (วันที่ 2 – 7 หลัง อยู่โรงพยาบาล) และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 11. ดูแลให้ Tienam 500 mg ⑤ q 6 hr x 1 วัน และต่อไป 250 mg ⑤ q 8 hr (วันที่ 8 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล) และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวด บวม หรือแดงบริเวณที่ฉีด ยา มีแผลในปากหรือลำคอ ตัวสั่น ท้องเสีย ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ 12. ดูแลให้ Lasix 20 mg ⑤ stat x 3 day (วันที่ 5-7 หลังอยู่โรงพยาบาล) เพื่อขับน้ำออกจากร่างกาย 13. เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมใช้งานทันที 14. ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากอาการไม่ดีขึ้นภายหลังให้การดูแลรักษา รายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น กระสับกระส่าย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และบิ๊บ Self-inflating bag with O₂ 10 lit/min ผ่านทางท่อช่วยหายใจ หายใจตามจังหวะการบิ๊บ Self-inflating bag BP=120/70 mmHg, PR= 90 - 96 beat/min, RR= 20 beat/min (Ambu bag) O₂ sat = 99 % ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น ไม่ซีด ไม่เขียว Capillary refill time = 1.50 วินาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอดเนื่องจากร่างกายภูมิคุ้มกันต่ำจากสูงอายุ	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง โดยตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ Ceftriaxone 2 gm ⑤ OD ตามแผนการรักษา (วันที่ 2 – 7 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสูงอายุ วัย 87 ปี ไอนานๆ ครั้ง เสมหะเหนียว สีขาว มีไข้ BT = 38.5 °C หนาวสั่น ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung และ Crepitation left lung ผล CXR พบ infiltration both lung ผล CBC พบ WBC= 12,790/mm³, Neutrophil = 83 % , Lymphocyte 12% ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Pneumonia วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อกำจัดและลดเชื้อก่อโรค ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ	3. ดูแลให้ Tienam 500 mg ⑤ q 6 hr x 1 day และ Tienam 250 mg ⑤ q 8 hr ตามแผนการรักษา (วันที่ 8 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 4. ดูแลให้ Azithromycin 2 tab ⑤ pc x 5 วัน ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีเสียงดังในหู การรับรสผิดปกติ 5. ให้การพยาบาลด้วย technique universal precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ใส่ผ้าปิดปาก-จมูก และถุงมือสะอาด 6. สังเกตลักษณะ สี กลิ่นและปริมาณของเสมหะว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ 7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผลเพาะเชื้อ Sputum culture, Hemoculture WBC และผล CXR เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้ตัว ไอนานๆ ครั้ง เสมหะในท่อช่วยหายใจสีขาว BT= 36.2 - 37.5 °C ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung ผล CXR พบ infiltration right lung, Sputum culture และ Hemoculture culture ไม่พบเชื้อใน 3 วัน ผล CBC พบ WBC= 17,260 cell/mm³, Neutrophil = 96 % , Lymphocyte = 1 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือดจากปอดอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย RR = 28-30 beat/min, PR= 90 beat/min, O₂ sat = 89 - 92 % มีไข้ BT = 38.5 -39 °C หนาวสั่น ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung และ Crepitation left lung ผล CXR พบ infiltration both lung ผล CBC พบ WBC= 16,720/mm³, Neutrophil = 83 % , Lymphocyte 7.1% แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia ร่วมกับพบ SIRS criteria 3 ข้อ (T > 38 °C, RR > 20 beat/min, WBC > 12,000/mm³) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน หากพบความผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว 2. ประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต SOS score ทุก 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด 3. ตรวจวัด O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 4. ทดสอบ Capillary refill ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต 5. ประเมินและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะไตวายอย่างเฉียบพลัน 6. ดูแลให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 7. สังเกต ลักษณะ สีของผิวหนัง ได้แก่ ความตึงตัว ความอุ่น/เย็น/ความชื้นของผิวหนัง และสีของเยื่อรอบริมฝีปาก ลักษณะผิวหนังซีด เย็น ผิวลายเป็นจ้ำ การยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี เล็บมือเล็บเท้าเขียว เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต และภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 8. ส่ง Hemoculture 2 specimens เพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาที่ถูกต้องกับเชื้อก่อโรค 9. ดูแลให้ Ceftriaxone 2 gm ⑤ OD ตามแผนการรักษา (วันที่ 2 – 7 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 10. ดูแลให้ Tienam 500 mg ⑤ q 6 hr x 1day และ Tienam 250 mg ⑤ q 8 hr ตามแผนการรักษา (วันที่ 8 – 11 หลังอยู่โรงพยาบาล) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 11. ดูแลให้ Azithromycin 2 tab ⑤ OD pc x 5 วัน ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	12. ติดตามผลการตรวจ CBC, BUN, Creatinine เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา และเฝ้าระวังการทำงานของไตผิดปกติ ประเมินผลการพยาบาล รู้สึกตัวดี GCS =15 คะแนน ไม่มีไข้ BT=-36.2 - 37.5 °C , PR= 120 beat/min, RR= 20 beat/min (Ambu bag), BP=120/70 mmHg, MAP =87 mmHg, O₂ sat= 99 % ผิวหนังอุ่น ไม่ซีด ไม่พบ SIR criteria SOS score = 1-2 คะแนน, Capillary refill time = 1.50 วินาที ผล Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 1.10 mg/dl ผล Hemoculture culture ไม่พบเชื้อใน 3 วัน ปัสสาวะเองได้ออก = 500 -1,100 ml /8 hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีน้ำในถุงลมปอดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดฝอยของถุงลมที่เกิดจากปอดอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย RR = 28-30 beat/min, O₂ sat = 89- 92 % ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung และ Creptitation left lung ผล CXR พบ infiltration both lung ขาทิ้ง 2 ข้าง บวมกดบวม 1⁺ แพทย์วินิจฉัยว่ามี Pulmonary edema วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอด	1. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน สังเกตจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวลดลง O₂ sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ 2. ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อประเมินเสียงcreptitationที่บ่งชี้ว่ามีน้ำหรือเสมหะในปอด 3. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวและออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดี 4. ดูแลให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด 5. ดูแลให้ Lasix 20 mg ⑤ stat x 3 day เพื่อขับน้ำออกจากร่างกาย 6. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml ⑤ drip โดยลด rate เหลือ 40 ml/hr และ KVO ตามลำดับ และจำกัดปริมาณน้ำดื่ม 800-1,000 ml/day เพื่อจำกัดปริมาณน้ำที่เข้าสู่ร่างกาย 7. บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย 8. สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีน้ำในถุงลมปอดเพิ่มขึ้น ได้แก่ บวมที่ขาและเท้า หายใจเหนื่อยขณะนอนราบ หายใจมีเสียงครืดคราดหรือมีเสียงหวีด ไอ และ มีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใอนนานๆ ครั้ง หายใจเหนื่อยมากขึ้น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และปั๊ม Self-inflating bag with O₂ 10 lit/min O₂ sat 99% เสมหะสีขาวใส ขาทิ้ง 2 ข้าง บวมกดบวม 1⁺ ฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lung ไม่พบ Creptitation ผล CXR พบ infiltration right lung
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีอาการ ท้องอืด แน่นท้องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ลูก นิ่งนาน ๆ ครั้ง เนื่องจากมีอาการ หายใจเหนื่อย วัตถุประสงค์การพยาบาล ลดอาการ ท้องอืด และแน่นท้อง	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย พลิกตะแคงตัว และลุกนั่งบนเตียง ร่วมกับดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอน และพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นลำไส้ให้ทำงานได้ตามปกติ 2. ประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืด ได้แก่ รู้สึกแน่นตึงท้อง ปวดท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระและไม่ผายลม ฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหวน้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาให้การรักษา 3. ดูแลให้ Magesto 1 tab ① tid pc และ M. Carnivative 15 ml ① tid pc ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยท้องไม่อืด ไม่แน่นท้อง เสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ 6-10 ครั้ง/นาที มีอาการเรอเป็น ฟักๆ ถ่ายอุจจาระปกติ 2 ครั้ง



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 11 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยมีภาวะคุกคามชีวิต ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแวตาคุ่นคิดและมักถอนหายใจบ่อยครั้ง มีสีหน้าไม่สบายใจ ญาติสอบถามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยลดลง	- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แผนการรักษาอย่างย่อๆ พอเข้าใจ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย และอธิบายเพิ่มเติมอย่างชัดเจน - สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่า จะได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาที่ทันสมัยสำหรับการช่วยวินิจฉัยและรักษาโรค รวมทั้งมีระบบส่งต่อหากเกินศักยภาพของโรงพยาบาล - แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติบอกว่าคลายความวิตกกังวลลง และเข้าใจแผนการรักษา รวมทั้งให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี
ระยะจำหน่าย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 12 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอันตรายและอาการทรุดลงระหว่างการส่งรักษาต่อ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลวและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องช่วยการหายใจด้วยการปั๊ม Self-inflating bag with O₂ 10 lit/min ผ่านทางท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดอันตรายและอาการทรุดลงระหว่างการส่งรักษาต่อ	- เตรียมความพร้อมผู้ป่วย โดยตรวจสอบชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติและคงที่ ไม่น้อยกว่า 15 นาที เตรียม อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในการเคลื่อนย้ายให้พร้อมใช้ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยหายใจ เช่น Self-inflating bag พร้อมสาย O₂ เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง เช่น Mobile noninvasive blood pressure: NIBP, pulse oximetry ตรวจสอบตำแหน่งเส้นเลือด และอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจสอบตำแหน่งการยึดตรึง (Strap) ของสายเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้มั่นคง - ประสานข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลประจำจังหวัดด้วยเทคนิค SBAR ได้แก่ S-Situation แจ้งชื่อผู้ป่วยและหอผู้ป่วย และรายงานสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พบการวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย B – Background ให้ข้อมูลภูมิหลัง เช่น วันที่เข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรคแรกรับการรักษา รายการยา สารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเดิม สัญญาณชีพล่าสุด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ A - Assessment การประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะความรุนแรงของปัญหาหรืออันตรายถึงชีวิตหรือไม่ R - Recommendation แจ้งสิ่งที่ต้องการจากแพทย์ในการช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น - ให้การดูแลระหว่างนำส่งผู้ป่วย โดยดูแลปั๊ม Self-inflating bag with O₂ 10 lit/min ผ่านทางท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการนำส่ง ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml ⑤ drip KVO ติดตามอัตรา ลักษณะการเต้นของหัวใจ และการหายใจ ระดับความดันโลหิต O₂ sat และระดับความรู้สึกตัว ระวังระดับสายต่างๆ (Invasive devices) ไม่ให้ตึงรั้ง เลื่อนหลุดหรือหัก พับ งอ ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างนำส่ง ผู้ป่วยรู้ตัวดี โอนานๆ ครั้ง ไม่เหนื่อย PR=100-116 beat/min, BP=130/80 mmHg หายใจตามจังหวะการปั๊ม 16 beat/min O₂ sat= 97- 98%

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญใน ระยะแรกเริ่ม คือ การลดภาวะไข้ การช่วยสนับสนุน แพทย์ค้นหาแหล่งติดเชื้อ โดยตรวจประเมินสภาพ ร่างกายตามระบบต่างๆ สังเกตอาการทางคลินิก สังเกตตรวจเลือด ปัสสาวะ chest x-ray และติดตามผล เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ การค้นหา ปัญหาสุขภาพอื่นที่อาจเกิดร่วมด้วย ซึ่งพบผู้ป่วยมี ปัญหาเพิ่ม คือ ภาวะโลหิตจาง โซเดียมในเลือดต่ำ และปวดหลัง แต่ยังไม่พบแหล่งติดเชื้อ ระยะดูแล ต่อเนื่อง คือ การช่วยแพทย์ค้นหาแหล่งติดเชื้อซ้ำ โดยตรวจประเมินสภาพร่างกายตามระบบต่าง ๆ สังเกตอาการทางคลินิก สังเกต chest x-ray ซึ่งพบ ปัญหา คือ ปอดอักเสบ น้ำท่วมปอด ได้ให้การ พยาบาลเพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจน อย่างเพียงพอ โดยกำจัดสาเหตุ ลดและกำจัดเชื้อที่ ก่อโรคปอดอักเสบ การลดปริมาณน้ำในถุงลมปอด การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการ ป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแส เลือด ซึ่งผลการดูแลรักษาพบว่า ปัญหาโลหิตจาง โซเดียมในเลือดต่ำ ปวดหลัง น้ำท่วมปอด มีแนวโน้ม ดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เกิด ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนปัญหา เรื่องปอดอักเสบมีการลุกลามมากขึ้น ทำให้ ประสิทธิภาพการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกาย พร่องออกซิเจน ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยการ หายใจด้วยการปั๊ม Self-inflating bag with O₂ 10 lit/min ผ่านทางท่อช่วยหายใจ และส่งรักษาต่อ โรงพยาบาลประจำจังหวัด สาเหตุอาจเกิดจากแรกเริ่ม ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของปอดอักเสบไม่ ชัดเจน ทำให้ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ ซึ่งประกอบด้วยอาการและอาการแสดงทั่วไปอย่าง น้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้ 1) มีไข้ อุณหภูมิ >38 °C หรือ 100.4 °F) 2) ภาวะ Leucopenia (WBC ≤ 4,000/mm³) หรือ leukocytosis (WBC ≥ 12,000/mm³) 4) ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติใน

ผู้ป่วยที่มีอายุ > 70 ปี โดยไม่พบสาเหตุอื่น และ อาการและอาการแสดงทางเดินหายใจอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้ 1) เริ่มมีเสมหะเป็นหนองหรือลักษณะ เสมหะเปลี่ยนไป หรือเสมหะมีมากขึ้น หรือต้องดูด เสมหะบ่อยขึ้น 2) เริ่มไอ หรือไอรุนแรงขึ้น หรือ หายใจลำบาก หรือหายใจเร็ว 3) ตรวจพบ rales หรือ bronchial breath sound 4) การแลกเปลี่ยนอากาศ เลวลง ได้แก่ O₂ desaturation เช่น อัตราส่วน PaO₂ /FiO₂ < 240 หรือการเพิ่ม O₂ requirement หรือ ventilation demand⁶ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ไม่ต่อเนื่อง และขาดการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ สำคัญของโรคปอดอักเสบ คือ ภาวะน้ำท่วมปอด⁷ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเป็นผู้สูงอายุ ที่มีสภาพทาง ร่างกายเสื่อมถอยลง โดย เฉพาะระบบทางเดินหายใจ โดยมีความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ elastin ภายในปอด เสื่อมลง ทำให้มีอากาศหลงเหลืออยู่ในปอดมากกว่า ปกติ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน ระหว่าง อากาศที่หายใจเข้ากับเลือดที่ไหลเวียนมารับ ออกซิเจนที่ปอดมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้ระดับ ออกซิเจนในเลือดต่ำลง ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยส่งเสริม ทำให้อาการของโรคปอดอักเสบรุนแรงขึ้น⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคปอด อักเสบและมีภาวะน้ำท่วมปอดร่วมกับภาวะการ หายใจล้มเหลวแก่พยาบาลในหน่วยงาน โดยนำข้อมูล กรณีศึกษาประกอบหรือยกตัวอย่าง เพื่อความเข้าใจ และร่วมค้นหาช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการ พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เป็นมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยมีไข้ หนาวสั่น เจ็บ หนาวอก ให้สงสัยว่ามีภาวะปอดอักเสบ เนื่องจากเป็น อาการสำคัญที่พบบ่อย ซึ่งอาการอาจเป็นแค่ช่วงแรก เท่านั้น ดังนั้นควรประสานแพทย์ในการตรวจวินิจฉัย ซ้ำ เพื่อการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา ก่อนเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและคุกคามชีวิต



เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา และพรรณนิภา สืบสุข. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในปอดอักเสบ ทุพโภชนาการและคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส; 2555.
2. วิภา รัชชพิชิตกุล. โรคปอดอักเสบชุมชนรุนแรง ในอนุพล พาณิชยโชติและคณะ, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2559.
3. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์ ; 2560.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 มีนาคม 2566]; เข้าถึงจาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>.
5. หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอัมพวา. รายงาน 10 อันดับโรคผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาล ปี พ.ศ 2563, 2564, และ 2565.
6. อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวช ศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
7. Ditrungroj P. 2017.Pulmonary edema FAQ. [Internet]. 2017 [cited 2023 February 24]. Available from: <https://www.samitivejhospitals.com/article/detail/pulmonary-edema-fa>