การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care of Pneumonia with Acute respiratory failure : Case study 2 case

เพชรรุ่ง อิฐรัตน์*
Petroong Itarat RN.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันอันเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตได้สูง การให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูสภาพและการเตรียมจำหน่ายที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย จะส่งเสริมการหายและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน : เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ช่วงเดือนมีนาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤติ ระยะการฟื้นฟูสภาพ และระยะก่อนจำหน่าย

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อายุ 59 ปี มีประวัติเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลว มาด้วย 2 วันก่อนมา มีไข้ ไอหายใจหอบมีเสมหะ รักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แล้วอาการทรุดลงจึงถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ แพทย์รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาขับปัสสาวะ และยาละลายลิ่มเลือด จนอาการดีขึ้น สามารถถอดท่อช่วยหายใจและถูกส่งตัวกลับไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อปรับยาละลายลิ่มเลือดให้เหมาะสม รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล จำนวน 13 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุ 64 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มาด้วย 2 วันก่อนมา มีไข้ ไอ หายใจหอบมีเสมหะขาวขุ่น รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวมา ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจ แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ จนผู้ป่วยมีอาการคงที่พ้นภาวะวิกฤติ จึงได้ถอดท่อช่วยหายใจ ให้การฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้าน รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

สรุป : การประเมินผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่อยู่ในภาวะวิกฤติอย่างรวดเร็วและการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญที่เป็นพิเศษ รวมทั้งต้องมีแนวทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย จึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจำหน่ายได้

คำสำคัญ : การพยาบาล โรคปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ABSTRACT

Background : Pneumonia is a disease with an increasing number of patients every year. And is a major cause of acute respiratory failure Is a crisis that results in high deaths. Providing critical nursing care for patients Rehabilitation condition . And standardized and effective distribution will help patients to be safe. And prevent recurrence

Objective : To study acute pneumonia patients with acute respiratory failure: 2 cases

Methods : 2 patients with acute respiratory failure pneumonia by specific model in patients admitted to Mahasarakham hospital in March 2019. Tools used in education Consists of a record form from the patient's medical record to consist of data record from patient medical records relative interviews and observations. Analyzing data comparing pathological symptoms treatment evaluating nursing problems with health patterns 11 Gordon's scheme determine nursing diagnosis. Provide nursing care and evaluate nursing results in 3 phases Including the critical, the rehabilitation And the distance before selling.

Results : Case 1, female 59 years Diabetic history High blood pressure and heart failure and 2 days before fever, cough, wheezing, phlegm Treatment at the hospital near the house. The condition had subsided sent to Mahasarakham Hospital. The patient was given an airway and provided oxygen with a ventilator. Doctors treat antibiotics, diuretics and blood clots. Until symptoms improved can remove the breathing tube and back to the hospital near the house.To adjust blood clotting drugs appropriately.Case 2, male author, 64 years old. No congenital disease 2 days before fever, cough, wheezing, opaque sputum. Treatment at community hospitals is not improving. The patient was given an airway and provided oxygen with a ventilator. Doctors give antibiotic treatment. Until the patient has a constant condition that passes the crisis the moving breathing tube Providing rehabilitation and back home . Total treatment 8 days.

Conclusion : The rapid assessment of patients with pneumonia in crisis and providing effective nursing care to help reduce violence reduce the death rate of patients. Therefore, nurses need to have knowledge special skill here continuous nursing system from the beginning until the sale. Will make the patient safe and have a good quality of life after selling.

Keyword : Nursing care of Pneumonia Acute respiratory failure

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆของประเทศกำลังพัฒนา การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาเป็นการสูดสำลักควันหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจ พบว่า โรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดนอกโรงพยาบาล และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี[1] นอกจากนี้ ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ด้วย เช่น โรคทางระบบการหายใจ (asthma ,COPD) ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (congestive heart failure,CHF) โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัวหรือสมรรถนะร่างกายที่แย่ลง เป็นต้น[2] ผู้ป่วยปอดอักเสบที่พบนอกโรงพยาบาลจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นปอด

อักเสบชุมชน (community acquired pneumonia; CAP) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชน ประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชุมชนชนิดรุนแรง (severe community acquired pneumonia; SCAP) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30- 40 ดังนั้นจึงถือว่าเป็นโรคปอดอักเสบมีอัตราตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ[3]

พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ จะเริ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการติดเชื้อ และแสดงอาการรุนแรงภายใน 4-5 วัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงที การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง แม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตาม ซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆทำงานล้มเหลวไปด้วยนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ภาวะหายใจล้มเหลวมี 2 ลักษณะคือ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute hypercapnic respiratory failure) และการหายใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic respiratory failure)[4]

ในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2558-2560 พบว่า อัตราผู้ป่วยปอดอักเสบเสียชีวิตจากปอดอักเสบเพิ่มขึ้น 42.1, 43.8 และ 45.3 ตามลำดับ[5] และจากสถิติโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีพ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีผู้ป่วยปอดอักเสบเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ 2559 จำนวน 1,369 คน ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 778 คน และในปีพ.ศ. 2561 เพิ่มเป็น 957 คน และผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบ ปีพ.ศ. 2559-2561 พบจำนวน 157 ราย, 121 ราย และ 118 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเฉลี่ยต่อราย เพิ่มขึ้นทุกปี จากปีพ.ศ. 2559 จำนวน 44,103 บาทต่อราย เพิ่มเป็นในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 49,269 บาท และค่าใช้จ่ายในปีพ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 66,759 บาท ตามลำดับ[6]

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอักเสบจึงต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมด้วยเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย เนื่องจากก่อให้เกิดความผิดปกติต่อสมดุลกรดด่าง และระบบการหายใจอย่างมากและเฉียบพลัน ถ้ารักษาไม่ทันท่วงทีผู้ป่วยจะหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ การใส่ท่อช่วยหายใจและการจัดการแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วจึงจะช่วยรักษาผู้ป่วยให้พ้นอันตรายได้ ฉะนั้น พยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนมีนาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 ราย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2562 เวลา 19.07 น. โดยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอหายใจหอบมีเสมหะ ระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

มีอาการซึมลง ปลุกไม่ตื่น หายใจหอบเพิ่มมากขึ้น แพทย์จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจให้และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม อาการแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยเริ่มตื่นปลุกรู้สึกตัว $E_3V_TM_5$ pupil 2 mm. react to right both eye อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/88 มิลลิเมตรปรอท ใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด 7.5 นิ้ว ความลึก 24 นิ้ว แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia with Acute respiratory failure with Congestive Heart failure ได้รับเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมกึ่งวิกฤติ ผู้ป่วยปลุกตื่น $E_3V_TM_6$ pupil 2 mm. react to right both eye ใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดใช้ความดันควบคุมการทำงาน (Bird's ventilator) setting Tidal Volume 500 FiO_2 0.4 ตั้งอัตราการหายใจไว้ที่ 30 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/62 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 106 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ในปอดข้างขวา แพทย์ให้เก็บเลือดและเสมหะส่งเพาะเชื้อ ก่อนให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Azithromycin 500 mg ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง และได้ย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมในเวลา 22.53 น. แพทย์พิจารณาเลื่อนท่อช่วยหายใจขึ้น ให้ความลึกอยู่ที่ 20 นิ้ว ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร (volume cycle ventilator) setting PCV mode RR 24 Ti 0.9 PEEP 1.0 FT 2 FiO2 1.0 พ่นยา Berodual ทุก 4 ชั่วโมง เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลก่อนมื้ออาหารและก่อนนอน ให้ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderlized diet (1:1) 300 ซีซี วันละ 4 feed และให้ยา Wafarine (3 mg) 2 tablet ก่อนนอน ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ทำตามคำบอกได้ หายใจไม่หอบ แพทย์ให้ try weaning โดยตั้ง setting เป็น PSV mode FT 2 FiO_2 0.4 PS 8 PEEP 1.0 ถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 9 มีนาคม 2562 เวลา 9.20 น. ต่อมาเวลา 9.45 น.ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเพิ่มขึ้น O2 ลดลงน้อยกว่า 90% แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจให้ใหม่อีกครั้ง ให้ hold ยา Wafarine ไว้ก่อนและให้ Lasix 20 mg ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง ให้ Dexamethazone 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Ceftaxidime 2 mg ทางหลอดเลือดดำ ให้ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น จึงเริ่มโปรแกรมหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ จนผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 14 มีนาคม 2562 เวลา 09.30 น.หลังถอดท่อช่วยหายใจ เฝ้าระวังอาการหลังถอดท่อช่วยหายใจจนผู้ป่วยมีอาการคงที่ จึงได้ย้ายผู้ป่วยออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยสามัญ เวลา 11.30 น. ขณะอยู่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยได้เริ่มยา Wafarine (3 mg) 2 tablet วันละครั้งก่อนนอน จำกัดน้ำดื่มน้อยกว่า 1,000 ซีซีต่อวัน อาหารจืด ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ปอดข้างขวาไม่ได้ยินเสียง crepitation ช่วยเหลือตนเองข้างเตียงได้ พยาบาลได้เตรียมความพร้อมเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายโดยส่งต่อไปรับการรักษาเพื่อปรับยา Wafarine ต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ในวันที่ 18 มีนาคม 2562 เวลา 15.00 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 13 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2562 เวลา 21.57 น. โดยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนมาด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ หายใจหอบ มีเสมหะขาวขุ่น ระหว่างการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีอาการซึมลง หายใจหอบมากขึ้น ความดันโลหิตต่ำ 88/54 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกน้อย แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ Free load 1,500 ซีซี อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยปลุกตื่น $E_4V_TM_6$ pupil 3 mm. react to right both eye อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/66 มิลลิเมตรปรอท ใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด 7.5 นิ้ว ความลึก 21 นิ้ว แพทย์วินิจฉัยเป็น Community Acquired Pneumonia with Respiratory failure with Septic shock จึงส่งเข้ารักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้ป่วยปลุกตื่นรู้ตัว $E_4V_TM_6$ pupil 3 mm. react to right both eye ใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร setting

PCMV mode RR 16 Ti 1 PEEP 5 FiO2 0.4 อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 95 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/57 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้การรักษา คือ Levophed 4 mg ใน 5% Dextrose water 250 ซีซี เข้าทางหลอดเลือดดำ titrate keep blood pressure > 90/60 มิลลิเมตรปรอท ให้ยาปฏิชีวนะคือ Azithromycin 500 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง Ceftrazidime 2 mg V ทุก 8 ชั่วโมง Clindamycin 900 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลทุก 6 ชั่วโมง ให้ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderlized diet (1:1) 350 ซีซี วันละ 4 feed จนวันที่ 20 มีนาคม 2562 ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่หอบ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์ให้ try wean Levophed จนสามารถ off ยาได้ และเริ่ม wean เครื่องช่วยหายใจ โดยตั้ง setting เป็น PSV mode FiO_2 0.4 PEEP 5 และต่อมาเปลี่ยนเครื่องช่วยหายใจเป็น O_2 T piece 10 ลิตรต่อนาทีได้ ผู้ป่วยหายใจได้ไม่หอบเหนื่อย สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ในวันที่ 21 มีนาคม 2562 เวลา 8.51 น. เฝ้าระวังอาการหลังถอดท่อช่วยหายใจจนผู้ป่วยมีอาการคงที่ จึงได้ย้ายผู้ป่วยออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมไปยังหอผู้ป่วยสามัญ เวลา 19.00 น. ขณะอยู่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย เดินเข้าห้องน้ำได้ ปัสสาวะได้เอง รับประทานอาหารปกติได้ดี แพทย์ให้ off ยาปฏิชีวนะเมื่อครบ 7 วัน พยาบาลเตรียมความพร้อมเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านได้ ในวันที่ 24 มีนาคม 2562 เวลา 12.00 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	-โรคประจำตัว เป็น Diabetes Mellitus type II และ Hypertension มา 10 ปี รับการรักษาด้วยยาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านไม่เคยขาดยา ต่อมาปี 2560 ได้รับการตรวจ Echocardiogram พบ Diastolic Dysfunction gr I รักษาด้วยยา Wafarin (5 mg) 1 ½ tablet ทุกวันคู่ และ Wafarin (5 mg) 1 tablet ทุกวันคี่ -ไม่เคยมีเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	-ไม่มีโรคประจำตัว -ปี 2552 เคยป่วยเป็นโรคปอดอักเสบเรื้อรัง รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน จนหายดี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา	ภรรยาเป็นโรคเบาหวานรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน
ประวัติการแพ้ยา	เคยผ่าตัดคลอดเมื่อ 20 กว่าปีก่อน	ไม่มีประวัติแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	-ใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร setting PCV mode RR 24 Ti 0.9 PEEP 1.0 FT 2 FiO2 1.0 -ให้ Lasix 20 mg V วันละ 1 ครั้ง -ให้ Dexamethazone 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง	ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด
แผนการรักษาของแพทย์		-ใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร setting PCMV mode RR 16 Ti 1 PEEP 5 FiO2 0.4 -ให้ Levophed 4 mg ใน 5% Dextrose water 250 ซีซี เข้าทางหลอดเลือดดำ titrate

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- ยาปฏิชีวนะเริ่มแรกให้ Azithromycin 500 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ต่อมาเปลี่ยนเป็น Ceftaxidime 2 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง -เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลก่อนมื้ออาหารและก่อนนอน -ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderlized diet (1:1) 300 ซีซี วันละ 4 feed -ให้ยา Wafarine (3 mg) 2 tablet ก่อนนอน	keep blood pressure > 90/60 มิลลิเมตรปรอท -ให้ยาปฏิชีวนะคือ Azithromycin 500 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง Ceftrazidime 2 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง Clindamycin 900 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง -เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลทุก 6 ชั่วโมง -ใส่ Nasogastric tube และ feed Blenderlized diet (1:1) 350 ซีซี วันละ 4 feed
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- WBC 16,890 Cell/mm3 ,Neutrophil 82% (5 มีค. 62) - PT 19.8 min, PTT 28.3 min , INR 1.7 (5 มีค. 62) - Blood gas : pH 7.162,pCo2 100.1 % , pO2 48.4 (5 มีค. 62) -chest x-ray: 1) Right Patchy infiltration with blunt costophrenic angle : 2) Cardiomegaly	- WBC 11,830 Cell/mm3 , Platelet count 438,000 Cell/mm3 ,Neutrophil 95% (16 มีค. 62) - PT 13.1 min, PTT 26.7 min , INR 1.1 (16 มีค. 62) - Blood gas : pCo2 54.2% (16 มีค. 62) -chest x-ray: Right Middle Lobe and Left Lower Lobe Patchy infiltration
รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพื่อรักษา	13 วัน	8 วัน

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เมื่อเกิดปอดอักเสบ จะทำให้โรครุนแรงเพิ่มขึ้นและนำไปสู่ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ ในขณะผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ จนทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตามมา การพยาบาลที่ให้จึงแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ 2) การพยาบาลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติ และ 3) การพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ตามตาราง 2

ตาราง 2 การประเมินภาวะสุขภาพแนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 ของกอร์ดอน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1) การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ	1.การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีการติดเชื้ออย่างรุนแรงของเนื้อปอด 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเสมหะเหนียว ไม่สามารถไอออกได้เอง 3. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากการบีบตัวของหัวใจลดลง 4. เยื่อบุช่องปากแห้ง เนื่องจากระคายเคืองในช่องปากจากการใส่ท่อช่วยหายใจ 5. เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองและร่างกายอยู่ในภาวะเครียด 6. รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้และต้องพึ่งพาผู้อื่น 7. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและสภาพแวดล้อมในห้องไอซียู	1.การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีการติดเชื้ออย่างรุนแรงของเนื้อปอด 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเสมหะเหนียว ไม่สามารถไอออกได้เอง 3. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงเนื่องจากมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในร่างกาย 4. เยื่อบุช่องปากแห้ง เนื่องจากระคายเคืองในช่องปากจากการใส่ท่อช่วยหายใจ 5. เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองและร่างกายอยู่ในภาวะเครียด 6. รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้และต้องพึ่งพาผู้อื่น 7. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและสภาพแวดล้อมในห้องไอซียู
2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ	1. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของถุงลม 2. ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงและปริมาณเลือดที่ฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง 3. เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินเนื่องจากการบีบตัวของหัวใจลดลง 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย	1. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของถุงลม 2. ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงและปริมาณเลือดที่ฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
3) การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล	ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ

การดูแลระบบทางเดินหายใจ

1. ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ respiratory distress ชีพจร เป็นต้น ทุก ½ -1 ชั่วโมง ประเมิน airway pressure ทุก 1-2 ชั่วโมง และฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง

2. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้าเพื่อช่วยบรรเทาอาการกระสับกระส่าย เหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจลำบาก โดยผู้ป่วยควรมีระดับออกซิเจนในเลือด (SaO_2) เท่ากับ 93-95% ในกรณีที่ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา และบันทึกการเปลี่ยนแปลงสังเกตการทำงานของเครื่อง ventilator เช่น VT FiO2 อัตราการหายใจ mode ของ ventilator การใช้ PEEP, CPAP หรือ PSV peak inspiration pressure และการตั้งสัญญาณเตือน รวมทั้งให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกสำหรับผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (collaborative clinical nursing practice guideline for patient with ventilator)[7,8]

3. สังเกตภาวะแทรกซ้อนของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น barotrauma เช่น ฟังเสียงหายใจไม่ได้ยิน หลอดลมเอียงไปด้านข้าง วิตกกังวลหรือมีอาการแสดงของภาวะช็อก ถ้ามีอาการดังกล่าวต้องถอดเครื่องช่วยหายใจโดยใช้ bag-valve device รายงานแพทย์และเตรียมชุดเจาะปอดเพื่อใส่ท่อระบายทรวงอก7

4. ประเมินความพร้อมในการหย่า/เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว hemodynamic หายใจไม่เหนื่อย ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ SpO_2 > 95%8

การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต

1. ประเมิน hemodynamic ทุก ½ -1 ชั่วโมง และประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวัดหรือหายใจเร็วอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะที่สำคัญ ประเมินและเฝ้าระวัง EKG เพราะอาจมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะพร่องออกซิเจน9

2. ให้สารน้ำ Crystalloid เช่น NSS และ Lactgatal ringer และเลือดอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ใช้ Infusion pump เพื่อป้องกันการให้ยาและสารน้ำเกิน พร้อมทั้งประเมินภาวะน้ำเกิน[9]

3. ใส่ Foley's catheter และบันทึกสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

การดูแลป้องกันการติดเชื้อ

1. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ โดยเฉพาะการล้างมือในสะอาดเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ดี

2. ดูแลความสะอาดในช่องปากฟันลิ้นทุกเวรอย่างน้อยเวรละ 2 ครั้ง โดยใช้การแปรงฟัน หรือใช้น้ำยา chlorhexidine gluconate (0.12%) ซึ่งเป็นน้ำยาที่มีประสิทธิภาพลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ลดการติดเชื้อในปากและคอหอย และป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ[10] หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

3. ดูแลเครื่องช่วยหายใจโดยพยายามเทน้ำในสายและกระบอก (Reservoir) เป็นประจำอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง อย่าตั้งอุณหภูมิของ Humidifier สูงเกินไปและระวังอย่าให้อุณหภูมิของห้องต่ำเกินไป เนื่องจากจะทำให้เกิดการกลั่นตัวของน้ำใน Circuit มากขึ้น8

4. ติดตามอาการของการติดเชื้อ ได้แก่ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง การติดตามผลการเก็บสิ่งส่งตรวจ เช่น เลือด เสมหะ เป็นต้น เพื่อเพาะเชื้อ

1.3.5 ถ้ามีไข้สูง และหนาวสั่น ดูแลให้ยาลดไข้ แล้วจึงค่อยเช็ดตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิเสธการเช็ดตัวเพราะหนาวสั่น พยาบาลจึงควรให้ยาลดไข้ก่อน เมื่อผู้ป่วยร้อนหรือมีเหงื่อจากการออกฤทธิ์ของยาแล้วจึงเช็ดตัวเพื่อลดไข้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากยิ่งขึ้น

การดูแลเกี่ยวกับภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและโภชนาการ

1. ดูแลให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อมักจะสูญเสียน้ำและโซเดียวจากไข้ เหงื่อออกมาก

2. จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มให้อาหารเร็วที่สุด หรือภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเป้าหมาย โดยระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยวิกฤติ (Acute phase) ปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยต้องได้รับประมาณ 20-25 kcal/kg/day ภายใน 72-92 ชั่วโมงแรกภายหลังเข้ารักษาในไอซียู และควรได้สารอาหารโปรตีนประมาณ 1.2 -2 g/kg/day และไขมันไม่ควรเกิน 0.1 gm/kg/day[11,12]

3. ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (NG tube) ขณะให้อาหาร ควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และมีการทดสอบตำแหน่งทุกครั้งก่อนให้อาหารเพื่อป้องกันการสูดสำลัก

การดูแลด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยที่อยู่ในห้องไอซียู จะมีปัญหาความวิตกกังวล กลัวโดดเดี่ยวไปจนถึงสิ้นหวัง จากสภาวะโรคและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในห้องไอซียู นอกจากนี้การได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานหลายวัน จะทำให้เกิดความสูญเสียพลังอำนาจ เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากมีปัญหาในการพูดสื่อสาร นอกจากผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาแล้ว สมาชิกในครอบครัวยังต้องเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย ดังนั้น พยาบาลจึงต้องบทบาทในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้[1,4]

1. จัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม อาทิ ให้มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด โดยควบคุมไม่ให้เกิน 35 เดซิเบล เช่น เสียงการทำงานของอุปกรณ์การรักษาพยาบาล เสียงสัญญาณเตือนภัยต่างๆ เสียงพูดคุยของแพทย์พยาบาล เสียงโทรศัพท์ เป็นต้น จัดสถานที่ให้มีแสงสว่างเพียงพอไม่มากหรือน้อยไป

2. บอกให้ผู้ป่วยทราบวัน เวลาโดยจัดหาปฏิทิน นาฬิกาที่สามารถมองเห็น บอกเวลากลางวัน-กลางคืน อาจจัดให้ผู้ป่วยฟังวิทยุ หรือให้ญาติอ่านหนังสือให้ฟังตามความเหมาะสม

3. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวล แสดงความเห็นอกเห็นใจโดยวิธีสัมผัสรวมทั้งให้เวลาที่นานพอแก่ผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความต้องการโดยการเขียนในกระดานหรือกระดาษ

4. อนุญาตให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันตามลำพังเพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจและประคับประคองจิตใจ จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 2 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ

2.1 ให้การพยาบาลเพื่อให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอและไม่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ1,13 ดังนี้

2.1.1 ประเมินสภาวะผู้ป่วยและความก้าวหน้าของโรค เช่น วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง หรือแล้วแต่สภาพของผู้ป่วย ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรค

2.2.2 จัดท่าให้เสมหะออกได้ง่าย (postural drainage) เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยลุกขึ้นนั่งบนเตียงหรือข้างเตียงตามสภาพร่างกาย จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา

2.2.3 สอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลมร่วมกับการห่อปากในช่วงการหายใจออก ควรฝึกบริหารการหายใจทุกวัน วันละสองครั้ง เช้าและเย็น ครั้งละประมาณ 10-15 นาที

2.2.4 แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Secretion drainage) โดยการสอนให้ผู้ป่วยประคองทรวงอกขณะหายใจเข้าแล้วหายใจออกโดยแรงเพื่อขับเสมหะเมื่อมีเสมหะและก่อนการฝึกหายใจทุกครั้ง พยาบาลอาจช่วยเคาะปอดร่วมด้วยเพื่อช่วยระบายเสมหะในหลอดลมและปอดออกสู่ภายนอกได้ดียิ่งขึ้น

2.2.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 2,000 - 3,000 มล./วัน โดยเฉพาะในรายที่มีไข้สูง น้ำจะช่วยละลายเสมหะทำให้สามารถขับออกได้สะดวก แต่ต้องระวังให้น้ำในปริมาณพอเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย

2.2 ให้การพยาบาลเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายได้ดีขึ้น[1]

2.2.1 ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นทีละน้อย เช่น จากนั่งเป็นเดินรอบเตียงหรือห้องพัก และเพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อยๆ เป็นต้น พยาบาลควรช่วยผู้ป่วยในการก้าวเดินอย่างช้างๆ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมหลังอาหาร 1 ชั่วโมง เพราะเลือดจะไปเลี้ยงกระเพาะอาหารและลำไส้มากที่สุด

2.2.2 ในรายที่ต้องจำกัดกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองบ้างเท่าที่ผู้ป่วยสามารถจะกระทำได้ เช่น การวางแผนเกี่ยวกับอาหาร การดูแลกิจวัตรส่วนตัวประจำวัน เป็นต้น พยาบาลต้องช่วยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกายและฝึกการทำกิจกรรมด้วย ทำให้ผู้ป่วยอบอุ่นใจและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองต่อครอบครัว

2.2.3 ผู้ป่วยจะมีกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใดประเมินได้จากอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิตและอาการผิดปกติขณะทำกิจกรรมนั้นอยู่

ระยะที่ 3 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้

3.1 ประเมินข้อมูลความรู้และประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินชีวิตประจำวันและสุขนิสัย ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการช่วยเหลือ รวมทั้งประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา

3.2 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการเกิดของโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการและอาการแสดง การรักษาและการดูแลตนเอง ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติตามวิถีชีวิตที่ทำให้สุขภาพดีภายใต้ภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว การทำกิจกรรมที่มีจังหวะและค่อยเป็นค่อยไป การวางแผนจำกัดน้ำและอาหารที่จำกัดโซเดียม การหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีอุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไปเพราะหัวใจต้องทำงานหนัก และหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่สูงเกินไป เพราะความเข้มข้นของออกซิเจนในบรรยากาศลดลง การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เบื่ออาหาร เหนื่อยมากขึ้น มีท้องหรือปลายเท้าบวม เป็นต้น

ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะในการบริหารทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพโดยใช้การสูดลมหายใจเข้าลึกๆ และเป่าริมฝีปากเมื่อหายใจออก (deep breathing exercise) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลการระคายเคืองทางเดินหายใจ เช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง อากาศร้อนจัด เย็นจัด ที่อับชื้น สถานที่ที่มีคนแออัด เป็นต้น หากมีอาการผิดปกติ เช่น เป็นไข้ เหนื่อยหอบมากขึ้น เจ็บคอ ควรรีบไปพบแพทย์

ผู้ป่วยทั้งสองราย ได้รับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับยาทั้งหมด รวมถึงฤทธิ์ยาและอาการข้างเคียง เช่น ภาวะเลือดออกง่าย เป็นต้น เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างถูกต้องและการมาพบแพทย์ตามนัด

สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองราย เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเหมือนกัน แต่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเนื่องจากผู้ป่วยกรณีที่ 1 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษายาวนานกว่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญมากกว่า ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤติอย่างเป็นองค์รวมเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมทั้งควรได้เข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินความต้องการครอบคลุมทุกด้านเพื่อนำมาวางแผนจำหน่ายให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ส่งต่อข้อมูลเพื่อการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่กลับมารักษาซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา และพรรณิภา สืบสุข. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ใน ปราณี ทู้ไพเราะและคณะ,บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2 . กรุงเทพฯ : หจก.เอ็นพีเพรส ; 2555. : 44-59.

2. อภิชาติ คณิตทรัพย์. ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ ใน ณรงค์กร ช้ายโพธิ์กลางและคณะ,บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร ; 2561: 201-202.
3. วิภา รีชัยพิชิตกุล.โรคปอดอักเสบชุมชนรุนแรง ใน อนุพล พาณิชย์โชติและคณะ,บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน.ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา ; 2559 : 159 - 167.
4. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์ ; 2560.
5. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ.2560 [อินเทอร์เนต]. มหาสารคาม: [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 กค. 2562].เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf
6. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานผู้ป่วยในที่พบบ่อย[อินทราเนต]. มหาสารคาม : [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กค. 2562].
7. วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เฮงยศมาก.การจัดการทางเดินหายใจและเครื่องช่วยหายใจ. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ : แบบองค์รวม. ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์; 2560 : 95-156.
8. ขวัญฤทัย พันธุ. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ : วี.พริ้นท์ ; 2555.
9. ไพบูลย์ โชตินพรัตน์ภัทร และวิจิตรา กุสุมภ์.ภาวะหัวใจวาย. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ : แบบองค์รวม. ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์ ;2560 : 355-373.
10. Lionel A.et al. Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on th Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clinical Infectious Disease 2007 ; 44: 27-72.
11. อภิญญา กุลทะเล. การป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤติ. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ : แบบองค์รวม. ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ , สหประชาพาณิชย์ ;2560 : 521-524.
12. Michael,J.A,. and Neal,J.B. Fasthug:ICU Prophylaxis. Amer Soci Health System Phar ; 2011: 1-11.
13. ปราณี ทู้ไพเราะ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนและขนส่งออกซิเจน. ใน วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผันแปรของออกซิเจน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ; 2556 : 80-87.