



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ที่ ภก.0033.203

วันที่ 12 กรกฎาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางสาวอรอนงค์ เทพี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำโครงการวิจัยเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย เนื่องจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงาน

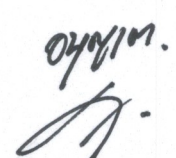
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามในแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ฯ และอนุญาตให้เผยแพร่บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

Orn W

(นางสาวอรอนงค์ เทพี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(นางสาวสุพัตรา ธรรมอิฐฐาน)
หัวหน้าพยาบาล


(นายวีระศักดิ์ หล่องทองคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
๑๖ ก.ค. ๒๕๖๗

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖
สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัน/เดือน/ปี :

หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา

Link ภายนอก :

หมายเหตุ :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

om inv
(นางสาวอรอนงค์ เทพี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ผู้พิจารณารับรอง

3
(นายแพทย์ทัตพน สัมปทณรักษ์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา

วันที่ *18 กรกฎาคม 2567*

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

Om
(นายวุฒิชัย ช่างคิด)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ *18 กรกฎาคม 2567*

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา

Nursing Care of Pneumonia with Sepsis Complications: Case Study

อรอนงค์ เทพี พว.*

Onanong Taepee RN*

บทคัดย่อ

การศึกษกรณีศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษา ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ แพทย์ผู้รักษา พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย และเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล การประเมินแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีของกอร์ดอน

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันในแง่ของอายุ โรคร่วม สาเหตุของการติดเชื้อ ความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาก่อนได้รับการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิก แม้จะมีข้อวินิจฉัยร่วมบางประการ เช่นภาวะแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ภาวะติดเชื้อ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยที่สะท้อนถึงความรุนแรงที่มากกว่า เช่นภาวะช็อก การทำงานของอวัยวะล้มเหลวและผลกดทับ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยการประเมินแบบองค์รวม การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและการประยุกต์ใช้ความรู้ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว นำไปสู่การวางแผนและดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพครบถ้วนทุกด้าน รวมถึงการประเมินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม (Early warning signs) เพื่อดักจับได้ รวดเร็ว ทันเวลาต่อความรุนแรง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ให้เข้าสู่ภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ หรือร่วมกับมีอวัยวะภายในล้มเหลว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ : การพยาบาล, ปอดอักเสบ, การติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

A case study of 2 patients with pneumonia. The objective was to study and compare general information. Signs and symptoms physical examination Laboratory examination results medical diagnosis, treatment, nursing diagnosis and nursing plan. To serve as a guideline for improving the quality of care for patients with severe pneumonia using a descriptive study using a case study. Specific selection methods of admitted during the same period. Gather information from patients, relatives, and treating doctors. The nurse team caring for patients and medical records Data were analyzed using the nursing process framework. Evaluation of health patterns according to Gordon's theory

The results showed that these two cases differed in age, comorbidity, cause of infection, severity, time before treatment, and clinical outcomes. Although they shared some nursing diagnoses such as impaired gas exchange and infection, 2nd case had additional diagnoses reflecting greater severity, such as shock, organ dysfunction, and pressure ulcer. Therefore, caring for these patients requires holistic assessment, multidisciplinary collaboration, and application of nursing knowledge to provide quality, safe care and achieve better clinical outcomes.

The results of this study reflect that if patients receive nursing practices from the screening process In order to receive a correct diagnosis quickly Leads to effective planning and care in every aspect. Including evaluating and monitoring the patient's changing symptoms from the beginning of admission (Early warning signs) to catch them quickly and in time for preventing complications from hypotension or internal organ failure, It will help reduce the death rate.

Keywords: Nursing care, Pneumonia, Sepsis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคหรือภาวะที่มีการอักเสบของเนื้อปอด (lung parenchyma) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดติด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก¹ หากการอักเสบนั้นเกิดจากเชื้อโรคจะเรียกว่า pneumonia หากเกิดจากสาเหตุอื่นเรียกว่า pneumonitis เชื้อก่อโรคเข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่ทางการหายใจ (inhalation) แต่บางรายอาจเกิดจากการสำลักทำให้เชื้อที่อาศัยในช่องปากเข้าสู่ระบบการหายใจส่วนล่างและเกิดปอดอักเสบ² ปอดอักเสบเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส mycoplasma เชื้อรา ปัจจัยเสี่ยงของปอดอักเสบคือ มีประวัติสูบบุหรี่ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน การใส่ท่อหลอดลมคอ การไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานานๆ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ระบบภูมิคุ้มกันไม่ทำงาน ขาดสารอาหาร ขาดน้ำ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอีกได้แก่ การสัมผัสกับอากาศเสียที่มีมลพิษ ภาวะความรู้สึกร่างกายเปลี่ยนแปลงจากแอลกอฮอล์ การได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว และภาวะช็อก หรือมีเชื้อโรคอยู่ในร่างกายแล้วกระจายมายังปอด ส่งผลให้ปอดทำหน้าที่ได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย สามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สถานการณ์โรคปอดอักเสบในประเทศไทยปี พ.ศ.2565 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคพบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 236,742 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 357.77 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราการตาย 0.33 ต่อประชากรแสนคน สาเหตุหลักของการเสียชีวิตเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสเลือด

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เกิดจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว³ นำไปสู่ภาวะล้มเหลวของระบบอวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น ระบบไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และระบบการแข็งตัวของเลือดเป็นต้น และหากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ failure) จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว⁴ แบ่งตามระดับความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระยะดังนี้⁵

systemic inflammatory response syndrome (SIRS) เป็นกระบวนการอักเสบของร่างกาย ที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อผู้ป่วยจะต้องมีอาการ ทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อ⁶ ได้แก่ 1) อุณหภูมิร่างกาย $>38^{\circ}\text{C}$ หรือ $<36^{\circ}\text{C}$ 2) อัตราการเต้นของหัวใจ >90 bpm 3) อัตราการหายใจ >20 bpm หรือ $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$ และ 4) เม็ดเลือดขาว $>12,000$ หรือ $<4,000$ cell/mm³ หรือมี immature form $>10\%$

Sepsis คือ มีอาการหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมีภาวะ SIRS

Severe sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่มีอวัยวะทำงานล้มเหลวอย่างน้อยหนึ่งอวัยวะขึ้นไป

Septic shock คือ ภาวะ sepsis ที่มีความดันโลหิตต่ำ (systolic blood pressure <90 mmHg หรือลดลง >40 mmHg จากค่าพื้นฐาน) โดยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำเพียงพอ และไม่พบสาเหตุอื่นๆ

เมื่อร่างกายได้รับการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด (Sepsis) จะทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่ภาวะ Hypo-perfusion และ Organ dysfunction ดังจะเห็นได้จากภาวะความดันโลหิตต่ำและระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น (Severe sepsis) และเข้าสู่ระยะช็อก (Septic shock) อย่างรวดเร็วภายใน 72 ชั่วโมง

ในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีติดเชื้อในกระแสเลือด ให้มีผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น เริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยต้องทำให้ครอบคลุมทั้งในรายที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและกลุ่มเสี่ยงสูง มุ่งเน้นการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้⁷

จากสถิติการให้บริการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต มีผู้ป่วยปอดอักเสบเข้ารับการรักษาในปี 2564, 2565, 2566 ,มีจำนวน 1690,1554 และ 1470 รายตามลำดับ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 2.95, 0.3 และ 1.35 ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 15.59, 16.53 และ 12.18 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ การพยาบาลที่สำคัญเพื่อสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต คือการติดตามสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง อาการที่ต้องรายงานแพทย์ทันที การดูแลการให้สารน้ำ การบันทึกปริมาณปัสสาวะ ดังนั้นการใช้กระบวนการพยาบาลและแบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Early Warning Scores : EWS) ในแต่ละระยะของโรคเพื่อคาดการณ์และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนได้ทันทั่วทั้ง โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการ วินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม ผู้ศึกษาในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้น กรณีศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษาและผลการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด
- 2.เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด
- 3.เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

- รูปแบบการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษา (descriptive study)
- การเลือกกลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567 จำนวน 2 ราย ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มีอาการป่วยใกล้เคียงกันเข้ารับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน
- การเก็บรวบรวมข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ แพทย์ผู้รักษา พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย และเวชระเบียน เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี และแผนการรักษา

-การวิเคราะห์ข้อมูล : วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล การประเมินแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีของกอร์ดอน (Gordon's functional health patterns)⁷ นำเสนอข้อมูลแบบพรรณนา วิเคราะห์และสร้างตารางเปรียบเทียบ

-การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย : ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอม รักษาความลับของข้อมูล นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมไม่ระบุชื่อ

แนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษากกรณีศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิด กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด โดยอาศัยการประเมินแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีของกอร์ดอน (Gordon's functional health patterns)⁸ ซึ่งครอบคลุม 11 ด้านได้แก่ การรับรู้สุขภาพ โภชนาการและเมตาบอลิซึม การขับถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย การนอนหลับและพักผ่อน ความรู้สึกและการรับรู้ บทบาทและความสัมพันธ์ เพศและการสืบพันธุ์ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด และค่านิยมและความเชื่อ และใช้ NEWS (National Early Warning Scores) เป็นเครื่องมือเชิงรุกในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประกอบด้วย Respiratory Rate, Oxygen Saturations, Any Supplemental Oxygen, Temperature, Systolic Blood Pressure, Heart Rate และ AVPU Score

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาครั้งที่ 1 : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 75 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดภูเก็ต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2566 ด้วยอาการ ไข้ ไอ มีเสมหะสีขาวข้น หายใจเหนื่อยมา 1 วัน มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 4 โรคหลอดเลือดหัวใจ ตับอ่อนอักเสบ และเกาต์ แรกแรกที่ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี หายใจหอบเหนื่อย ไอมาก อุณหภูมิร่างกาย 38.4 °C ชีพจร 108 /min อัตราการหายใจ 54 /min ความดันโลหิต 190/77 mmHg ติดตามความดันโลหิตซ้ำ 144/86 mmHg O₂ saturation 78% on O₂ mask 10 lit/min ติดตาม O₂ saturation เพิ่มขึ้น 96 % ประเมิน SIRS แรกพบ 4 ข้อ ใน 4 ข้อ 1)อุณหภูมิร่างกาย 38.4 °C 2)อัตราการเต้นของหัวใจ 108 /min 3)อัตราการหายใจ 54 /min 4) WBC 12500 cells/mm³ ประเมิน NEWS score เท่ากับ 11 คะแนน Lactate 2.3 mmol/L ผลการตรวจ CXR พบ infiltrate LLL เจาะ Hemoculture 2 specimen ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะขาดสารน้ำ รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยสามัญ แรกที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อุณหภูมิร่างกาย 37.9 °C ชีพจร 72 /min ความดันโลหิต 168/96 mmHg อัตราการหายใจ 25 /min O₂ saturation 90% ประเมิน SIRS พบ 2 ข้อ ใน 4 ข้อ 1)อัตราการหายใจ 25 /min 2) WBC 12500 /mm³ คะแนน NEWS score เท่ากับ 12 คะแนน ผู้ป่วยไอมาก หายใจเหนื่อย ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง มีเสียง crepitation ให้ออกซิเจนเป็น High flow nasal cannula (HHFNC) 40 LPM แต่ยังไม่ค่อยดีขึ้น จึงใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจ ปรับ PCV mode FT2 FiO₂ 0.6 PEEP 7 RR 20 ขณะนอนโรงพยาบาลมีไข้สูง ผลเพาะเชื้อในเลือดไม่พบเชื้อ ผลการตรวจ CXR พบ infiltration เพิ่มขึ้น ฟังปอด 2 ข้าง มี crepitation เพิ่มขึ้น เปลี่ยนยาเป็น Tazocin 4.5 gm iv stat และ 2.25 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง ปรับตามการทำงานของไต 3 วันต่อมา ไข้ลดลง ไอได้ดีขึ้น ค่าเม็ดเลือดขาวกลับสู่ปกติ ได้รับการดูแล

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผีอกหายใจและหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จในวันที่ 7 ของการนอนโรงพยาบาล และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ในวันที่ 8 ของการนอนโรงพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดภูเก็ต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566 ด้วยอาการ ซึม ไม่รู้สึกตัว ญาติให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการซึมลง อ่อนเพลีย มีไข้ รับประทานยาลดไข้เอง 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังมีไข้ หนาวสั่น 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ซึมมาก ญาติเรียกไม่ตอบสนอง ญาตินำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วย มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ปี 2564 จากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง และเริ่มมีภาวะติดเชื้อในการเจ็บป่วยครั้งนี้ แรกรับที่โรงพยาบาลเอกชน E₂V₇M₅ อุณหภูมิร่างกาย 39 °C ชีพจร 138 /min อัตราการหายใจ 30 /min ความดันโลหิต 106/75 mmHg O₂ saturation 89% ผลตรวจ CXR พบมี Cephalization เจาะ Hemoculture 2 specimen ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriaxone 2 gm iv OD ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ หลังจากนั้น ความดันโลหิต 89/68 mmHg ชีพจร 146 /min Load NSS 1,000 ml iv ติดตามความดันโลหิตซ้ำ 83/65 mmHg ให้ยาเพิ่มความดันโลหิตเป็น norepinephrine (1:32) 20 ซีซีต่อชั่วโมง แพทย์วินิจฉัย Sepsis shock ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตตามสิทธิ แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน E₂V₇M₅ หายใจเหนื่อย ใส่เครื่องช่วยหายใจ PCV mode P_i12 RR20 PEEP5 FiO₂ 0.4 FT2 อุณหภูมิร่างกาย 39.1 °C ชีพจร 140 /min อัตราการหายใจ 16 /min ความดันโลหิต 119/71 mmHg O₂ saturation 100% คะแนนประเมิน SIRS พบ 3 ข้อ 1)อุณหภูมิร่างกาย 39.1 องศาเซลเซียส 2)อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที 3) WBC 16,800 cells/mm³ ประเมิน NEWS score เท่ากับ 10 คะแนน ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง มีเสียง crepitation ผลตรวจ Lactate 3.7 mmol/L แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Norepinephrine (1:32) 20 ซีซีต่อชั่วโมง ปรับการให้ยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem 1 gm. iv stat และ Meropenem 500 mg. ทุก 8 ชั่วโมง ปรับตามการทำงานของไต ขณะนอนโรงพยาบาล 7 วันแรก ผู้ป่วยมีไข้ 39 – 41 °C ผล CXR ในวันที่ 5 ของการนอนโรงพยาบาลพบลักษณะ Diffused opacity ผลเพาะเชื้อในเสมหะพบเชื้อ Acinetobacter baumannii ที่ดื้อยาหลายขนาน ปรับยาปฏิชีวนะเป็น meropenem 1 gm. iv ทุก 8 ชั่วโมง ร่วมกับ colistin 150 mg. iv ทุก 12 ชั่วโมง หลังได้รับยาปฏิชีวนะทั้ง 2 ตัว 5 วัน ไข้ลดลง ให้การพยาบาลหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤติ เริ่มฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังใส่ 17 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจเองได้ดี มีเสมหะสีขาวเล็กน้อย มีแผลกดทับระดับ 2 บริเวณก้นกบ ขนาด 2x3 เซนติเมตร ให้การดูแลจนแผลมี healing จนหาย ให้ความรู้และฝึกทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จนจำหน่ายได้ในวันที่ 27 ของการนอนโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการรักษาผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	75 ปี	56 ปี
อาการสำคัญ	ไข้ ไอ มีเสมหะสีขาวขุ่น หายใจเหนื่อย มา 1 วัน	ไข้สูง หนาวสั่น ซึม ไม่รู้สึกตัว มีเสมหะ มา 3 วัน

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
มีโรคประจำตัว	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 โรคหลอดเลือดหัวใจ ตับอ่อนอักเสบ และเกาต์	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ภาวะสมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีเสมหะสีเหลือง ไอมาก หายใจเหนื่อย นอนราบได้ ไม่มีเจ็บหน้าอก ปัสสาวะออกวันละ 1,000-2,000 ซีซี	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการซึมลง อ่อนเพลีย มีไข้ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ซึมมาก ญาติเรียกไม่ตอบสนอง มีไข้ หนาวสั่น ไอ ไม่มีเสมหะ
การตรวจร่างกายแรกรับที่ ER	หายใจหอบเหนื่อย ไอมาก อุณหภูมิร่างกาย 38.4 °C ชีพจร 108 /min อัตราการหายใจ 54 /min ความดันโลหิต 190/77 mmHg ติดตามความดันโลหิตซ้ำ 144/86 mmHg ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง มีเสียง crepitation หัวใจปกติ ไม่มีเสียง murmur ท้องไม่อืด	E2VTM5 หายใจเหนื่อย ใส่เครื่องช่วยหายใจ อุณหภูมิร่างกาย 39.1 °C ชีพจร 140 /min อัตราการหายใจ 16 /min ความดันโลหิต 119/71 mmHg O ₂ saturation 100% ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง มีเสียง crepitation หัวใจปกติ ไม่มีเสียง murmur ท้องไม่อืด
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Hb 10.2 g/dL Hct 32.6% WBC 12500 cells/mm ³ Platelet 188000 BS 148 mg% Lactate 2.3 mmol/L Creatinine 1.8 mg/dL Na 132 mEq/L K 3.6 mEq/L Sputum culture negative Hemoculture: no growth	Hb 9.8 g/dL Hct 30.2% WBC16,800 cells/mm ³ Platelet 102,000 BS 268 mg% Lactate 3.7 mmol/L Creatinine 2.4 mg/dL Na 128 mEq/L K 4.1 mEq/L Sputum culture: Acinetobacter MDR Hemoculture: no growth
การรักษา	- 0.9% NSS 1000 cc.100 cc./hr - Ceftriaxone 2 gm. IV OD - Tazocin 2.25 gm IV ทุก 6 hr. - On ventilator PCV mode, FT2 FiO ₂ 0.6 PEEP 7 RR 20 - Berodual 1 NB พ่นทุก 4 ช.ม. และ prn for dyspnea - On Foley's catheter - I/O	- 0.9% NSS 1000 cc.load - 0.9% NSS 1000 cc. 100 cc./hr - Levophed (1:32) 10 - 20 ml/hr. - On ventilator PCV mode, Pi12 RR20 PEEP5 FiO ₂ 0.4 FT2 - Ceftriaxone 2 gm. IV OD - Meropenem 1 gm. IV ทุก 8 hr. - Colistin 150 mg. IV ทุก 12 hr. - Retained foley cath - I/O

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สาเหตุของภาวะติดเชื้อ	Community acquired pneumonia CXR แกรับ Infiltrate LLL	Community acquired pneumonia CXR แกรับ Cephalization CXR ครั้งที่ 2 Diffused opacity
อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	Tachycardia, Tachypnea	Hypotension, Tachycardia, Organ dysfunction
ระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจ	7 วัน	18 วัน
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	pressure ulcer
ผลลัพธ์	Cure, no complication	Cure, with complication

จากการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 รายในตาราง จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันในหลายประเด็น ทั้งปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ลักษณะและความรุนแรงของการติดเชื้อ กระบวนการวินิจฉัยและการรักษา รวมถึงผลลัพธ์และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเริ่มจากข้อมูลพื้นฐาน พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 มีอายุมากกว่าถึง 19 ปีและมีโรคร่วมที่หลากหลายกว่า ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังและโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่บ่งบอกถึงการมีภูมิคุ้มกันโรคและสมรรถภาพร่างกายที่ต่ำกว่า แต่ในขณะเดียวกัน กรณีศึกษาที่ 2 กลับมีประวัติสมองเสื่อมและภาวะติดเชื้อในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักและการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีความรุนแรงสูงกว่า² ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการติดเชื้อของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความเหมือนกัน คือติดเชื้อจากชุมชน (community-acquired pneumonia) ซึ่งมักตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะได้ดีกว่า ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีการติดเชื้อเชื้อดื้อยาหลายขนานร่วมด้วยขณะนอนโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นจากผลการเพาะเชื้อที่พบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อยา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในระยะยาว ต้องการการรักษาที่เข้มข้นกว่า รวมถึงการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตและยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อดื้อยา กรณีศึกษาที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนยาจาก Ceftriaxone เป็น Meropenem และ Colistin นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของการอักเสบและการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อก็มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด สังเกตจากอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในกรณีศึกษาที่ 2 ที่มีความรุนแรงมากกว่า ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วและมีการทำงานของอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ซึ่งบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงที่มากกว่าเมื่อเทียบกับกรณีศึกษาที่ 1 ที่มีเพียงอาการของภาวะหัวใจเต้นเร็วและหายใจเร็วเท่านั้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่น่าจะส่งผลต่อระดับความรุนแรงและการพยากรณ์โรคคือ ระยะเวลาก่อนได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยกรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีภายหลังจากมีอาการและมาโรงพยาบาลภายใน 1 วัน ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้ากว่าถึง 3 วัน เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า ซึ่งส่งผลให้เชื้อแพร่กระจายและก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงมากกว่า¹⁰ สอดคล้องกับระยะเวลาที่จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจที่นานกว่าเกือบ 2 เท่า (18 วันและ 7 วันตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นถึงระดับความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซและความต้องการการช่วยหายใจที่มากกว่า จากข้อมูลข้างต้น กรณีศึกษาที่ 2 มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งจากตัวโรคเองที่มีการลุกลามไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจนเกิดภาวะช็อกและจากการรักษาที่ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดผลกดทับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อระยะเวลา

พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ต้องใช้เวลานานกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เกือบ 3 เท่า (27 วันและ 7 วันตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม แม้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายจะสามารถรักษาหายและจำหน่ายกลับบ้านได้ในที่สุด แต่ผลลัพธ์ที่ได้ก็แตกต่างกันโดยกรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลงเหลือ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหาแผลกดทับต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพต่อ จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรค โรคร่วม ตำแหน่งการติดเชื้อ ชนิดของเชื้อโรคและระยะเวลาก่อนรับการรักษา ล้วนเป็นตัวกำหนดความรุนแรงของโรค กระบวนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งความเข้าใจในปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนส่งเสริมผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินสุขภาพตามแบบแผนกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	การรับรู้บกพร่อง สับสน
อาหารและเมตาบอลิซึม	BMI 21	BMI 18 เบื่ออาหาร
ขับถ่าย	ท้องผูก ปัสสาวะปกติ	สวนปัสสาวะ อุจจาระราด
กิจกรรม/การออกกำลังกาย	อ่อนเพลีย	กล้ามเนื้ออ่อนแรง ฟังฟังทุกกิจวัตร มีภาวณอนติดเตียงในการเจ็บป่วยครั้งนี้
การพักผ่อน นอนหลับ	นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย	ซึม ไม่ตอบสนอง
สติปัญญา การรับรู้	สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่	สมองเสื่อม
การรับรู้ตนเอง	มีความกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคของตนเอง ปกติสามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้	ไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้
บทบาทและสัมพันธภาพ	มีบุตรสาวดูแล	มีภรรยาและมารดาดูแล
เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหา	ไม่มีปัญหา
การเผชิญความเครียด	ยอมรับการเจ็บป่วยและยอมรับการรักษา ค่อนข้างกังวลเนื่องจาก การเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงกว่าที่เคยผ่านมา	ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง เนื่องจากสมองเสื่อม
คุณค่าและความเชื่อ	เชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์	ครอบครัวต้องการการดูแลที่บ้าน

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนกอร์ดอนในตารางที่ 2 เมื่อนำข้อมูลมาเชื่อมโยงกับข้อมูลในตารางที่ 1 พบความเกี่ยวข้องของปัญหาสุขภาพในหลายมิติ โดยเฉพาะกรณีศึกษาที่ 2 ที่มีภาวะสมองเสื่อมและติดเตียงขณะเจ็บป่วยในครั้งนี้ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการรับรู้ การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนความสามารถในการสื่อสารและการจัดการความเครียด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้

ผู้ป่วยเกิดภาวะสำคัญและติดเชื้อ จนกลายเป็นปอดอักเสบรุนแรงและนำไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในที่สุด นอกจากนี้ภาวะทุพโภชนาการและการเบื่ออาหารของกรณีศึกษาที่ 2 ยังส่งผลให้การฟื้นตัวจากการติดเชื้อได้ช้า เนื่องจากร่างกายขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อและภูมิคุ้มกัน ประกอบกับความจำเป็นในการคายสว่นปัสสาวะ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อซ้ำซ้อนจากการปนเปื้อนของเชื้อโรค ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้กรณีศึกษาที่ 2 มีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและการนอนโรงพยาบาลที่นานกว่ากรณีศึกษาที่ 1 ขณะเดียวกันกรณีศึกษาที่ 2 ที่มีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะเมื่อต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ซึ่งจากตารางที่ 1 พบว่ากรณีศึกษาที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ขึ้นจริง สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเคลื่อนไหวที่ลดลงกับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและการป้องกันที่เหมาะสม นอกจากนี้กรณีศึกษาที่ 1 ที่มีความกังวลกับอาการและต้องการความช่วยเหลือในขณะที่ยังคงสามารถสื่อสารและปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้บ้าง อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการร่วมมือกับทีมรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลให้การวินิจฉัยและให้การรักษาเป็นไปอย่างทันทั่วที่สอดคล้องกับตารางที่ 1 ที่พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมภายใน 1 วันหลังมาโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้เร็วกว่า ใช้เครื่องช่วยหายใจและนอนโรงพยาบาลได้สั้นกว่า จำหน่ายกลับบ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาที่ 1 ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองและเป็นผู้สูงอายุ อาจส่งผลต่อความสามารถในการจัดการอาการและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งทีมสหวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ คำแนะนำ และการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องที่บ้าน ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ความต้องการของครอบครัวกรณีศึกษาที่ 2 ที่จะดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน แม้จะสะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจที่ดี แต่ยังอาจขาดความเข้าใจถึงความยากลำบากในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่ซับซ้อนหลังจำหน่าย โดยเฉพาะภายใต้ข้อจำกัดสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่แตกต่างจากในโรงพยาบาล ซึ่งทีมสหวิชาชีพควรประเมินความพร้อมของผู้ดูแลและให้การช่วยเหลือเชิงรุก โดยอาจให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะจำเป็นต่างๆตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล ประสานความร่วมมือกับทีมเยี่ยมบ้าน จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตลอดจนวางแผนการติดตามเยี่ยมและระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลหลังจำหน่ายเป็นไปอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการพยาบาลระยะวิกฤติ¹⁰

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล/การประเมินผล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบเงาที่ปอดกลีบด้านซ้ายล่าง มีเสมหะสีขาวปนเหลือง WBC 12,500 cells/mm³ กรณีศึกษาที่ 2 ไข้สูง 39 องศาเซลเซียส หหนาวสั่น เสมหะปริมาณมาก ผลเพาะเชื้อจากเสมหะพบเชื้อ Acinetobacter baumannii MDR และ มี leukocytosis (WBC 16,800 cells/mm³, neutrophil 79%) วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะช็อก การติดเชื้อในปอดสงบ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เกณฑ์การประเมิน : ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อกได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที คะแนน NEWS score น้อยกว่า 4 ผลภาพถ่ายรังสีปอดไม่มี infiltration ค่า WBC กลับสู่ปกติ (5,000-10,000 cells/mm³)	กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดสัญญาณชีพ ประเมิน NEWS score ทุก 4 ชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ประเมินทุก 15 – 30 นาที ทุก 1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงตามลำดับ และรายงานแพทย์ตามเกณฑ์เพื่อพิจารณาการรักษาต่อ 2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ ประเมินอาการข้างเคียงจากยา 3. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 4. ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน VAP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP bundle) 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ หหนาวสั่น ติดตามผลเพาะเชื้อของเสมหะและเลือด 6. ให้สารน้ำ NSS 1,000 ml ใน 15 – 30 นาที แล้วปรับอัตราตาม hemodynamic response 7. ให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (norepinephrine 0.03 – 0.1 mcg/kg/min ปรับตาม MAP การประเมินผล : กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm iv OD ต่อมาปรับเป็น Tazocin 2.25 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง ไข้ลดลงเหลือ 37 °C ในวันที่ 3 ของการใช้ยาปฏิชีวนะ เสมหะลดลง เป็นสีใส ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะไอ สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ WBC เหลือ 8,500 cells/mm³ ในวันที่ 5 ผลการเพาะเชื้อในเลือด : No growth ผลการเพาะเชื้อในเสมหะ : No growth Vital sign : อุณหภูมิร่างกาย 37°C ชีพจร 66 /min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 140/66 mmHg NEWS score 0 คะแนน ไม่มีภาวะเสี่ยง SIRS สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 7 ของการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล/การประเมินผล
	กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm iv OD ต่อมาปรับเป็น ได้รับยา meropenem 1 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง ร่วมกับ colistin 150 mg. iv ทุก 12 ชั่วโมง ภายใน 6 ชั่วโมง แรก BP 120/82 มิลลิเมตรปรอท, ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย 82 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 90 /min, ปัสสาวะออก 80-120 ml/hr., NEWS score 5 คะแนน lactate ลดลงเหลือ 1.2 mmol/L ใน 12 ชั่วโมง.สามารถหยุดยา กระตุ้นการบีบตัวของหัวใจในวันที่ 2 ของการรักษา ใช้ ลดลงในวันที่ 10 ของการรักษา อุณหภูมิกายเหลือ 37.2 °C ชีพจร 90 /min อัตราการหายใจ 20/min ความดันโลหิต 121/74 mmHg NEWS score 2 คะแนน ไม่มี ภาวะเสี่ยง SIRS เสมหะลดลงเป็นใสเหนียว เม็ดเลือดขาว WBC ลดลงเหลือ 10,500 cells/mm³ neutrophil 70% ในวันที่ 10
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ภาวะแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากการอักเสบและคั่งของสารน้ำในปอด ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 อุณหภูมิกาย 38.4 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 54 ครั้งต่อนาที ใช้ กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ O₂ saturation 78% ฟังปอด 2 ข้างมีเสียง crepitation ภาพถ่ายรังสีพบ infiltration กรณีศึกษาที่ 2 หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ O₂ saturation 90% ขณะใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ฟังปอดได้ยินเสียง rhonchi และ crepitation ทั้ง 2 ข้าง วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่มีประสิทธิภาพ	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ การใช้ กล้ามเนื้อช่วยหายใจ 2. จัดท่าให้ศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 3. ดูแลให้หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา 4. ให้การพยาบาลขณะผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 5. เฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของผู้ป่วย 6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ประเมินความต้องการในการดูดเสมหะ 7. พลิกตะแคงตัว ทำ chest physiotherapy เพื่อระบายเสมหะ 8. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ และบริหารการหายใจแบบ diaphragmatic breathing 9. ประเมินสัญญาณชีพและความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล/การประเมินผล
เกณฑ์การประเมิน : หายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ	การประเมินผล กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 7 ของการรักษา หลังถอดท่อช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที หายใจสะดวกขึ้น ไม่ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ O₂ saturation 95% กรณีศึกษาที่ 2 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 17 ของการรักษา ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ขณะหายใจอากาศห้อง (room air) PaO₂ 95 mmHg จากผล Arterial blood gas เสี่ยงปอดปกติ ไม่มีเสียง rhonchi/crepitation เสมหะลดลง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : ใส่ท่อช่วยหายใจตั้งแต่แรกเริ่ม กรณีศึกษาที่ 2 ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกัน 17 วัน วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ,แผลกดทับบริเวณใบหน้าจากสายรัดท่อช่วยหายใจ	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ดูแลท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐาน 2. ทดสอบ cuff pressure ทุก 8 ชั่วโมง 3. ดูแลเสมหะด้วยเทคนิคปลดเชื้อ 4. ทำความสะอาดช่องปากทุก 4 ชั่วโมง แปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง 5. นอนหัวสูง 30-45 องศา เพื่อลดการสำลักและ VAP 6. ประเมินตำแหน่งท่อช่วยหายใจ stabilization เพื่อไม่ให้เลื่อนหลุด 7. ประเมินความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจ วางแผนหย่าเครื่องเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ การประเมินผล : กรณีศึกษาที่ 1 หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จในวันที่ 7 ไม่เกิดการติดเชื้อ VAP ไม่มีแผลกดทับบริเวณใบหน้าจากการใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีศึกษาที่ 2 หย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 17 ของการรักษา โดยไม่มีภาวะ laryngeal edema, stridor ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล/การประเมินผล
	ไม่มีอาการของ barotrauma และไม่พบอาการของ oxygen toxicity

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการพยาบาลระยะกึ่งวิกฤติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล/การประเมินผล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ ข้อมูลสนับสนุน : กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล มือจับที่สายออกซิเจนบ่อย กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยติดเตียง ใส่ท่อช่วยหายใจนาน วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ เกณฑ์การประเมินผล : การหายใจมีประสิทธิภาพ อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%	กิจกรรมการพยาบาล : 1. ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ โดยใช้ weaning protocol และประเมินหลังถอดท่อช่วยหายใจ 2. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา 5 ลิตรต่อนาที 3. ติดตามสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ 4. ประเมินอาการก่อนและหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ การประเมินผล : กรณีศึกษาที่ 1 หลังใส่ท่อช่วยหายใจ 6 วัน แพทย์พิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจ ฝึกผู้ป่วยหายใจเองทาง T-piece วันที่ 7 หลังใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยไม่เหนื่อย แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจได้เอง อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% กรณีศึกษาที่ 2 หลังใส่ท่อช่วยหายใจ 16 วัน แพทย์พิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจ ฝึกผู้ป่วยหายใจเองทาง T-piece วันที่ 18 ถอดท่อช่วยหายใจ และ on HFNC 50 LPM ผู้ป่วยไม่เหนื่อย วันที่ 20 ผู้ป่วยหายใจได้เอง อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการพยาบาลระยะฟื้นฟู

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล/การประเมินผล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม ข้อมูลสนับสนุน : กรณีศึกษาที่ 1 ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียงขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ อ่อนเพลีย ผู้สูงอายุ กรณีศึกษาที่ 2 ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียงขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ อ่อนเพลีย ผู้ป่วยติดเตียง วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้สามารถทำได้ตามปกติ เกณฑ์การประเมินผล : ร่างกาย ปากฟัน อวัยวะสืบพันธุ์สะอาด ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่เกิดการติดเชื้อเพิ่ม	กิจกรรมการพยาบาล : 1.ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตามความสามารถของผู้ป่วย 2.ดูแลความสะอาดร่างกาย สิ่งแวดล้อม การให้อาหาร 3.การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 4.ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ตาราง Braden scale ทุกเวอร์ 5.ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ตาราง Braden scale ทุกเวอร์ 6.ประเมินสภาพผิวหนังและเนื้อเยื่อทุกครั้งที่ทำ ความสะอาดหรือเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ใช้หมอนหรือที่รองนุ่มๆช่วยลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก หลีกเลี่ยงแรงเสียดสีจากการเคลื่อนย้ายหรือการ กางผ้าปูที่นอน ทาครีมหรือโลชั่นบำรุงผิวให้ชุ่มชื้น การประเมินผล : กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านกิจวัตรประจำวัน ร่างกายสะอาด ไม่มีแผลกดทับ กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านกิจวัตรประจำวัน ร่างกายสะอาด คะแนน Braden scale 14 คะแนน เริ่มมีแผลกดทับก้นกบระดับ 2 กว้าง 2 เซนติเมตร ยาว 2 เซนติเมตร ผิวหนังถลอก ใน วันที่ 10 ของการรักษา ให้การดูแลแผล จนแผล กดทับหาย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา ข้อมูลสนับสนุน : กรณีศึกษาที่ 1	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติให้เกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจในตัวพยาบาลกล้าพูดระบายความรู้สึก 2. ประเมินความวิตกกังวลของญาติโดยสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้าท่าทางและแบบประเมินความต้องการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล/การประเมินผล
ญาติสีหน้าวิตกกังวล ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาระหว่างให้การดูแล กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยระหว่างให้การดูแล วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ เกณฑ์การประเมินผล : ญาติให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและวางแผนการรักษา สีหน้าคลายกังวล	3. แสดงออกถึงความเข้าใจ ห่วงใย ในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ 4. เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและซักถามสิ่งที่วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรับฟังอย่างตั้งใจ 5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรักษาที่เป็นจริงในปัจจุบันและอธิบายซ้ำตามความเหมาะสม กรณีญาติไม่พร้อมรับข้อมูล 6. เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งญาติทุกครั้ง และติดต่อให้พบแพทย์เมื่อญาติมีความกังวล ต้องการตัดสินใจในการรักษา 7. อนุญาตให้ญาติ เพื่อนหรือบุคคลสำคัญเยี่ยมได้ตามเวลาที่เหมาะสม การประเมินผล : กรณีศึกษาที่ 1 บุตรสาวให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและร่วมวางแผนการรักษา สีหน้าคลายความวิตกกังวล กรณีศึกษาที่ 2 มารดาและภรรยา สลับกันดูแลผู้ป่วย และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ร่วมวางแผนการรักษา สีหน้าคลายความวิตกกังวล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำจากการพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน : กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ญาติกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ญาติหมั่นเวียนกันดูแล กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยติดเตียง ต้องอาศัยญาติในการดูแลผู้ป่วย และมารดากับภรรยาสลับกันดูแล มารดาอายุมาก	กิจกรรมการพยาบาล : 1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตามหลัก DMETHOD ดังนี้ D-Diagnosis อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินการของโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับ Community Acquire Pneumonia. M-Medication แนะนำการรับประทานยาและอาการข้างเคียง โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะรับประทานต่อเนื่องจนหมด E-Environment การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด หลีกเลี่ยงชุมชนแออัด และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน โดยเน้นการแยกผู้ป่วย การดูแล จัดการขยะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล/การประเมินผล
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจในการแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เกณฑ์การประเมินผล : ไม่เกิดการ Re admit ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วันหลังจำหน่าย	T-Treatment การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดเช่น ไข้สูง มีเสมหะ หายใจเหนื่อย H-Health การป้องกันการกลับเป็นซ้ำเช่น การล้างอาหาร การสัมผัสชุมชนแออัด การไอและการหายใจที่มีคุณภาพ O-Out patient การมาตรวจตามนัดหรือก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ D-Diet การรับประทานอาหารอ่อนๆ ดื่มน้ำอุ่น งดอาหารมันๆ 2. ช่วยค้นหาผู้ดูแลที่แท้จริง การประเมินผล : กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่มีอาการผิดปกติ และไม่เกิดการ Re-admit กรณีศึกษาที่ 2 ภรรยาและมารดาของผู้ป่วย สามารถหาผู้ดูแลประจำได้ ผู้ดูแลได้รับการสอนและเข้าใจ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีผลกดทับ ไม่พบการติดเชื้อดื้อยาเพิ่ม และไม่เกิดการ Re-admit

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถวิเคราะห์จะเห็นได้ว่ามีข้อวินิจฉัยที่พบร่วมกัน 6 ข้อ ข้อวินิจฉัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ปัญหาการติดเชื้อ ภาวะหายใจล้มเหลว ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และการขาดความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนื่องหลังจำหน่าย ซึ่งต้องอาศัยการประเมินอย่างครอบคลุม รวดเร็ว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการให้ความรู้ที่เหมาะสม¹¹ อย่างไรก็ตามพบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน แต่ยังมีผลแตกต่างทางผลลัพธ์ ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 2 พบภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ซึ่งสะท้อนให้เห็นความรุนแรงของการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงกว่า จนทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว และเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตและต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การทำงานของอวัยวะล้มเหลว (organ dysfunction) พบเฉพาะในกรณีศึกษาที่ 2 เช่นกัน อันเป็นผลมาจากภาวะช็อกติดเชื้อที่ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญเช่น ไต ตับ สมอง ทำให้การทำงานของอวัยวะเหล่านั้นเสียไป จนอาจนำไปสู่ภาวะ

ล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ (multi organ failure) ซึ่งเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ ปัญหาแผลกดทับ (pressure ulcer) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในกรณีศึกษาที่ 2 เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว นอนติดเตียงเป็นระยะเวลานาน จากประวัติสมองเสื่อม ประกอบกับมีภาวะติดเชื้อรุนแรงที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าปกติ ทำให้เกิดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงจนผิวหนังและเนื้อเยื่อถูกทำลาย ในที่สุด จะพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 2 มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมด้วย (hospital acquired infection) ซึ่งมักเกิดจากเชื้อดื้อยา ทำให้มีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงกว่า นำไปสู่ภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลว ระยะเวลาก่อนการเข้ารับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการรักษาล่าช้ากว่า 3 วันหลังมีอาการ ทำให้การแพร่กระจายเชื้อและการอักเสบเป็นไปอย่างรวดเร็ว เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน¹⁰ ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานของผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะสมองเสื่อม ติดเตียง เคลื่อนไหวได้น้อย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบจากการสำลักซึ่งเป็นปัญหาที่ไม่พบในกรณีศึกษาที่ 1

สรุปและอภิปรายผลการศึกษกรณีศึกษา 2 ราย

ปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤติที่มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วมเรื้อรัง กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการนำทฤษฎีความสุขสบายมาเป็นกรอบในการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและตอบสนองความต้องการในมิติต่างๆ ของผู้ป่วยได้ครบถ้วน นอกเหนือจากการรักษาและการพยาบาลตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น มีความพึงพอใจในการดูแล และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นคือหายจากโรคและจำหน่ายกลับบ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วย 2 รายพบประเด็นสำคัญดังนี้

ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรง และผลลัพธ์ทางคลินิก : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันทั้งในแง่ของอายุ โรคร่วม สาเหตุของการติดเชื้อ อาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะเวลาก่อนได้รับการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตอบสนองต่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อระดับความรุนแรงของโรค การพยากรณ์โรค และผลลัพธ์ทางคลินิกที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องนำมาพิจารณาในการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมเฉพาะราย

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป : ผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประเมินสุขภาพ จากการนำข้อมูลด้านต่างๆ มาวิเคราะห์เชื่อมโยงกัน ทั้งปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย โรคร่วม ลักษณะอาการทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประเมินแบบแผนสุขภาพพบว่า ข้อมูลเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยสะท้อนให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของการติดเชื้อและการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายทั้งระบบหายใจ ระบบไหลเวียน ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะช่วยให้สามารถวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและแม่นยำมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลที่แตกต่างกันตามสถานการณ์ผู้ป่วย : แม้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเดียวกันคือ ปอดอักเสบและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แต่ข้อวินิจฉัยและ

แผนการพยาบาลจะมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อดื้อยาและมีภาวะช็อก จะมีข้อวินิจฉัยและแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมถึงการแก้ไขปัญหาระบบไหลเวียนโลหิต อวัยวะที่ได้รับผลกระทบ ภาวะโภชนาการ และแผลกดทับที่เพิ่มเติมขึ้นมา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการทำงานของทีมสหวิชาชีพในการจัดการปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายให้ครอบคลุม เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วย 2 รายได้แสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีความซับซ้อนซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมองอย่างเป็นองค์รวม การประสานความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ตลอดจนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างครอบคลุม มีคุณภาพ ปลอดภัยและเป็นองค์รวม อันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ทั้งด้านอัตราการรอดชีวิต การลดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตหลังจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสหวิชาชีพควรมีการประสานงานเพื่อร่วมวิเคราะห์วางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทบทวนเคสติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปปรับกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น
2. ควรมีเอกสารแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเรื่องการดูแลเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง
3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือดในรูปแบบสหวิชาชีพ
4. การเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการประเมินและตอบสนองต่อภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว มีความสำคัญต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Beth MM, Elizabeth B. Managing sepsis and septic shock: Current guidelines and definitions. AJN 2018;118(2):34-9
2. จันจิรา กุญแก้ว. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 7(2), 22-29.
3. ปิยภัสรา หรืออินทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2567]; 6(1): 1-14. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/267501/182801>
4. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง). [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 11 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ayhosp.go.th/ayh/HA/miniconf/5.pdf>
5. อังคณา เกียรติมานะโรจน์,(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(9).27-43.
6. ประภัสสร พึ่งเกษม. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี.
7. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2567]; 7(1): 319-30. เข้าถึงได้จาก : 15
www.srth.go.th/home/research (Vol.1 NO.1 February-December, 2024) <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/220669/163023>
8. M. Gorden. Functional Health Patterns [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12]. Available from: https://currentnursing.com/theory/functional_health_patterns.html
9. นพพล ชูสร.โครงการการสร้างระบบประเมินระดับวิกฤติเพื่อสร้างแนวปฏิบัติ การแจ้งทีมแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการการรักษา ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thesecsi.net/SECSICMU/m_pdf/n2.pdf
10. ณัฐยา ระวิงทอง. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: กรณีศึกษา. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า.23-30
11. กนกพร เทียนคำศรี และธนพล บรรดาศักดิ์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์ คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(4), 347-355.