



รายงานกรณีศึกษา

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่য়ার่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ปาริชาติ ยีหาว, พย.บ

กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

E-mail : parichatyw@gmail.com

### บทคัดย่อ

#### สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 85 ปี มาโรงพยาบาล ด้วยภาวะปอดอักเสบรุนแรงที่ห้องฉุกเฉินแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้นอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมและได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตจนผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ตรวจเสมหะพบเชื้อ Acinetobacter Baumannii(MDR) ซึ่งเป็นเชื้อดื้อยา แพทย์ให้ยา Meropenem 1 gm และ Colistin 100mg ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง 14 วัน ติดตามผลเอ็กซ์เรย์ปอดซ้ำ ปอดดีขึ้น แต่ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 14 วัน แพทย์และญาติตัดสินใจให้ผู้ป่วยผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอ และให้ออกซิเจนผ่านหน้ากากสำหรับผู้ป่วยเจาะคอ และให้ย้ายมานอนพักที่หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมได้ ขณะที่นอนตักอายุรกรรมผู้ป่วยมีหัวใจเต้นผิดจังหวะแต่ไม่รุนแรง อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 64-96 ครั้ง/นาที แพทย์ดูแลเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ปรับยา warfarin ติดตามผลเลือด INR และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและผลข้างเคียงของยา warfarin ซึ่งไม่พบอาการผิดปกติ ระวังภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและผลข้างเคียงของยา warfarin ซึ่งไม่พบอาการผิดปกติ ขณะนอนโรงพยาบาลภาวะปอดอักเสบมีแนวโน้มดีขึ้น ฟังเสียงปอดไม่มีสิ่งผิดปกติ แต่พบปัญหาความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย มี Potassium ต่ำ ได้รับประทานยา E.KCl , มี Magnesium ต่ำ ได้ยา MgSo4 ทางหลอดเลือดดำ ติดตามผลเลือดซ้ำเกลือแร่ปกติ ผู้ป่วยมีท่อเจาะคอ มีเสมหะต้องดูดเสมหะบ่อย มีสายให้อาหารทางจมูก มีสายสวนคาปัสสภาวะ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจซ้ำ การติดเชื้อที่แผลเจาะคอ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะและเกิดข้อติดได้ ดูแลวางแผนการจำหน่ายสอนและฝึกปฏิบัติผู้ดูแลเรื่อง การล้างแผล การดูแลสายให้อาหาร การดูแลสายสวน คาปัสสภาวะ การดูดเสมหะอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ แนะนำการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประสานทีมสุขภาพชุมชนติดตามดูแลเคสต่อที่บ้าน ก่อนจำหน่ายไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้ป่วยหย่าออกซิเจนได้เป็นช่วงๆ ญาติและผู้ดูแลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามคำแนะนำ เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยทุกเลาได้ตามแผนการรักษาและจำหน่ายจากการดูแล วันที่ 16 สิงหาคม 2566 เวลา 11.58 น.รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 75วัน รวมระยะเวลาอยู่ในความดูแล36วัน

## บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) คือโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วยถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบซึ่งเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย สถานการณ์โรคปอดอักเสบในประเทศไทยปี จากข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 -2565 มีอัตรา และอัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2561 อัตราป่วย 429.26 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยต่ำสุดในปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วย 244.79 ต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ.2566) โรคนี้สามารถป้องกันได้ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยแต่ละปีมีจำนวนสูงขึ้น จากสถิติโรงพยาบาลตราดย้อนหลังพบว่าผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบจำนวน 164 , 279 และ 309 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยตายด้วยปอดอักเสบติดเชื้อ ปี 2564-2566 จำนวน 23,38 และ 39 รายตามลำดับ(ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลตราด , พ.ศ.2566) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรคปอดอักเสบ/ปอดอักเสบติดเชื้อถือเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการให้การรักษาอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อที่อยู่ร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

## โรคปอดอักเสบ/ปอดอักเสบติดเชื้อ

คือ โรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วยถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย อาการที่สำคัญ คือ ไข้ ไอ เหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจ อกบวม (chest retraction) จมูกบาน (nasal flaring) ฟังเสียงปอดอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือเสียงเหมือนขี้ฉวมไถลๆ (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำ หรือมูก (rhonchi) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร่วมด้วย

**ความสำคัญและความรุนแรงของการติดเชื้อ Acinetobacter baumannii** เชื้อ Acinetobacter baumannii เป็นแบคทีเรียที่ต้องการอากาศ ( Aerobic) ติดสีแกรมลบ (Gram negative) รูปร่างกลมรี (coccobacillus) พบได้ตามดินและแหล่งน้ำธรรมชาติ มักประจำถิ่นอยู่ในสถานพยาบาลเป็นเชื้อฉวยโอกาส เป็นสปอร์ที่ก่อโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ในบรรดา Acinetobacter spp. ทั้งหมดกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

**พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบ** พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบ/ปอดอักเสบติดเชื้อแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัว มีเม็ดเลือดแดง ไพบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาในแบคทีเรีย กินเวลา 24-46 ชั่วโมงหลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด

2. ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่ามีเม็ดเลือดแดงและไพบริน อยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้นทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรค ระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization) เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไพบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัวเล็กลง ระยะนี้กินเวลา 3 - 5 วัน

3. ระยะขจัดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคได้ เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบรินเม็ดเลือดขาว และหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไปหรือมีพังผืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมาก แต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ 5 วัน ผู้ใหญ่ 2 สัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน 6 สัปดาห์ ถ้าเกิน 6 สัปดาห์ ต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม เช่น มะเร็งปอดหรือหลอดลม เป็นต้น

#### สาเหตุการติดเชื้อปอดอักเสบ

- 1) การสำลักเชื้อที่สะสมรวมกลุ่มอยู่บริเวณทางเดินหายใจส่วนบน
- 2) การหายใจนำเชื้อที่อยู่ในอากาศในรูปละอองฝอยขนาดเล็ก (droplet nuclei) เข้าสู่ปอดโดยตรง
- 3) การแพร่กระจายของเชื้อตามกระแสเลือดทำให้เกิดปอดอักเสบจากเชื้อที่ก่อโรคในอวัยวะอื่น
- 4) การแพร่เชื้อจากมือของบุคลากรทางการแพทย์
- 5) การทำหัตถการบางอย่าง เช่น bronchoscopy การดูดเสมหะที่ไม่ระวังการปนเปื้อน
- 6) การได้รับเชื้อผ่านทางละอองฝอยของ nebulizer ที่ไม่สะอาด หรือมีน้ำขังอยู่ในท่อของเครื่องช่วยหายใจ

#### อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ/ปอดอักเสบดื้อยา

1. ไข้ ไอ หายใจเร็วอาจมีอาการหอบ หายใจลำบาก มี chest retraction, nasal flaring หรืออาการอื่นของภาวะหัวใจล้มเหลว ฟังเสียงปอดอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบอาจได้ยินเสียง rhonchi ร่วมด้วยในกรณีที่พยาธิสภาพเป็นแบบ consolidation อาจได้ยินเสียง bronchial
2. อาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการปากเขียว ตัวเขียว ส่วนในรายที่เป็นไม่มากอาจไม่มีอาการหอบเหนื่อยชัดเจน
3. อาการไอ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆไม่มีเสมหะ แล้วต่อมาจะมีเสมหะขาวหรือขุ่นข้น ออกเป็นสีเหลืองสีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปน
4. อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บแปลบเวลาหายใจเข้าหรือเวลาที่ไอแรงๆ ตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สีข้าง หรือท้อง ต่อมาจะมีอาการหายใจหอบเร็ว
5. ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้และเบื่ออาหาร อาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วย
6. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น หรือโรคหวัดนำมาก่อนแล้วจึงมีอาการไอ หายใจหอบตามมา โดยเฉพาะที่เกิดจากเชื้อ Streptococcus pneumoniae หรือเชื้อ Hemophilus influenzae
7. อาจมีอาการซึม สับสน
8. ในรายที่เป็นปอดอักเสบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้ออื่นๆ จะมีอาการของโรคติดเชื้อนั้นๆ ร่วมด้วย เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัด อีสุกอีใส ไกกรน สดศรีบไทฟัส โรคฉี่หนู เป็นต้น

#### การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ/ปอดอักเสบดื้อยา แพทย์สามารถวินิจฉัยได้จาก

1. อาการแสดงคือ มีไข้ ไอเจ็บหน้าอกและหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญ ของโรคนี้
2. การตรวจร่างกายการใช้เครื่องตรวจฟังเสียงปอดจะพบว่ามีเสียงดังกรอบแกรบหรือมีเสียงหายใจเบากว่าปกติ
3. การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ปอด เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุซึ่งแพทย์จะเลือกตรวจตามความเหมาะสมตามความจำเป็น หรือตามดุลยพินิจของแพทย์

## การรักษาโรคปอดอักเสบ/ปอดอักเสบดื้อยา

การรักษาการติดเชื้อ Acinetobacter baumannii ดื้อยา

1. การให้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน 4 - 6 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ แพทย์ควรพิจารณา ให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง เนื่องจากทุกๆ 1 ชั่วโมงของการให้ยาต้านจุลชีพช้าจะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงร้อยละ 8 ดังนั้นการเลือกให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและรวดเร็ว จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการรอดชีวิต การติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital acquire pneumonia) และการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia) อ้างอิงตามแนวทางการรักษาตาม 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Disease Society of America and American Thoracic Society

2. การรักษาทั่วไป ได้แก่ ให้สารน้ำให้เพียงพอ ให้ออกซิเจนในรายที่มีอาการเขียว หายใจเร็ว หอบ กระวนกระวายหรือซึม ให้ยาขยายหลอดลมในรายที่ได้ยินเสียง wheeze หรือ rhonchi ทำกายภาพบำบัด ทรวงอกเพื่อช่วยให้เสมหะถูกขับออก ใส่ท่อหลอดลมและเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว หรือหยุดหายใจ

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ/ปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นการให้การพยาบาลเชิงรุกที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างครอบคลุมสามารถแบ่งได้ 4 ระยะ (เพชรรุ่ง อธิรัตน์, 2562) ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยแรรีบก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ได้แก่ 1.1) การดูแลระบบทางเดินหายใจ การประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการ และอาการแสดงของการหายใจ อัตราการหายใจ โดยการบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว 1.2) การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต 1.3) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอต่อการรักษา 1.4) ประเมินผิวหนังกลายเป็นจ้ำเขียว ปลายมือปลายเท้าเย็นซิดประเมิน capillary refill 1.5) ติดตามปริมาณน้ำ เข้า - ออกร่างกาย โดยให้ปริมาณปัสสาวะให้ออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ ได้แก่ 2.1) การดูแลป้องกันการติดเชื้อ โดยให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ การล้างมือให้สะอาด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ลิ้น ลดการติดเชื้อในปาก ล้างคอ ลดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดตามอาการของการติดเชื้อ วัดอุณหภูมิร่างกาย ติดตามผลการเก็บส่งตรวจ ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้ เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส 2.2) การดูแลเกี่ยวกับภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและโภชนาการ ดูแลให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะเสียน้ำและโซเดียมจากไข้เสียเหงื่อมาก จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเป้าหมาย

3. การพยาบาลระยะต่อเนื่อง 3.1) การดูแลด้านจิตสังคม จัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น ลดเสียงให้น้อยที่สุด จัดหาปฏิทินนาฬิกาที่สามารถมองเห็นได้ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวลแสดงความเห็นอกเห็นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกันตามลำพังแสดงความเห็นอกเห็นใจในกัน 3.2) การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย และความก้าวหน้าของโรค จัดทำให้เสมหะออกง่าย กระตุ้นเปลี่ยนท่าทุก 1-2 ชั่วโมง สอนให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวดี แนะนำให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 2000-3000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยเฉพาะในรายที่มี ไข้สูงให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นทีละน้อย แล้วเพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อย ๆ ในรายที่ต้องจำกัดกิจกรรม เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้ออกกำลังกายและ

ฝึกทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองต่อครอบครัว 3.3) ดูแลป้องกันการเกิดปอดอักเสบด้วยยา  
ฆ่าเชื้อ 1) ล้างมือตาม 5 กิจกรรมขณะดูแลผู้ป่วย 2) ดูแลเสมหะโดยใช้สายดูดเสมหะปราศจากเชื้อ การดูด  
เสมหะด้วยเทคนิคปลอดเชื้ออย่างนุ่มนวลจะช่วยลดการบาดเจ็บ และการติดเชื้อได้ 3) ป้องกันการสำลักจาก  
การให้อาหารสายยาง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งจะช่วยลดการไหลย้อนกลับของอาหารได้ หากไม่มีข้อห้ามจัดหัว  
เตียงขึ้นทำมุม 30-45 องศา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและสายให้อาหาร ทดสอบว่า  
สายให้อาหารอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยการฟังเสียง bowel sounds  
สังเกตปริมาณอาหารที่มีค้างอยู่ในกระเพาะอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด regurgitation

**4. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน** 4.1) ประเมินความรู้ ประสพการณ์ในอดีตของ  
ผู้ป่วย และปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้งประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่  
ยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา 4.2) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการการเกิดโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง  
อาการ และอาการแสดงการรักษา การดูแลตนเอง

ปัจจุบันผู้ป่วยสูงอายุที่มีปอดอักเสบติดเชื้อจำนวนมากที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและมีปัญหาหยา  
เครื่องช่วยหายใจไม่ได้ ต้องเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอกลับบ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่  
ใส่ท่อหลอดลมคอกลับบ้าน ผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นต้องเรียนรู้ ถึงวิธีการดูแลท่อหลอดลมคอและการปฏิบัติ  
ตัวที่ถูกต้อง เพื่อฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยเจาะคอ  
ประกอบด้วยดูแลหลักๆดังนี้

1. การดูดเสมหะ ควรดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสียงครืดคราด หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการโดยเฉพาะ 24 - 48  
ชั่วโมงแรกของการเจาะคอ อาจจำเป็นต้องดูดทุก 15-30 นาที และการดูดเสมหะใช้เวลาดูดในท่อ 5-10 วินาที  
เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

2. การทำแผล .การทำแผลควรทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งโดยทำ เช้า - เย็น หรือทุกครั้งที่มีผ้าปิดแผล  
เปียกชื้น ถ้าเชือกผูกท่อเปื้อนครวเปลี่ยนให้ด้วย โดยมีหลักการคือ ควรผูกสายใหม่ให้เสร็จก่อนตัดสายเก่าออก  
เพื่อกันท่อหลุด และผูกเชือกให้ปมอยู่ด้านข้างของลำคอ เพื่อกันอาการเจ็บจากการนอนทับปมการผูก ไม่ควร  
ให้แน่นมาก ให้สามารถสอดนิ้วผ่านได้ 1 นิ้ว และผูกเงื่อนตายเสมอ

3. การทำความสะอาดท่อหลอดลมชั้นใน ถอดท่อหลอดลมคอชั้นในล้างน้ำหรือน้ำสบู่อ่อนๆ ในกรณี  
เสมหะเหนียวสามารถใช้แปรงขนนิ่มขัดเสมหะได้ แต่ควรระวังไม่ให้โลหะของแปรงขูดท่อ นำท่อหลอดลมคอ  
ชั้นในโลหะ ต้มในหม้อที่มีน้ำเดือดแล้วนาน 30 นาที รินน้ำออกให้มากที่สุด รอให้ท่อหลอดลมชั้นในเย็น แล้ว  
จึงจับท่อเฉพาะส่วนหัว โดยไม่โดนแกนท่อชั้นในสลับท่อให้แห้งสนิทก่อน แล้วจึงใส่ท่อหลอดลมคอชั้นในกลับ  
ให้ผู้ป่วย

#### **ภาวะหัวใจหัวใจเต้นผิดจังหวะ**

หัวใจเต้นผิดจังหวะ Atrial Fibrillation หรือ AF คือ การที่หัวใจเต้นเร็วและมีจังหวะที่ไม่สม่ำเสมอ  
ในระหว่างที่เป็น AF หัวใจสองห้องบนจะเต้นไม่สม่ำเสมอและเป็นคนละจังหวะกับหัวใจทั้งสองห้องล่าง ทำให้  
การบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ มักมีอาการใจสั่น หายใจไม่ทัน และร่างกายอ่อน  
แรง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด ทำให้เกิดหลอดเลือดสมองแตก หัวใจล้มเหลว  
และโรคหัวใจอื่นๆ ตามมา การที่หัวใจเต้นเร็วและมีจังหวะที่ไม่สม่ำเสมอ เพราะกระแสไฟฟ้าที่กำหนดจังหวะ  
การเต้นของหัวใจ มีปัญหาคล้ายๆ กับระบบไฟฟ้าของปั๊มที่มีไฟกระตุก หัวใจเรามีห้องอยู่ 4 ห้อง สองห้องบน  
และสองห้องล่าง ในห้องขวาบนมีกลุ่มเซลล์ชนิดหนึ่งที่เรียกว่า Sinus node (SA โหนด) ที่ทำหน้าที่ส่ง  
กระแสไฟฟ้าให้หัวใจสองห้องบนเริ่มเต้น ซึ่งกระแสไฟฟ้าจะเดินทางผ่านกลุ่มเซลล์ที่เรียกว่า Atrioventricular  
node (AV โหนด) ที่อยู่ระหว่างหัวใจสองห้องบนและสองห้องล่าง ซึ่งกลุ่มเซลล์นี้ ทำหน้าที่ส่งให้หัวใจสอง

ห้องล่างเริ่มต้น ในขณะที่เป็น AF กระแสไฟฟ้าที่ถูกส่งมาจะไม่มีระเบียบ และมีจำนวนเยอะมาก ทำให้หัวใจห้องบนเต้นไม่เป็นจังหวะ รวดและเร็ว พอสัญญาณไฟฟ้าที่มีมากกว่า 350 ครั้งต่อนาที ถูกส่งไปยังสองห้องล่างผ่าน AV โหนด ก็จะเจอปัญหาขึ้นที่สอง เพราะ AV โหนด ไม่สามารถรับสัญญาณไฟฟ้าที่ถูกส่งมาได้ทั้งหมด เนื่องจากสามารถรับได้แค่ 200 ครั้งเท่านั้น AF เป็นภาวะที่เกิดจาก ความผิดปกติของหัวใจโดยธรรมชาติ บางคนอาจใช้ชีวิตโดยไม่รู้ว่ามีภาวะนี้อยู่ แต่ในกลุ่มที่มีอาการ AF สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) จากการกระตุ้นภายนอก
- 2) จากความผิดปกติของหัวใจอื่นๆ
- 3) มีภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว AF

### การรักษาจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ( AF ) มีการรักษา 2 วิธี

1.การรักษาด้วยการใช้ยา การใช้ยาด้าน AF มีหลายขนานซึ่งจะมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกันและมีผลข้างเคียง ต่างกัน

2.การรักษาด้วยการใช้คลื่นวิทยุ รักษาด้วยการใช้คลื่นวิทยุจี้บริเวณที่ผิดปกติในหัวใจ ซึ่งวิธีนี้มีความก้าวหน้ามาก ทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนลดลง

### การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ(AF)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และได้รับยารักษาในคลินิกการพยาบาล จำเป็นต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมินอาการและอาการแสดงที่ บ่งบอกว่าผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือทั้งจากภาวะของโรคที่หัวใจเต้นผิดจังหวะเอง หรือจากภาวะแทรกซ้อนจากการรับยารักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันท่วงที โดยพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลรักษา การให้การพยาบาลเบื้องต้นที่จำเป็นซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยรวมถึงสามารถนำความรู้มาวางแผนการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความวิตกกังวล มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปลอดภัย และมีความสุข

### ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล : 2 มิถุนายน 2566      จำหน่ายจากโรงพยาบาล 16 สิงหาคม 2566

วันที่รับไว้ในความดูแล : 12 กรกฎาคม 2566      จำหน่ายจากความดูแล 16 สิงหาคม 2566

รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 75 วัน รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 36 วัน

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

#### ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 85 ปี น้ำหนัก 70 ความสูง 172 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 23.66 ปกติ

หนังศีรษะศีรษะ ใบหน้า ลำคอ มีผมหงอกมากกว่าผมดำ กะโหลกศีรษะได้รูป ใบหน้าและอวัยวะบนใบหน้าสมส่วนและสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่บวม ไม่มี Facial palsy หนังตาไม่บวม ไม่ตก เปลือกตาไม่มีการอักเสบหรือก้อนบวม ลูกตาปกติเยื่อตาไม่ซีด จมูกรูปร่างปกติไม่คด ใสสายให้อาหารทางจมูก เบอร์ 16 ไว้ที่จมูกข้างซ้าย คอ on tracheostomy tube ( ใส่ท่อหลอดลมคอพลาสติก) ให้ออกซิเจนผ่าน หน้ากากสำหรับใส่ท่อหลอดลมคอแบบพลาสติก (Tracheostomy Tube ) 5 ลิตร/นาที่

ระบบทางเดินหายใจ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง /นาที่ ( ใส่ท่อ หลอดลมคอพลาสติกได้รับออกซิเจนผ่านหน้ากาก 5 ลิตร /นาที่ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98%)

ระบบประสาทการรับรู้ รับรู้สื่อสารเข้าใจ พูดเป็นคำได้

กล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อและกระดูกมีการเคลื่อนไหวปกติกระดูกสันหลังตรง

ระบบทางเดินอาหาร ท้องไม่อืด ท้องไม่ผูก ถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่เคยถ่ายอุจจาระเป็นเลือด



ผิวหนังและเล็บ ผิวหนังมีความตึงตัวดี เล็บมือและเล็บเท้าสะอาด

ระบบทางเดินปัสสาวะ อวัยวะเพศชายรูปร่างปกติ ไส้สายสวนคาปัสสาวะเบอร์ 16 ว่างมีปัสสาวะสีเหลือง จำนวน 300 มิลลิลิตร

ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไทรอยด์ที่คอไม่โต ไม่เคยมีประวัติชักจากน้ำตาลในเลือดต่ำ

**การตรวจพิเศษ**

ผลเอ็กซเรย์ปอด : วันที่ 2 มิถุนายน 2566มี RUL infiltration หมายถึง ปอดข้างขวาด้านบนมีน้ำ

คั่งค้างอยู่ในถุงลมปอด

วันที่ 6 มิถุนายน 2566 patchy infiltration มีของเหลวที่ปอดเล็กน้อย

วันที่ 8 สิงหาคม 2566 +infiltration ยังมีปอดอักเสบ

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วันที่ 2 มิถุนายน 2566พบ AF (Atrial Fibrillation ) คือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ							
สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลตรวจ					แปลผล
		2 มิ.ย.66	5 มิ.ย.66	7 มิ.ย.66	8 มิ.ย.66	29 มิ.ย.66	
WBC	4.6-10.6	13.5	14.7	12.9	13.3	17.7	สูงกว่าปกติ
	10 <sup>3</sup> /ul	10 <sup>3</sup> /ul	10 <sup>3</sup> /ul	10 <sup>3</sup> /ul	10 <sup>3</sup> /ul	10 <sup>3</sup> /ul	
monocyte	3.1-9.8%	-	-	13.2%	-	-	สูงกว่าปกติ
Neutrophils	43.7-70.9%	80%	-	73.2%	77.1%	11.3%	สูงกว่าปกติ
HCT	40-50.8%	-	-	-	-	36.5%	ต่ำกว่าปกติ
<b>วิเคราะห์ผล</b>							
CBC พบเม็ดเลือดขาว WBC สูงกว่าปกติเกิดจากภาวะที่มีการอักเสบติดเชื้อในร่างกายที่พบบ่อยคือการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส Monocyte Neutrophil สูง แสดงถึงมีการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกายร่างกายจึงสร้างเม็ดเลือดขาวชนิดนี้มาป้องกันการติดเชื้อ เชื้อส่วนมากที่พบคือ แบคทีเรีย ไวรัสและเชื้อรา							
สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลตรวจ		แปลผล			
		2 มิ.ย.66	8 มิ.ย.66				
-Sputum Gram strain	Not found	Few epithelium cell	-	มีการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา			
-Sputum culture	No Growth	No growth	Moderate Acinetobacter baumannii(MDR)				

**วิเคราะห์ผล**

เชื้อ Acinetobacter baumannii เป็นแบคทีเรียแกรมลบ มีรูปร่างกลมท่อน (coccobacilli) เป็นแบคทีเรียก่อโรคที่เป็นเชื้อฉวยโอกาสและเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีความเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงหรือมีแผลไฟไหม้



สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลตรวจ				แปลผล
		2 มิ.ย.66	7 มิ.ย.66	9 มิ.ย.66	13 มิ.ย.66	
BUN	8-20 mg/dl	40.2 mg/dl	41 mg/dl	21 mg/dl	26.3 mg/dl	สูงกว่าปกติ
Creatinine	0.72-1.18 mg/dl	1.52 mg/dl	-	-	-	สูงกว่าปกติ
GFR	90-120	40.86	-	-	-	ต่ำกว่าปกติ

  

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลตรวจ			แปลผล
		29 มิ.ย.66	30 มิ.ย.66	13 ก.ค.66	
BUN	8-20 mg/dl	50.9 mg/dl	45.1 mg/dl	24.1 mg/dl	สูงกว่าปกติ
Creatinine	0.72-1.18 mg/dl	1.06 mg/dl	3.69 mg/dl	-	สูงกว่าปกติ
GFR	90-120	-	14.09	-	ต่ำกว่าปกติ

**วิเคราะห์ผล**

Bun สูง (ค่าปกติ 8 -20 mg/dl) ผู้ป่วยมีค่า Bun สูงกว่าปกติจะบ่งบอกถึงปริมาณไนโตรเจนในกระแสเลือด ซึ่งเป็นของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญโปรตีนในร่างกายซึ่งจะสะท้อนการทำงานของไตได้ค่าที่สูงเกินไปจะบ่งบอกว่าไตเริ่มทำหน้าที่บกพร่อง Creatinine สูง ผู้ป่วยมีค่าสูงกว่าปกติเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงผลกระทบจากยาบางชนิด ปัญหาสิ่งอุดตันในทางเดินปัสสาวะ ภาวะกรวยไตอักเสบ

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis) : Pneumonia due to multi drug resistance





ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)						
สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลตรวจ				แปลผล
		2 มิ.ย.66	8 มิ.ย.66	15 ก.ค.66	19 ก.ค.66	
PT	1.9-13.1 seconds	61.1	26.8	26.1	65.5	สูงกว่าปกติ
INR		2.3	-	-	5.84	สูงกว่าปกติ
สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลตรวจ				แปลผล
		21 ก.ค.66	24 ก.ค.66	31 ก.ค.66	8 ส.ค.66	
PT	1.9-13.1 seconds	17.7	34.9	34	26.8	สูงกว่าปกติ
INR		3.02	3.035	2.954	2.36	สูงกว่าปกติ

**วิเคราะห์ผล**  
 ผู้ป่วยมีค่า PT=26-66.5 สูงกว่าปกติคือเลือดใช้เวลา นานกว่าจะเป็นลิ่มเลือดพบได้ในภาวะโรคตับขาดวิตามินเคและพบได้ในผู้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด( ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติใช้ยาละลายลิ่มเลือด)

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Pneumonia due to Multi drug resistance ( ปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา)  
 สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ( แผนการพยาบาลระยะต่อเนื่อง )  
 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบติดเชื้อ  
 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสหัวใจล้มเหลวจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ  
 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย  
 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง  
 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน  
 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากรับประทานยาละลายลิ่มเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ  
 2. ผลภาพถ่ายรังสีปอดพบ infiltration both lung  
 3. on Tracheostomy tube ยังมีเสมหะมาก ไม่สามารถไอขับเสมหะออกเองได้

วัตถุประสงค์ ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

### เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. อัตราการหายใจไม่เกิน 20 ครั้ง / นาที
3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95-100%
4. ฟังปอดไม่มีเสียง weezing ทางเดินหายใจโล่ง เสมหะน้อยลง ไม่เหนียว ไม่มีสี
5. ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียว ประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดทุก 2 ชั่วโมง
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง
3. ฟังเสียงปอดเป็นระยะเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดเลือด
4. ดูแลดูแลเสมหะ ให้ทางเดินหายใจโล่งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรับออกซิเจน พร้อมทั้งสังเกตจำนวน สี ลักษณะของเสมหะ บันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้ง
5. พยายามขยายหลอดลม Buradual 1 ครั้งเมื่อมีอาการเหนื่อย ให้เสมหะอ่อนตัวดูออกง่ายขึ้น
6. สังเกตลักษณะสี กลิ่นและปริมาณของเสมหะว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว
2. อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที
3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดวัดจากปลายนิ้ว 95-100%
4. เสมหะน้อยลง ไม่มีสี ไม่เหนียว ดูออกได้ง่าย

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสหัวใจล้มเหลวจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ข้อมูลสนับสนุน มีประวัติหัวใจเต้นเร็ว 130-180 ครั้ง/นาที (วันที่ 3 มิ.ย.66)

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขณะนอนโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล ไม่พบอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ หัวใจเต้นผิดจังหวะ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ได้แก่ อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ
2. ติดตามการเต้นของหัวใจเพื่อดูการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ
3. ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบนเตียงเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
4. ดูแลให้ได้รับยา Amiodarone 150 mg ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา
5. ติดตามประเมินผล ชีพจร และผล ECG ภายหลังผู้ป่วยได้รับยา

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอกนอนราบไม่ได้ หัวใจเต้นผิดจังหวะ



**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

**ข้อมูลสนับสนุน** 1.ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (13 ก.ค.66) Sodium 134.8 mmol/L ต่ำกว่าปกติ

Potassium 2.75 mmol/L ต่ำ chloride 94 mmol/L ต่ำ Magnesium 1.3 mg/dl ต่ำ

**วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยมีความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. Na=136-146 mmol/L K=3.5-5.1 mmol/L Cl=101-109 mmol/L choline = 101-109 mmol/L Mg=1.8-2.6 mg/dl
3. ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง กระตุก คลื่นไส้ อาเจียน
4. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน

**กิจกรรมการพยาบาล**

- 1.ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามอาการหลังได้รับยา
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารครบตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการผิดปกติ อาการคลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระตุก
4. ดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและฟันเพื่อให้ปากสะอาด ช่วยลดอาการปากแห้งและดูแลให้ญาติป้อนน้ำระหว่างมื้อ 50 ซีซีตามแผนการรักษา

**ประเมินผลการพยาบาล**

- 1.ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 16 ก.ค.2566 sodium=132.3 mmol/L Potassium 4.14 mmol/L chloride 96 mmol/L Magnesium 2.1 mg/dl
- 2.ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ รู้สึกตัวดี ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง กระตุก

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยสูงอายุ ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง

**วัตถุประสงค์** 1. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

2. ไม่พบแผลกดทับบริเวณผิวหนังไม่พบรอยแดงหรือรอยฟกช้ำตามปุ่มกระดูก

**เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่พบแผลกดทับบริเวณผิวหนังไม่พบรอยแดงหรือรอยฟกช้ำตามปุ่มกระดูก

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับMEWSforpressure injury prevention ภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับผู้ป่วย โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลงกระสับกระส่าย ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้

2. ประเมินซ้ำในรายที่มีความเสี่ยงเมื่อการรับรู้ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง หรือประเมินซ้ำบ่อยๆและบันทึกผลการประเมิน

3. ดูแลพลิกตะแคงตัว และเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ในรายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้โดยจัดให้ตะแคงซ้าย ตะแคงขวา นอนหงาย นอนคว่ำกึ่งตะแคงสลับกันไปตามความเหมาะสม ควรใช้หมอนรอง หรือ ใช้ฟ้านุ่มๆรองบริเวณที่กดทับ หรือปุ่มกระดูก เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับ



4. ดูแลทำความสะอาดผิวหนัง ใช้น้ำอุณหภูมิปกติ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น ในผู้สูงอายุที่มีผิวหนังบางผิวขาดง่ายไม่ควรเช็ดตัวแรง และทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล
  5. ดูแลใช้โลชั่นหรือสารให้ความชุ่มชื้นผิวหนังสารที่มีคุณสมบัติ เคลือบผิวหนังเพื่อป้องกันการสัมผัสกับความเปียกชื้น
  6. ดูแลที่นอน ผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้งเรียบตั้งอยู่เสมอ
  7. ควรใช้ที่นอนที่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ที่นอนลม ที่นอนน้ำ เพื่อลดแรงกดเฉพาะที่
  8. ใช้ผ้ารองยกในการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสียดสี
  9. ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้สะอาดและแห้งไม่อับชื้น เพราะถ้าผิวหนังเปียกชื้นหรือร้อนจะทำให้เกิดแผลเปื่อยผิวหนังถลอกง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะหลังทำความสะอาดต้องซับให้แห้ง และเมื่อพบว่าผิวหนังแห้งแตกควรทาครีมหรือโลชั่นทาผิว
  10. ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสมเพื่อให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และผิวหนังแข็งแรง การไหลเวียนของโลหิตดี
  11. ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรตีนจำเป็นอย่างมากต่อผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
  12. อธิบายให้คำแนะนำรวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
  13. ประเมินรอยแดงตามร่างกายและลงบันทึกทุกวัน ในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
  14. เขียนลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกครั้งที่พบแผลหรือมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ให้บันทึกวันเดือนปี ตำแหน่งที่เกิดรอยแดง ระดับ ขนาด เพื่อประเมินเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ
- ประเมินผลการพยาบาล
1. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ
  2. ไม่พบแผลกดทับบริเวณผิวหนังไม่พบรอยแดงหรือรอยฟกช้ำตามปุ่มกระดูก

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** มีโอกาสกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ญาติซักถามอาการทุกครั้งโดยมีสีหน้ากังวลเมื่อพยาบาลมาให้การพยาบาล

- วัตถุประสงค์
1. ญาติเข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา
  2. ญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ให้ความร่วมมือในการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยโดยอธิบายหรือเพิ่มความกระจ่างในเรื่องแนวทางการรักษาตอบคำถามตามความเหมาะสมในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการรักษาประสานให้คุยกับแพทย์โดยตรงได้
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าจะได้รับการพยาบาลอย่างตั้งใจสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยและดูแลอย่างใกล้ชิด มีสีหน้ากิริยาเป็นมิตร
3. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลผลการพยาบาล
4. เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกและมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อแผนการรักษาของแพทย์
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ
6. ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังนี้  
M ( Medication ) อธิบายเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับให้ญาติรับทราบแนะนำอุปกรณ์ในการบำบัดยา

และปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้ป่วยรับประทานยา Warfarin 3 mg 1 เม็ดก่อนนอน ทุกวัน แนะนำรับประทานยาตรงเวลา สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีจุดเลือดออก มีจ้ำเลือดตามร่างกายให้มาปรึกษาแพทย์

E (Environment & Economic) จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เป็นระเบียบ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม จัดกันเตียงที่แข็งแรงใช้งานได้ดี แนะนำเรื่องการทิ้งขยะอย่างถูกวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

T (Treatment) อธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบแผนการรักษาฟื้นฟูการกระตุ้นกล้ามเนื้อ Passive Exercise และการจัดยาให้ตามเวลาที่ถูกต้อง แนะนำโดยเภสัชประจำหอผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลเข้าระบบ COC เพื่อให้เวชกรรมสังคมเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการและช่วยเหลือ

H (Health) การพักผ่อนเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง ฝึกทำกายภาพบำบัด อย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน

O (Outpatient Referral) แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังกลับบ้าน มีนัด 12 กันยายน 2566 แนะนำเบอร์ติดต่อรถ อบจ. เพื่อรับผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและแจ้งเบอร์ 1669 ในการเรียกรถฉุกเฉินรับมาโรงพยาบาล

D (Diet) ส่งญาติเรียนทำอาหารสายยางที่แผนกโภชนาการ และฝึกสอนการให้อาหารสายยาง ประเมินผลการพยาบาล

1. ญาติเข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการพยาบาลไม่มีสีหน้าวิตกกังวล
3. ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามที่ฝึกสอนได้ถูกต้อง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากรับประทานยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติ AF รับประทานยา Warfarin 3 mg 1 เม็ด ก่อนนอนทุกวัน.

2. ผล lab PT 61.4 sec INR 5.46 ( 02 มิ.ย.2566)

วัตถุประสงค์ ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย และไม่มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล ไม่พบจุดเลือดออกตามร่างกาย ผล PT INR อยู่ในเกณฑ์ตามแผนการรักษาของแพทย์ กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้การพยาบาลที่นุ่มนวล ระมัดระวังการกระทบกระแทก ดูแล bleeding precaution
2. ติดตามภาวะ active bleeding ตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย เช่น อาเจียนเป็นเลือด มี gastric content เป็น coffee ground ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด หากมีให้รีบแจ้งแพทย์
3. ดูแลเสมหะด้วยแรงดันให้อยู่ในช่วง 80-120 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันภาวะเสมหะเป็นเลือด
4. ติดตามค่าผลlab PT APTT INR เป็นระยะๆ
5. ดูแลตรวจวัดสัญญาณชีพผู้ป่วยเป็นระยะ และติดตามระดับความรู้สึกตัวว่า มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากมีอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทราบ

ประเมินผลการพยาบาล 1. ไม่พบเลือดออกตามอวัยวะต่างๆของร่างกายและไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

2. ผลตรวจห้องปฏิบัติการ PT=26.8 seconds INR=2.3.6

3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพปกติ

การนำไปใช้ประโยชน์

ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดี้อย่าสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดี้อย่าที่ได้รับการดูแลให้การพยาบาลตามมาตรฐาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปอดอักเสบไม่พบภาวะแทรกซ้อน และนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ต่อไป

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)



เชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่อยาร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 1 ราย วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 2 มิถุนายน 2566 รับไว้ในความดูแล วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 เวลา 08.00 น. วันที่จำหน่ายจากการดูแล วันที่ 16 สิงหาคม 2566 เวลา นอนโรงพยาบาล 75 วัน รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 36 วัน

เชิงคุณภาพ ผู้ป่วย มาโรงพยาบาลด้วยมีปอดอักเสบรุนแรงอยู่ในภาวะวิกฤติ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับการรักษาโรคปอดอักเสบติดเชื้อที่อยาร่วมกับมีหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต อาการดีขึ้น และมีปัญหาเกลือแร่ในร่างกายต่ำ รับการแก้ไขจนเกลือแร่ปกติ ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจตั้งแต่แรกเริ่ม หลังนอนนานเกิน 14 วันถอดเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ จึงได้รับการเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอพลาสติกและเปลี่ยนเป็นแบบเหล็ก ได้รับออกซิเจนผ่านหน้ากากให้ออกซิเจนสำหรับผู้ป่วยเจาะคอ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับสหวิชาชีพ ปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจำหน่ายทุเลากลับบ้านได้



### เอกสารอ้างอิง

- จรรยา พันธุ์วิทยากุล, จิราพร มณีพราย. ( 2561) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. *วารสารกองการพยาบาล* (1):86-104.
- เพชรรุ่ง อัฐรัตน์. (2563) การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (พิมพ์ครั้งที่ 2) *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, บรรณาธิการ. (2556) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผันแปรของ ออกซิเจน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กรุงเทพฯ . 80-87.
- อุไร มิตรปราสาท.(2020).การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย,ปีที่ 5 ฉบับที่ 4. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252892>
- อุ้นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรณษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. กรุงเทพฯ: