การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา

ภัสรา สมใจเพ็ง*

บทคัดย่อ

ปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่สำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส หรือเชื้อรา สาเหตุของโรคจะมีความแตกต่างกัน ในแต่ละกลุ่มอายุและสภาพแวดล้อม โดยร่างกายจะได้รับเชื้อผ่านทางระบบทางเดินหายใจ ในผู้สูงอายุที่มีภูมิต้านทานต่ำ หรือมีโรคร่วม มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบสูงมาก เช่น การหายใจลำบากเฉียบพลัน การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ50 ในผู้สูงอายุอาการและอาการแสดงอาจไม่ชัดเจน เนื่องจากความรู้สึกตัวที่เสื่อมถอยลง มีอาการหลงลืม ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิด ในเวลาเดียวกัน พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะในการประเมินปัญหา ให้การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 89 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอ มีเสมหะ ซื้อยามารับประทานเอง ไข้ลดลง 1 วันก่อนมา มีไข้ ไอมากขึ้น มีเสมหะหายใจเหนื่อยหอบ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล มีโรคประจำตัวเป็นไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงมา 20 ปี รักษาต่อเนื่อง ปัญหาทางการพยาบาล คือ เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไอไม่มีประสิทธิภาพ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันได้ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน

คำสำคัญ: โรคปอดอักเสบ, การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของเด็กเล็กและผู้สูงอายุ ในประเทศไทยโรคปอดอักเสบเป็น 5 อันดับโรคแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทุกปีและมีแนวโน้มอัตราการตายสูงขึ้น ในประเทศไทยระหว่าง วันที่ 1 มกราคม - 31 ตุลาคม 2566 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วย โรคปอดอักเสบ 239,197 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 361.48 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 224 ราย อัตราป่วยตาย 0.34 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.81กลุ่มอายุที่มี อัตราป่วยสูงสุด คือผู้ที่มีอายุ 0 - 4 ปีเท่ากับ 2,338.76 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (1,040.02) และกลุ่มอายุ 55 - 64 ปี (325.21) อีกทั้งยังพบผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.43 และเป็นโรคที่ทำให้เสียชีวิต1ใน5อันดับแรกในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช(ข้อมูลจากสถิติที่เสียชีวิตผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชปี 2566) โรคปอดอักเสบ(Pneumonia)หรือที่เรียกว่า ปอดบวม หมายถึง การอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งประกอบไปด้วยหลอดลมฝอย (bronchioles) ตลอดจนถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อ โดยรอบ (interstitium)การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอดใน lobar pneumonia หรือ อาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด ปอดอักเสบพบบ่อยในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว สามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะภูมิต้านทานต่ำ ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ปอดอักเสบจำแนกตามสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. Community – acquired pneumonia หมายถึงผู้ป่วยที่แข็งแรงดีมาก่อน และเกิดเป็นปอดอักเสบ จากการติดเชื้อนอกโรงพยาบาล หรือเรียกว่า ปอดอักเสบในชุมชน

2. Nosocomial pneumonia หรือ Hospital – acquired pneumonia หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลด้วยโรคใดก็ตาม แล้วเกิดเป็นปอดอักเสบขึ้นมาจากการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล

สาเหตุของปอดอักเสบเกิดจากการติดเชื้อ และไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ

พยาธิวิทยาของปอดอักเสบแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือระยะบวมคั่ง ระยะเนื้อปอดแข็ง ระยะปอดฟื้นตัว โดยมีอาการแสดงคือไข้ ไอ เจ็บหน้าอกและหายใจเหนื่อยหอบเป็นสำคัญ ในผู้สูงอายุอาจมีเพียงไข้หรือตัวอุ่นๆและซึมลงเท่านั้น

ผู้สูงอายุภูมิต้านทานร่างกายต่ำ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน ประสิทธิภาพการต้านทานเชื้อโรคและระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง นำไปสู่การติดเชื้อได้ง่าย และทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้บ่อย เช่น เป็นไข้หวัดบ่อยๆ ผู้สูงอายุอาการและอาการแสดงอาจไม่ชัดเจน หรือไม่มีอาการ เนื่องจากความรู้สึกตัวที่เสื่อมถอยลง มีอาการหลงลืมและอาจมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคมะเร็ง เป็นต้น มีพยาธิสภาพหลายๆอย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน จึงส่งผลให้สุขภาพโดยรวมทรุดลงเป็นทวีคูณทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบได้และทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด นำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด ถ้าผู้ป่วยสูงอายุมีวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง รู้ถึงวิธีการป้องกันโรคปอดอักเสบ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบได้

ความดันโลหิตสูง คือ การมีความดันซิสโตลิก (ค่าความดันตัวบน) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันไดแอสโตลิก (ค่าความดันตัวล่าง) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1. ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ในคนที่อายุ 40 ปีขึ้นไป 2. ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิที่เกิดจากสาเหตุของโรค เช่น โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ นอนกรนและหยุดหายใจเฉียบพลัน จากยาบางชนิด การตั้งครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น แต่หลังการรักษาต้นเหตุความดันจะกลับเป็นปกติ โรคความดันโลหิตสูงระยะแรกส่วนใหญ่ไม่มีอาการ มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการ และที่พบได้บ่อย คือ ปวดมึนท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ ปวดศีรษะ สำหรับผู้ที่มีความดันสูงรุนแรงอาจมีอาการเหล่านี้ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา ตามัว อัมพาตหรือเสียชีวิตเฉียบพลัน สำหรับผู้สูงอายุเมื่อมีการติดเชื้อปอดอักเสบทำให้หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอาจโคม่าและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทวนทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีโรคร่วมระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ.2566 – ตุลาคม พ.ศ. 2566

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีโรคร่วมจำนวน 1 ราย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ประเมินแบบแผนสุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน และการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผลและสรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 89 ปี รูปร่างผอม ยืนชั่งน้ำหนักไม่ได้ สถานภาพการสมรส คู่ สัญชาติไทย นับถือศาสนา พุทธ การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบุตร ครอบครัวรับราชการ

อาการสำคัญ

มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอ มีเสมหะ ซื้อยามารับประทานเอง ไข้ลดลง 1 วันก่อนมา ไอมากขึ้น มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบและมีไข้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวเป็นไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงมา 20 ปี รักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช รับประทานยาต่อเนื่องไม่ขาดยา ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร

ประวัติครอบครัว

ไม่มีบุคคลใดในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคติดต่อใดๆ

สภาพผู้ป่วยแรกรับ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีไข้ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 151/93 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 95 % ไอมีเสมหะสีเหลืองข้น ให้ออกซิเจน cannular 5 ลิตร/นาที

การตรวจร่างกายตามระบบ

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ: ปอดมีเสียงเสมหะทั้งสองข้าง มีเสียง Crepitation both lungs หายใจเหนื่อยหอบเวลาเคลื่อนไหว อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 95 % แขน ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง พลิกตะแคงตัวไม่ได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

CBC : - Hct. 33.6% WBC 7,300 cell/uL PMN 72.0% lymphocyte 16% Platelet count 276,000 cell/uL

Electrolyte:- Na 138.4 mmol/L K+ 4.0 mmol/L Cl 107 mmol/L CO2 20.3 mmol/L Sugar 133mg/dl BUN 12 mg/dl Creatinine 0.59 mg/dL EGFR 81.52 ml/min/1.73m^ 2

Lactate 32008 = 3.0 mmol/L

Total Protein 11 g/dL Albumin 2.9 g/dL

CXR Pulmonary Infiltrate with Pneumonitis

Sputum culture Klebsiella pneumoniae

Hemo culture 2 ขวด Hemo culture ขวด 1 No growth after 5 days

Hemo culture ขวด 2 No growth after 5 days

การวินิจฉัยโรคแรกรับ : Pneumonia

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : Community acquired pneumonia with Hypertension

การรักษาของแพทย์

รับย้ายจากผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัมทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 วัน Berodual Forte 1หลอด พ่นทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยจึงใส่ Nasogastric Tube ให้อาหารทางสายยาง blenderized diet (1:1) 250 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง ได้ยา Azithromycin 250 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 2 เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า ระหว่างอยู่โรงพยาบาล Enalapril 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า Simvastatin 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนนอน เปลี่ยนเป็น O_2 Cannula มีไข้อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส แพทย์เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง Berodual Forte 1 หลอดพ่นทุก 4 ชั่วโมง Meptin 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1/2 เม็ดวันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า ก่อนนอน Bisolvon

รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแพทย์ให้ Tazocin ครบ 7 วันจึงจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากรายงานผู้ป่วยพบปัญหาและให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล จำแนกในระยะแรกรับ ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะแรกรับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที
2. ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 92 %
3. ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation both lungs/ ผล Chest X-Ray Pulmonary Infiltrate with Pneumonitis

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
2. ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %
3.ฟังปอดไม่มีเสียง crepitation
4. ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ หรือเสมหะลดลง เสมหะไม่เหนียวไม่มีสี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รายงานแพทย์ทราบเมื่อ พบความผิดปกติ[6,7]
2. จัดให้นอนท่า Fowler's position เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี
3. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา O_2 Cannula 5 ลิตร/นาที
4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ วัดระดับความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย
5. สอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) และสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective)[6]
6. ฟังเสียงปอดเป็นระยะๆเพื่อประเมินการหดรัดตัวที่ผิดปกติของหลอดลม[6]
7. ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ให้ Berodual Forte 1 หลอดพ่นทุก 4-6 ชั่วโมง

8. ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อลดการใช้ออกซิเจน

การประเมินผล

ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/ต่อนาที ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 95 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไอไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไอขับเสมหะได้น้อย มีเสมหะเหลืองข้นในลำคอ

2. ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation both lungs

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย

2. หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหายใจลำบาก

3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %

4. ฟังปอดไม่มีเสียง crepitation ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ หรือเสมหะลดลง เสมหะไม่เหนียว ไม่มีสี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รายงานแพทย์ทราบเมื่อ พบความผิดปกติ[6,7,8]

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยให้นอนศีรษะสูง 30 องศาเซลเซียส เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ กะบังลมหย่อนตัวและเพิ่มปริมาตรในช่องอก[7]

3. สอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) และสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective)

4. ดูแลจัดท่าให้นอนศีรษะสูง (postural drainage) เพื่อให้ระบายเสมหะออกได้ง่าย รวมทั้งกระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆหรือเปลี่ยนท่าบ่อยๆทุก1-2 ชั่วโมงโดยลุกขึ้นนั่งบนเตียงหรือข้างเตียงตามสภาพความพร้อมร่างกาย[6]

5. วัดสัญญาณชีพ ความมข้นออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่งโมง

6. ให้ยาละลายเสมหะและยาแก้ไอตามแผนการรักษา

7. เคาะปอดและดูดเสมหะ เพื่อช่วยให้เสมหะออกได้มากขึ้น

8. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน

9.ดูแล feed น้ำ 100 มิลลิลิตร ระหว่างมื้ออาหาร เพื่อให้เสมหะอ่อนตัว ไอขับออกได้ง่าย

การประเมินผล

ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ไอขับเสมหะออกได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที
2. ผล Sputum culture Klebsiella pneumoniae และ Lactate level เท่ากับ 3
3. ไอ มีเสมหะเหลืองข้น
4. Chest X-Ray Pulmonary Infiltrate with Pneumonitis

วัตถุประสงค์

ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที
2. Sputum culture ไม่พบเชื้อ เสมหะลดลง สีขาว
3.ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติหรือไม่มีความผิดปกติเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย หากมีไข้อุณหภูมิร่างกายมากกว่า38.0 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้และเช็ดตัวลดไข้[6]
2. ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค
3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง
4. ติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่รุนแรง ได้แก่ สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หายใจเร็วขึ้น RR > 20 ครั้งต่อนาที[7]

ผิวหนังลายเป็นจ้ำเขียว ขนลุกตั้ง (Mottled skin) ปลายมือปลายเท้า ซีด

5. ติดตามผลการเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการ Sputum culture, Sputum Gram stain[7,8]
6. สังเกตลักษณะสี กลิ่นและปริมาณของเสมหะว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่[6]
7. ให้การพยาบาลด้วย Universal precaution technique เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การประเมินผล

ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.1-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-90 ครั้งต่อนาที ผล Sputum culture ไม่พบเชื้อ เสมหะน้อยลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงมา 20 ปี ความดันโลหิต 177/95 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดหลอดเลือดสมองตีบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการปวดศรีษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาชา อ่อนแรง

2. ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชา อ่อนแรง[7]

2. วัดความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความดันโลหิตและให้การพยาบาล

3. ดูแลให้รับประทานยา Amlodepine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า Enalapril 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า เพื่อลดความดันโลหิต แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง[7,8]

การประเมินผล

ไม่มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตอยู่ในช่วง102/60-147/69มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มีอาการสำลักอาหาร ใส่ Nasogastric Tube

2. รูปร่างผอม Albumin 2.9 กรัม/เดซิลิตร

วัตถุประสงค์

ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับอาหารได้ตามแผนการรักษา

2. Serum albumin มากกว่า 3.5 กรัม/เดซิลิตร Total Protein มากกว่า 6.3 กรัม/เดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

2. ให้อาหารทางสายยาง blenderized diet (1:1) 250 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ

3. จัดให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศาขณะให้อาหารทางสายยางและ ให้นอนศีรษะสูงหลังให้อาหารประมาณ ½-1 ชั่วโมงป้องกันการสำลัก

4. ดูแลความสะอาดปากและฟันอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อวัน[7]

5. ทำแบบประเมิน Nutrition และปรึกษาโภชนากรเพื่อปรับสูตรอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย[6,7]

6. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง สังเกต สีปัสสาวะ[7,8]

การประเมินผล

รับอาหารทางสายยางได้หมด ไม่สำลัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอายุ 89 ปี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/แขนขาอ่อนแรง
2. Braden Scale 10 คะแนน

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังไม่มีรอยแดง ไม่เกิดการฉีกขาดของผิวหนังหรือแผลถลอก
2. ผิวหนังชุ่มชื้นและมีความยืดหยุ่นดี
3. Braden Scale มากกว่า 16 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale วันละ 1 ครั้ง
2. ทำความสะอาดร่างกาย ผิวหนังไม่ให้อับชื้นทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่าย ใช้สบู่เหลวเด็กในการ Bed bath ทุกวัน งดการขัดถูผิวหนัง[7,8]
3. ให้สารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา
4. จัดท่าหรือเปลี่ยนท่านอนห้ามกดโดยตรงบริเวณปุ่มกระดูก
5. พลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
6. ดูแลผ้าปูที่นอน ผ้ายาง ผ้าขวางให้แห้งสะอาดไม่มีรอยย่น
7. ยกตัวผู้ป่วยโดยใช้ผ้ารองยก และต้องยกให้สูงลอยจากพื้นที่นอนไม่ลากหรือดึงเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากผิวหนังเสียดสี
8. ให้ใช้หมอนยันปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลในการจัดท่าผู้ป่วย

การประเมินผล

ผิวหนังไม่มีรอยแดง ไม่เกิดการฉีกขาดของผิวหนังหรือแผลถลอก ผิวหนังชุ่มชื้นและมีความยืดหยุ่นดี Braden Scale 13 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาทั้งสองข้างอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอายุ 89 ปี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
2. Fall Risk score 80 คะแนน

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ไม่พบร่องรอยบาดแผลจากการเกิดอุบัติเหตุ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงเพื่อสื่อสารความเสี่ยงให้เวรต่อไปรับทราบ พร้อมทั้งลงบันทึกในเอกสารทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังดูแลร่วมกัน[6]

2. ปรับเตียงให้ต่ำสุด ยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งและใส่เบรกล้อเตียงตลอด

3. ช่วยประคองตัวเวลาลุกนั่งหรือขยับตัว ให้เปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ ถ้าเปลี่ยนเร็วอาจทำให้ผู้ป่วยหน้ามืดได้[6,7]

4. แนะนำญาติให้ระมัดระวังอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มให้ดูแลใกล้ชิดและตระหนักถึงอันตรายหากเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม[6,7]

การประเมินผล

ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลักตกหกล้ม ไม่พบร่องรอยบาดแผลจากการเกิดอุบัติเหตุ Fall Risk score 80 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะการวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเนื่องจากสูงอายุมีแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอายุ 89 ปี ร่างกาย ปาก ฟัน ไม่สะอาด

2. ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ลุกนั่ง เดินไม่ได้

วัตถุประสงค์

ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ร่างกาย ปาก ฟัน สะอาด เสื้อผ้า สิ่งแวดล้อมสะอาด

2. นั่งบนเตียงได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการทำกิจวัตรประจำวันในแต่ละวันพร้อมทั้งบันทึกอาการ[7]

2. ดูแลความสะอาดร่างกาย ปาก ฟันเช้าเย็นและหลังขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะทุกครั้ง[7,8]

3. ช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่ง พลิกตะแคงตัว

4. แนะนำญาติให้ช่วยออกกำลังกายแบบPassive exercise โดยการบริหารข้อแขน ข้อมือ ข้อเท้า

5. ประเมินสัญญาณชีพหลังการทำกิจกรรม เช่น ชีพจรเร็ว หายใจเหนื่อย สับสน หรืออ่อนเพลียมากขึ้นให้หยุดกิจกรรม

6. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล

ร่างกาย ปาก ฟัน สะอาด เสื้อผ้า สิ่งแวดล้อมสะอาด ช่วยพยุงนั่งบนเตียงได้ ญาติผู้ป่วยคอยช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และบอกว่าไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

อธิบายการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความพร้อมของญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้านโดยการให้โอกาสสอบถามข้อสงสัยในเรื่องโรคปอดอักเสบ การดูแลรักษา การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด[6]

2. สอนญาติเรื่อง[6,7,8]

- การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน
- การให้อาหารทางสายยาง
- ดูแลความสะอาดร่างกาย ปาก ฟันเช้าเย็นและหลังขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะทุกครั้ง
- การช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่ง พลิกตะแคงตัว
- การออกกำลังกายแบบ Passive exercise โดยการบริหารข้อแขน ข้อมือ ข้อเท้า
- การป้องกันโรคปอดอักเสบ หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ฝุ่นละออง ควันไฟ งดบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ ให้อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก
- อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

3. แนะนำให้มาตรวจตามนัด

การประเมินผล

ญาติมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวลลง อธิบายการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 89 ปี รับย้ายจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม1 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โดยร่างกายได้รับเชื้อผ่านทางระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิต้านทานต่ำและมีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหา คือ เสี่ยงต่อภาวะพร่อง

ออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไอไม่มีประสิทธิภาพ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองแตกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากสูงอายุ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากขาทั้งสองข้างอ่อนแรงมีภาวะเข่าเสื่อม ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเนื่องจากสูงอายุ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข อาการผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน และนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องอีก 2 สัปดาห์ ที่แผนกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

จากกรณีศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีอาการเหนื่อยหอบ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบสูงมาก ได้รับการประเมินเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมิน เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมสามารถจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อผ่านภาวะวิกฤติ พยาบาลยังต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดได้อีก รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ญาติในการดูแล เพื่อให้สามารถปรับตัวกับภาวะวิกฤติของโรคได้ พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้และทักษะตั้งแต่ การประเมินอาการผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล พยาบาลต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และฝึกทักษะขั้นสูงในการจัดการดูแลผู้ป่วยเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลต้องสอนให้ญาติผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการประชุมวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคเดือนละ 1 ครั้งเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน

2. ส่งเสริมพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความชำนาญและเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ โดยการส่งบุคคลากรเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องทุกปี

3. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนการฝึกฝนด้วยการจำลองสถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที

4. จัดระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ปอดในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานระบาดวิทยา ประกาศกรมควบคุมโรค. การป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในช่วงฤดูหนาวของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1501520231123052757.pdf
2. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. สถิติข้อมูลโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช; 2566.
3. วิภา รีชัยพิชิตกุล. โรคปอดอักเสบชุมชนรุนแรง. อนุพล พานิชโชติและคณะ,บรรณาธิการ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2559.
4. อนุพล พาณิชย์โชติ และคณะ. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2559.
5. ปารยะ อาศนะเสน. คำแนะนำในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ SIRIRAJ EPULIBRARY[อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/sidocter/e-pl/asticledetail.asp id=287
6. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/811/Nursing%20Guide%20for%20Elderly%20Patients%20with%20Pneumonia.pdf
7. ปราณี ทู้ไพเราะ.คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล.กรุงเทพฯ: NP Press Limited Partnership; 2566.
8. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทบพิธการพิมพ์ จำกัด; 2554.