การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด : กรณีศึกษา

ไพริล สว่างศรี*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะเลือดเป็นกรด เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ที่รุนแรงและอันตราย เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ต้องได้รับการวินิจฉัย การแก้ไข และการรักษาที่รวดเร็ว ถ้าช้าจะเกิดการหายใจล้มเหลวและเกิดการล้มเหลวของระบบต่างๆในร่างกาย พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ มีประสบการณ์ที่จะประเมิน ดูแล และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี มาด้วยอาการชักเกร็ง ไม่รู้สึกตัว หายใจหอบเหนื่อยก่อนมาโรงพยาบาล โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ขาดยา 2 เดือน พบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้ ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ชักจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะเลือดเป็นกรด ติดเชื้อในกระแสเลือด ญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วย และมีโอกาสเกิดโรคกลับซ้ำอีกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะเลือดเป็นกรด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ[1] ที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อกนำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทั้งหมด[2] ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว เนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกายขาดออกซิเจน จนทำให้เสียชีวิตตามมา[3] และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ขึ้นอยู่กับอายุ แหล่งการติดเชื้อ ชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย[4] ประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03 หรืออาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 รายทุก 3 นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 ราย ในทุก 1 ชั่วโมง[5] สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกา ได้กำหนด Surviving Sepsis Campaign (SSC) ในปี 2004, 2008 และ 2012 และประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และเพิ่มความตระหนักของทีมผู้ดูแล ถึงความรุนแรง ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะแรก[6] และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการแบบเร่งด่วน มีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy: EGDT) ได้แก่การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนโลหิต การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้กำหนดตัวชี้วัดการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะมากกว่าร้อยละ 90 และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรคภายใน 60 นาทีมากกว่าร้อยละ 90[5]

หลักการทั่วไปของการดูแลประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป ได้แก่ early recognition, early resuscitation, early treatment[7] อาจย่อให้จำง่ายๆว่า **"รู้เร็ว แก้ไขเร็ว รักษาเร็ว"**

Early recognition (รู้เร็ว) หมายถึง ต้องเร่งวินิจฉัยให้ได้เร็วที่สุด โดยใช้เครื่องมือ SIRS/SOFA/qSOFA score

Early resuscitation (แก้ไขเร็ว ภายใน 1 ชั่วโมงแรก) หมายถึง การแก้ไขภาวะ sepsis ในเบื้องต้นอย่างรีบด่วนใน 1 ชั่วโมงแรก ประกอบด้วยคำย่อว่า FAST ได้แก่ 1) F: IV Eluid resuscitation คือการให้สารน้ำอย่างรวดเร็วโดยเลือกใช้สารน้ำกลุ่ม cystalloids เช่น 0.9% NaCl หรือ balanced solution ก่อน หลังให้สารน้ำแล้วระยะหนึ่ง แต่ mean arterial pressure (MAP) ยังคงต่ำกว่า 65 mmHg อาจพิจารณาเริ่มให้ vasopressors ได้ภายในชั่วโมงแรก 2) A: Antibiotics ให้ยาปฏิชีวนะแบบออกฤทธิ์กว้างโดยเร็วที่สุด (ไม่เกิน 1 ชั่วโมงแรกนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในเขตของโรงพยาบาล) 3) S: Serum lactate & Sonogram ส่งตรวจ serum lactate ตั้งแต่แรกรับ และตรวจติดตามเป็นระยะๆทุก 6-24 ชั่วโมง ในกรณีที่ค่า

lactate เริ่มต้นเกิน 2 mmol/L 4) T: Targets เป้าหมาย 3 ประการ ได้แก่ MAP ≥ 65 mmHg, Normalize Lactate (≤ 2 mmol/L) ภายใน 6-24 ชั่วโมงแรกฒ Urine output ≥ 0.5 ml/kg/hr

Early treatment (รักษาเร็ว) หมายถึง ให้การดูแลรักษาและติดตามผลอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาหลังจาก 1 ชั่วโมงแรกแล้ว ได้แก่ Organ support: เช่น ใช้เครื่องช่วยหายใจ, hemodialysis, ควบคุม serum glucose ให้อยู่ในช่วง 110-180 mg/dL, การให้ enteral nutrition อย่างเหมาะสม, Source control: เช่น ทำการระบายหนองออกจากอวัยวะที่ติดเชื้อ, Monitoring: ทำการติดตามอาการอย่างเหมาะสม เช่น ultrasound เพื่อวัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของ IVC, serum lactate, การใส่สาย central line หรือ arterial line เพื่อวัด pulse pressure variation (PPV) เป็นต้น

ภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) คือภาวะที่มีกรดในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งโดยทั่วไปมักมีสาเหตุจากไตกำจัดกรดออกจากเลือดได้ลดลง เช่นในโรคไต นอกจากนั้น อาจพบมีสาเหตุจาก

1. โรคเบาหวานระยะรุนแรงที่ร่างกายมีสารคีโตน (Ketone) ในเลือดสูง เรียกภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวาน (Ketoacidosis)

2. ภาวะร่างกายสูญเสียเกลือโซเดียมไบคาร์โบเนต (Sodium bicarbonate) มาก เช่นในภาวะท้องเสียรุนแรง เรียกภาวะเลือดเป็นกรด Hyperchloremic acidosis

3. ภาวะร่างกายมีกรดแลคติก (Lactic acid) สูง เรียกภาวะเลือดเป็นกรด Lactic acidosis

4. สาเหตุอื่นๆ เช่น พิษจากยาแอสไพริน พิษจากแอลกอฮอล์ชนิด Methanol/ เหล้าเถื่อน หรือภาวะขาดน้ำรุนแรง

ผลเสียของ metabolic acidosis คือ หลอดเลือดทั่วไปขยายตัว หลอดเลือดปอดหดตัวกดการทำงานของหัวใจ ความดันตก ลดการตอบสนองต่อ catecholamine หรือ hyperkalemia เป็นต้น
พยาธิกำเนิด แบ่งได้เป็น 4 ข้อ คือ

1. มีการสร้างกรดเพิ่มขึ้น เช่น ketoacidosis, lactic acidosis, intoxication: ethanol, methanol, etc.

2. สูญเสีย HCO_3, GI loss

3. ไตขับกรดลดลง (RTA, renal failure)

4. dilutional acidosis (0.9%NaCl resuscitation)

การรักษา รักษาที่สาเหตุ และ/หรือพิจารณา renal replacement therapy $NaHCO_3$ IV เมื่อ lactic acidosis ที่มี pH < 7.15 + HCO_3< 10 mEq/L หรือ DKA pH < 6.9 + HCO_3 < 5 mEq/L หลักการ คือแก้ช้าๆ ให้ pH ขึ้นมาที่ประมาณ 7.2 โดยให้ 7.5%$NaHCO_3$ 50 -100 ml IV 30-60 นาที
ข้อเสีย $NaHCO_3$: fluid overload, paradoxical intracellular acidosis, hypernatremia, hypertension, redistribute K into cells causing hypokalemia, ionized calcium ลดลง, Hb-oxygen affinity สูงขึ้น

การมีช่องทางด่วนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยมีองค์ประกอบ 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองของอวัยวะ

ต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานและการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง[9] การกำกับให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลา สามารถลดอัตราตายลงได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรอง ประเมิน ดูแล เฝ้าระวังต่อเนื่องไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต[10]

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี ขนาด 680 เตียงมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 5,814 ราย 6,365 ราย และ 6,571 ราย และเกิดภาวะเลือดเป็นกรด จำนวน 92 ราย 130 ราย และ 156 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.59, 2.05 และ 2.38 ตามลำดับ[11] ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เกิดภาวะกรดคั่งในร่างกายเพิ่มขึ้นและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและเกิดภาวะช็อก ทำให้เกิดการหายใจล้มเหลว จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวาน เป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการจัดการที่มีคุณภาพมาตรฐานทางด้านการพยาบาล ในการประเมิน เฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่องไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยใช้หลักการ รู้เร็ว แก้ไขเร็ว รักษาเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2566

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด จำนวน 1 ราย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ประเมินแบบแผนสุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน และการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผลและสรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง ที่อยู่อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพในเขต Care giver คือภรรยาและบุตรสาว ปฏิเสธการแพ้ยา สารอาหาร และการใช้เสพสารเสพติด สูบยาเส้น 10 มวนต่อวัน

อาการสำคัญ ชักเกร็ง เรียกไม่รู้สึกตัว ก่อนมาโรงพยาบาล 20 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อยหอบ ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการชักเกร็ง เรียกไม่รู้สึกตัว ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวาน 10 ปี รักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ได้รับการรักษาด้วยยา Metformin 500 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แต่ขาดยา 2 เดือน

การประเมินแรกรับ ผู้ป่วยรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 60 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 20.76 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่รู้สึกตัว แขนและขาไม่มีแรง หายใจหอบเหนื่อย ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 22 เซนติเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 84/36 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว 92 เปอร์เซนต์ ระบบประสาท: ผู้ป่วย unconscious E1VTM1 pupil 2.5 มิลลิเมตร RTL BE

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

BS 356 mg%, เจาะ ABG พบ pH 7.205, pCO_2 45.2, pO_2 32.2, HCO_3 17.1 Electrolyte พบ Na 134.7, K 2.4, Cl 84, CO_2 17.3

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ปกติ

ผลการตรวจคลื่นหัวใจ ปกติ

ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ CT Scan พบ No gross Intracranial hemorrhage or large territorial infarction

การวินิจฉัยโรค DKA with septic shock with respiratory failure

การรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หายใจหอบเหนื่อยลักษณะ Air hunger แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) No. 7.5 ลึก 22 cm ชีพจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 84/36 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (C Line) ให้ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราเร็ว 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา Levophed 8 มิลลิกรัมผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย 92% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าน้ำตาลในเลือด 356 mg% (ค่าปกติ 70-110 mg%) แพทย์วินิจฉัยเป็น DKA with septic shock with respiratory failure สั่งให้ยาอินซูลิน (RI) 100 ยูนิตผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร (1:1) ทางหลอดเลือดดำ เจาะ CBC, BUN, Cr, Lactate, Electrolyte, BS, H/Cx2, U/A, Serum Ketone, CXR และรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 2 ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรและความดัน ปรับ PCMV Mode PP 20 PEEP 5 cmH_2O RR 16 /min FiO_2 0.4 อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ให้ยา Levophed 8 มิลลิกรัม ผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตราเร็ว 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตราเร็ว 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เจาะ DTX ทุก 1 ชั่วโมง ให้อินซูลิน (1:1) ทางหลอดเลือดดำ อัตราเร็ว 6 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และให้ฉีด RI ตามผล DTX เจาะ ABG พบ pH 7.205, pCO_2 45.2, pO_2 32.2, HCO_3 17.1 ให้ 7.5% $NaHCO_3$ 100 มิลลิลิตรฉีดทางหลอดเลือดดำช้าๆ และให้ทางหลอดเลือดดำ ต่ออีก 100 มิลลิลิตรใน 2 ชั่วโมง และเจาะ ABG หลังให้ $NaHCO_3$ ผล Electrolyte พบ Na 134.7 mmol/L, K 2.4 mmol/L , Cl 84 mmol/L, CO_2 17.3 mmol/L ให้ KCl 40 mEq ผสมใน 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตราเร็ว 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้ Ceftriaxone 2 กรัม ฉีดทางหลอด

เลือดดำ วันละ 1 ครั้ง Losec 40 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง และตรวจ DTX ทุก1 ชั่วโมง, ให้ RI ตาม scale(ควบคุมระน้ำตาล 150-200 mg%) จนสามารถหยุดให้ RI ได้, เจาะ Electrolyte ทุก 4 ชั่วโมง ให้ Plasil 10 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ปรึกษาอายุรแพทย์ประสาทวิทยาเรื่องชักเกร็ง ให้ส่งตรวจเอกซเรย์สมองคอมพิวเตอร์ (CT Scan) พบ No gross Intracranial hemorrhage or large territorial infarction ฉีดThiamine 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบต่อมไร้ท่อ ให้ Meropenem 1 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ตรวจ DTX ทุก 2 ชั่วโมง ให้ RI ตาม scale เพิ่มยา NPH 20 unit ฉีดใต้ผิวหนัง 10 unit วันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ผล Na 138.7, K 3.4 Cl 101, CO_2 27.3 และให้ยา 10% EKCl 30 มิลลิลิตร รับประทานทุก 2 ชั่วโมง 2 ครั้ง ให้ blenderized diet DM (1:1) 200 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น หายใจได้ดี ขึ้นจนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและเอาท่อช่วยหายใจออกได้ off C-line และให้รับประทานอาหารอ่อนเบาหวาน เจาะ DTX วันละ 2 ครั้ง ฉีด NPH 8 unit ฉีดใต้ผิวหนังวันละ 1 ครั้ง เช้า และย้ายออกไปอยู่ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย สอนผู้ป่วยให้ฉีด NPH ด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถฉีดได้ รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล 6 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หายใจเหนื่อยหอบ ซึมลง
2. อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 84/36 มิลลิเมตรปรอท
3. ผล Blood lactate 18.6 mmol/L, CBC พบ White Blood Cell (WBC) 20,640 cell/cu.mm, Neutrophil 87% ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth), DTX 356 mg/dl

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
2. สัญญาณชีพเป็นปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท, อุณหภูมิ 36.0-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที, ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ≥ 95%
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ ปกติ WBC 5,000-10,000 cell/cu.mm, Neutrophil 50-60%, Urine output > 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ประเมินทุก 15 นาที เมื่อ ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 mmHg ประเมิน ทุก 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่[7]

2. ดูแลให้รับออกซิเจนทาง ET Tube with Ventilator mode PCV rate 16 ครั้ง/นาที IP 16 PEEP 5 FiO_2 0.4

3. ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา เพื่อให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอและทันเวลา[7]

4. ดูแลให้ได้รับยา Levophed 8 มิลลิกรัม ผสมใน 5%D/W 100 มิลลิลิตร ทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 10-50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Keep ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท[7]

5. ตวงปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ≥ 90/60 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบและ record Fluid intake - output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte)[7]

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ WBC และ Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพเป็นปกติ อุณหภูมิ 37.2-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-108 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/79-111/79 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย 84-96 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว 97-99 เปอร์เซ็นต์ หยุดให้ยา Levophed ได้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 6,350 cell/cu.mm., Neutrophil 39 %, Urine output > 30 cc./hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 อาจเกิดชักเกร็งจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากกรดคีโตนคั่ง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติชักเกร็ง ไม่รู้สึกตัวก่อนมาโรงพยาบาล

2. DTX 356 mg/dl, ketone 6.03 mmol/L, urine ketone 3^+, ABG: HCO_3 17.1 mEq/L

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดอาการชักเกร็ง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชัก

2. ผลระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 70-110 mg/dl คีโตนปกติ 0.02-0.27 mmol/L**,** ตรวจ U/A ไม่พบ Urine ketone, HCO_3 22-26 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังและประเมินอาการทางระบบประสาท สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอย่างเร็ว หลังจากนั้นให้อัตราเร็ว 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา[8]

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอินซูลิน 100 ยูนิตผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร อัตราเร็ว 10 ยูนิตต่อชั่วโมง และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้อินซูลินเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[13]

4. ตรวจ DTX ทุก 1 ชั่วโมง และตรวจก่อนอาหารทุกมื้อ เมื่อระดับน้ำตาลคงที่

5. ดูแลให้ยา 7.5%$NaHCO_3$ 100 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำช้าๆ และยา 7.5%$NaHCO_3$ 100 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำใน 2 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจ ABG หลังให้[8]

6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา Thiamine 100 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง จำนวน 3 วัน

7. หากเกิดอาการชักต้องทำทางเดินหายใจให้โล่ง ป้องกันอันตรายขณะเกิดอาการชัก เช่น ตกเตียง รีบรายงานให้แพทย์ทราบและเตรียมยากันชักและยาคลายกล้ามเนื้อไว้ให้พร้อม[13]

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ DTX, Ketone, Urine ketone

การประเมินผล

รู้สึกตัวดีขึ้นไม่มีชักเกร็ง ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 93-112 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, ketone=1.08 mmol/L, urine ketone= negative, HCO_3 26.8 mEq/L

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเบาเร็ว 136 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 84/36 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว 92%, on ET tube with Ventilator, SOS score 13 คะแนน.

2. ผล Blood lactate 18.6 mmol/L, CBC พบ White Blood Cell (WBC) 20,640 cell/cu.mm, Neutrophil 87% ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

2. สัญญาณชีพเป็นปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท, อุณหภูมิ 36.0-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที, ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ≥ 95%

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/cu.mm, Neutrophil 50-60 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บเลือด ปัสสาวะและเสมหะส่งตรวจด้วยวิธีเพาะเชื้อ

2. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก และ ทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หากคงที่ให้ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง[12]

3. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและ เกลือแร่ (Electrolyte) โดยมีการติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ เพื่อการแก้ไข

4. ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน และเทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ[12]

5. ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย รักษาความสะอาดในช่องปาก การทำความสะอาดร่างกาย

6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenem 2 กรัมทางหลอดเลือดดำทันที หลังจากนั้นฉีด 1 กรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ WBC, Lactate และผลเพาะเชื้อ เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ[12]

การประเมินผล

รู้สึกตัวดีขึ้น สัญญาณชีพเป็นปกติ อุณหภูมิ 37.2-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-108 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/79-111/79 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย 84-96 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว 97-99 เปอร์เซ็นต์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 6,350 cell/cu.mm., Neutrophil 39 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการระบายอากาศไม่สมดุล

ข้อมูลสนับสนุน

1. หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที, O2sat 90 %, on ET tube with Ventilator

2. ผล VBG: $PaCO_2$ 45.2 mmHg, PaO2 38.2 mmHg, HCO3 17.1 mEq/l

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพเป็นปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท, อุณหภูมิ 36.0-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที, ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ≥ 95%

2. ผล Blood gas ปกติ $PaCO_2$ 35-45 mmHg, PaO_2 80-100 mmHg, HCO_3 22-26 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลการตั้งเครื่องช่วยหายใจ Mode PCMV Rate 16 ครั้ง/นาที, IP 20, PEEP 5 cmH_2O, FiO2 0.4 ตามแผนการรักษา และบันทึกการเปลี่ยนแปลง

2. ประเมินอัตราและลักษณะการหายใจ สัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน

3. ดูแลตำแหน่ง ET- tube ยึดติดพลาสเตอร์และระวังการดึงรั้ง ข้อต่อต่างๆของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

4. จัดท่าผู้ป่วยศีรษะสูงเพื่อให้หายใจได้อย่างสะดวก และดูแลดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสมหะและไม่ใช้เวลาดูดเสมหะนานเกิน 10 วินาที[12]

5. ติดตามผล Arterial Blood Gas และรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลม Beradual 1 nebule พ่นทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาอย่างถูกวิธี และติดตามการตอบสนองต่อยา[12]

7. แนะนำการปฏิบัติตัวในขณะที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

การประเมินผล

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน อัตราหายใจ 16-22 ครั้ง/นาที ชีพจร 98-108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/79-111/79 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย 84-96 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว 97-99 เปอร์เซ็นต์ สามารถถอดท่อช่วยหายใจในวันที่ 4 ของการรักษาและเปลี่ยนเป็นออกซิเจน canular 3 ลิตร/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ blood Electrolyte มี Sodium 134.7 mmol/L, Potassium 2.4 mmol/L
2. NPO
3. มี RI (1:1) ให้ทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการซึม สับสน กล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรง
2. ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ปกติ
3. ระดับ Na 136-145 mmol/L, K 3.5-5.1 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้อาเจียน ใจสั่นอย่างใกล้ชิด[13]

2. ติดตามดู EKG monitor ถ้าพบ QT interval ยาว T wave เตี้ย และมี U wave ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ[13]

3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ KCl 40 มิลลิอิควิวาเลนต์ + 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราเร็ว 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา ระวังไม่ให้ในอัตราที่เร็วเกินกว่าที่กำหนด เพราะจะทำให้หัวใจหยุดเต้นได้[13]

4. ประมินสัญญาณชีพตลอดเวลาที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีโพแทสเซียมผสมอยู่

5. ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางหลังจาก NPO เป็น BD DM (1:1) 200 มิลลิลิตร+น้ำ 50 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ

6. ประเมินความสมดุลของ Fluid intake – output ทุก 8 ชั่วโมง

7. ติดตามผล Electrolyte ในเลือด

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรงกว่าเดิม ชีพจร 98-108 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ความดันโลหิต 103/79-111/79 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย 84-96 มิลลิเมตรปรอท Serum K 3.5 mEq/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อมูลสนับสนุน

มีประวัติชัก ไม่รู้สึกตัวก่อนมาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันผู้ป่วยพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์การแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พลัดตกเตียงและไม่ดึงอุปกรณ์การแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยแลดูแลอย่างใกล้ชิด
2. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง[14]
3. ผูกแขน 2 ข้างด้วยผ้านิ่มๆ กับไม้กั้นเตียงและใส่ถุงมือเพื่อป้องกันผู้ป่วยดึงอุปกรณ์การแพทย์
4. รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการวุ่นวาย ไม่ให้ความร่วมมือเพื่อให้ยา Sedative
5. อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงและไม่ดึงอุปกรณ์การแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วย เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติวิตกกังวล สีหน้าเคร่งเครียด

2.จากการซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการ การรักษาของโรค ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามระบายความรู้สึกวิตกกังวลและความกดดัน โดยรับฟังด้วยความตั้งใจ ด้วยท่าทีเป็นมิตร อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจและให้ความเป็นกันเอง

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค แผนการรักษา และความก้าวหน้าในการรักษา[12]

3. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดคุณค่าเป็นที่ต้องการของญาติและครอบครัว

4. สนับสนุน อำนวยความสะดวกให้ญาติเข้าเยี่ยมอาการ และหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ (ที่ไม่ขัดต่อการรักษา)

6. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่าง ใกล้ชิด เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและซักถามสิ่งที่สงสัย และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การประเมินผล

ญาติมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลาย เข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลและผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดโรคกลับซ้ำอีกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติขาดยาเบาหวานมา 2 เดือน

2. ญาติไม่ทราบวิธีการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

มีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้องก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยไม่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ภายใน 1 เดือน

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ โดยมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน[13]

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ควรรับประทาน การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และการดูแลตนเอง

4. แนะนำการรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยา

5. แนะนำอาการสำคัญที่ควรมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด

6. ย้ำถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

7. แนะนำแหล่งให้คำปรึกษาใกล้บ้านเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล

การประเมินผล

ผู้ป่วยตั้งใจฟัง มีการซักถามข้อข้องใจ และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้องก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แต่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องเพราะมีการขาดยา ทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญได้แก่ มีภาวะช็อกชักเกร็งจากน้ำตาลในเลือดสูงกรดคีโตนคั่ง มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เสี่ยงต่อภาวะต่างๆได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด การพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วย และมีโอกาสเกิดโรคกลับซ้ำอีกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

การวางแผนทางการพยาบาลที่ครบถ้วนได้มาตรฐาน ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ พยาบาลจึงใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด ได้รับการดูแลและการพยาบาลแนวทางปฏิบัติการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยไอซียู ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมดได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด เป็นภาวะฉุกเฉินสำคัญทางอายุรศาสตร์ ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการให้ยา สารน้ำและเกลือแร่ เพื่อแก้ไขภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะและมีประสบการณ์ที่จะประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต ทั้งในระยะก่อนการรักษา ขณะรักษา และหลังการรักษา รวมทั้งต้องมีความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรและความดัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ ความดันโลหิตต่ำมากต้องให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ภาวะเลือดเป็นกรดหรือมีความผิดปกติทางเมตาบอลิกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และประเมินปัญหาก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จนถึงการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับบ้านและใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวาน เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรง อาจนำมาซึ่งการเสียชีวิตได้ การจัดการที่ดีทางด้านการพยาบาลการประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรดให้เป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ พร้อมทั้งเผยแพร่กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี

2. ควรมีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด แก่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชเป็นแกนนำ เพื่อความปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

3. ควรนำระบบ sepsis fast track มาใช้ในโรงพยาบาลเหมือนของ stroke fast track (SFT)

บรรณานุกรม

1. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med 2017; 43(3): 304-77.
2. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med 2013; 41(2): 580-637.
3. Beth MM, Elizabeth B. Managing sepsis and septic shock: Current guidelines and definitions. AJN 2018; 118(2): 34-9.
4. คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock (internet). 2560 (เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2567). เข้าถึงได้จาก: http://www2.si.mahidol.ac.th/km/ knowledgeassets/ sirirajknowledge/ sepsis/3545
5. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือสำหรับประชาชนเรื่องเซ็พสิส (Sepsis) (internet). 2562 (เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2567). เข้าถึงได้จาก : https://phdb.moph.go.th/main/ index/downloadlist/53/2
6. Makic, M. B. F. & Bridges, E. Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. AJN 2018; 118(2): 34-39.
7. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. Sepsis & septic shock. ใน: สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, เพชร วัชรสินธุ์, ภัทริน ภิรมย์พานิช, ชายวุฒิ สววิบูลย์ และณับผลิกา กองพลพรหม, บรรณาธิการ. ICU SURVIVAL GUIDEBOOK. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สินทวีกิจ พริ้นติ้ง; 2563. หน้า 50-54.
8. กลวิชย์ ตรองตระกูล. Metabolic acidosis. ใน: สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, เพชร วัชรสินธุ์, ภัทริน ภิรมย์พานิชชายวุฒิ สววิบูลย์ และณับผลิกา กองพลพรหม, บรรณาธิการ. ICU SURVIVAL GUIDEBOOK. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สินทวีกิจ พริ้นติ้ง; 2563. หน้า 112-115.

9. รัฐภูมิ ชามพูนท. Septic Fast Track. ใน: ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สหดล ปุญญถาวร บรรณาธิการ. ICU Everywhere. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2561. หน้า 128-137.
10. นนทรัตน์ จำเริญวงค์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(3): 319-29.
11. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี. รายงานสถิติงานเวชระเบียน; 2566.
12. วิจิตรา กุสุมภ์. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เค.เค.พริ้นติ้ง; 2564.
13. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership; 2566.
14. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช (SiCTT: Fall Prevention in Adult Hospitalize Patient) กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2562.