รายงานผู้ป่วย Case Reports

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก

Nursing care of septic shock patien

ทัศนี รอดภัย ป.พย.
โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญเกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด การมีช่องทางด่วนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต ร่วมกับการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยมีองค์ประกอบ 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพการประสานและการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง การกำกับให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลา สามารถลดอัตราตายลงได้ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรอง ประเมิน ดูแล เฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤต ที่ต้องมีทั้งความรู้ ทักษะและความชำนาญในการดูแล

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทย 72 ปี รับไว้รักษาเมื่อ 18 ธันวาคม 2564 เวลา 02.46 น. ด้วยอาการ มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ แน่นท้อง ประวัติการเจ็บป่วยเป็น DM มา 7 ปี ผลเลือด เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2564 พบว่ามี HbA_1C 6.9 % เป็น CKD stage 4 และ 1 เดือนก่อนเป็น CVA left hemiplegia paralysis จาก Cerebral infarction วินิจฉัยโรค Severe Sepsis หลังรับไว้รักษาผู้ป่วยมีความดันโลหิต 86/48 mmHg., MAP 61 mmHg., ชีพจร 96 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที,อุณหภูมิ 40.2 ℃, O_2sat 84%, SOS score 6 ได้รับการรักษาโดยให้ สารน้ำ NSS 1000 ml IV load และยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. ทางเส้นเลือด และให้ O_2 mask with bag ระหว่างรับไว้ดูแลพยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ และเทคนิคการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ต้องเฝ้าระวังและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด รายงานแพทย์เมื่อพบอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ รวมไปถึงการตัดสินใจให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 8 วัน

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกสามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

คำสำคัญ : ภาวะช็อก ติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาล

Abstract

Septicemia is a major life-threatening crisis. It is caused by severe and persistent Inflammatory, processes in the body cause shock leading to multiple organ failure. It is the cause of death in up to 1 In 4 patients with sepsis. Having an express route for patients with septicemia and formulating patient care guidelines with 3 components as follows 1) Creating mechanisms for early patient discovery. 2) fast infection treatment and circulatory recovery in conjunction with the palliative treatment of organs.; and 3) Working as a multidisciplinary team Synchronization and continuous monitoring and supervising the implementation of the practice in its entirety In time, the mortality

rate can be reduced. Yes, nurses play a multidisciplinary role. In screening, evaluating, caring, and continuously monitoring not to enter a crisis That requires both knowledge, skills, and expertise to take care of.

Case Study: A 72 -year-old Thai male patient Received treatment on December 18, 2021 with symptoms of fever, shortness of breath, and tightness in the stomach History of DM for 7 Years HbA_1C blood results on 17 November 2021 6.9% were CKD stage 4 and 1 month ago was CVA left hemiplegia paralysis from cerebral infarction. Severe sepsis was diagnosed after treatment. The patient had a blood pressure of 86/48 mmHg. MAP 61 mmHg., Pulse 96 times/min, Respiratory rate 28 times/min, Temperature 40.2 ℃ O_2 sat 84%, SOS score 6, on NSS 1000 ml IV. and Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. to increase blood pressure and giving an O_2 mask with the bag while taking care of a nurse must use knowledge, skills, and nursing techniques by the treatment guidelines Must be closely monitored and record symptoms of changes. Report to the doctor any unusual signs or symptoms. Including the decision to provide initial assistance. As a result, the patient recovered normally with a hospital stay of 8 days.

Results: The patient is safe from shock and can return to continuous care at home.

Keywords: shock, septicemia, Nursing care

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ[1] ที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด[2] ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว เนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกายขาดออกซิเจนจนทำให้เสียชีวิตตามมา[3] และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอยู่กับอายุ แหล่งการติดเชื้อ ชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย[4]

ประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตประมาณ 175,000 รายต่อปี และ ผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03 หรืออาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย ทุก 3 นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 ราย ในทุก 1 ชั่วโมง [5] สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกา[2] ได้กำหนด Surviving Sepsis Campaign (SSC) ในปี 2004, 2008 และ 2012 และประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มความตระหนักของทีมผู้ดูแลถึงความรุนแรง ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่ระยะแรก[6] และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการแบบเร่งด่วน มีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy: EGDT) ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนโลหิต การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด[1] สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้กำหนดตัวชี้วัดการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะมากกว่าร้อยละ 90 และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรคภายใน 60 นาทีมากกว่าร้อยละ 90[5]

การมีช่องทางด่วนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septic Fast Tract) ร่วมกับการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยมีองค์ประกอบ 3 ขั้นตอน คือ

1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพการประสานและการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง[7] การกำกับให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลาสามารถอัตราตายลงได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรอง ประเมิน ดูแล เฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต[8]

โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ของกรณีศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 222,203 และ 324 มีอัตราการเสียชีวิต 17.6,27.07 และ 28.83 (เป้าหมาย < 26)[9] ทางโรงพยาบาลได้มีการใช้ Sepsis fast tract, Protocol severe sepsis และ Septic shock ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆ ที่รุนแรง รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จึงได้ศึกษาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล เพื่อช่วยให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีปลอดภัยและสามารถกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้านได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์ วินิจฉัย วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงแนวทางการปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็นการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษาการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้น

2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

3. ศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกโดยใช้ แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

4. สรุปและอภิปรายผล

ผลการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป สถานภาพสมรสคู่ น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร รับไว้รักษาเมื่อ 18 ธันวาคม 2564 เวลา 02.46 น. ด้วยอาการ หายใจเหนื่อยหอบแน่นท้อง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวานมา 7 ปี ผลเลือด เมื่อ 17 พฤศจิกายน 2564 พบว่า มี HbA_1C ได้ 6.9 % เป็น CKD stage 4 และ 1 เดือนก่อนเป็น CVA left hemiplegia bed ridden เมื่อ 7 วันก่อนมาตรวจรักษาด้วยเรื่องสายยางให้อาหารหลุด ญาติป้อนอาหารเองทางปาก มีการสำลัก นอนรักษาในโรงพยาบาลจำหน่ายไปได้ 2 วัน วินิจฉัยโรค Severe sepsis

แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน 02.18 น. Conscious drowsiness ความดันโลหิต (BP) 133/67 mmHg., อุณหภูมิ (T) 40.2 °C, ชีพจร(P) 90 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 32 ครั้ง/นาที , O_2sat 84% SOS score 6, Blood lactate 5.8 mmol/L, E4 M5V3, pupil 2 mm RTLBE, motor Rt grade 2 at least Lt grade 0, rhonchi both lung, on O_2 mask with bag 10 LPM, Load NSS 1000 ml. intravenous (IV.) หลัง load NSS 1000 ml IV. , U/S IVC CI 41% ญาติแจ้งปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ, DTX stat ได้ 142 mg/dl. keep 80-200

mg/dl. เวลา 03.25 น. ย้ายเข้าหอผู้ป่วย BP 130/59 mmHg., P 96 ครั้ง/นาที R 26 ครั้ง/นาที เวลา 03.30 น. ถึงหอผู้ป่วย BP 86/48 mmHg. R 28 ครั้ง/นาที MAP 61 mmHg รายงานแพทย์ ให้ Levophed 8 mg. + 5% D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. IV. Keep ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) ≥ 65 mmHg. เริ่ม 10 ml./hr. ปรับ rate ถึง 30 ml./hr. BP อยู่ระหว่าง 100-80 /70-52 mmHg. , SOS score แรกรับที่หอผู้ป่วย, ที่ 2 ชม.หลังรับไว้, ที่ 6 ชม. หลังรับไว้, และที่ 24 ชม.หลังรับไว้ ได้ 7,7,8,8 คะแนน ตามลำดับ มีแผลกดทับสะโพกซ้าย เกรด 2 ขนาด 2×2 ซม. ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ Braden score ได้ 8 คะแนนอยู่ในเกณฑ์ very high risk, O_2 sat 98-100 % , NSS 1000 ml. IV. 80 ml/hr., Fortum 2 gm. IV. stat then ทุก 8 ชั่วโมง, on NG tube, retained Foley catheter, NPO ยกเว้นยา ผลเลือด K 5.5 mmol/L ได้ Kalimate 30 gm. ใส่น้ำ 30 ml. oral q 4 ชั่วโมง 2 dose ผลเลือด Sodium 118.5 mmol/L, Hct 32 % ,WBC 19,740 cell/cu. mm, neutrophil 77 %, BUN 53 mg/dl,Cr 3.05 mg/dl, eGFR 19.72 Ml/min/1.73mr, F/P ratio 120, Film CXR clear not seen infiltration, Film acute abdomen : no bowel dilate. no free air, Fluid intake = 3,857 ml. ,Fluid output = 2,600 ml.

19 ธันวาคม 2564 รู้สึกตัว แต่แขน และขา 2 ข้าง อ่อนแรง ยังคง on Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-30 ml/hr. Keep MAP ≥ 65 mmHg. จนถึง 20.00 น. clamp และ off ในเวลาต่อมา 10.00 น. เปลี่ยน O_2 mask with bag 10 LPM เป็น O_2 canular 3 L/M ให้ยาเดิมรับประทานต่อ Enalapril (20 mg.) 1 tab oral OD pc., Atovastatin (40 mg.) 1 tab oral Hs, Risperidone (1 mg.) 1 tab oral tid pc., Lorazepam (2 mg.) 1 tab oral Hs,Sod. Valpreate Cr (50 mg.) 1 tab oral OD ,Omeperazole (20 mg.) 1 tab oral bid ac ลด NSS 1000 ml. IV. เหลือ 60 ml/hr. ส่งปรึกษาโภชนากร ประเมินภาวะโภชนาการพบภาวะ severe malnutrition ผล NAF ได้ 15 คะแนน เริ่มให้อาหารทางสายยาง BD (1:1) 150ml 4 มื้อ+น้ำ 50 ml, O2sat 100 % ,BP อยู่ระหว่าง 147-128 /83-65 mmHg. T 37.5 °C,P 74 /min , RR 24 /min, Fluid intake = 3740 ml. Fluid output = 2900 ml.

20 ธันวาคม 2564 รู้สึกตัวดี แขน-ขา 2 ข้าง อ่อนแรงอาการทั่วไปดีขึ้น on NSS 1000ml. 60 ml/hr. IV. เพิ่ม BD (1:2;1) 200ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml , off O_2 canula ได้ O_2 sat 98-100 % ไม่มีไข้ รับอาหารทางสายยางได้ดี Fluid intake = 4,150 ml. Fluid output = 2,800 ml. แผลกดทับที่สะโพกซ้ายไม่เพิ่มเกรด

21 ธันวาคม 2564 อาการทั่วไปปกติ ลด NSS 1000 ml. IV. เหลือ 40 ml/hr. CONSULT กายภาพด้วยภาวะ แขน-ขา 2 ข้างอ่อนแรง จากปัญหา old CVA left hemiplegia เดิม เพิ่ม BD (1:2;1) 250ml 4 มื้อ+น้ำ 30 ml. สูตรไต DTX 101 mg/dl สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

22-25 ธันวาคม 2564 อาการทั่วไปปกติ off NSS 1000 ml. IV เพิ่ม BD (1:2;1)., 250ml 4 มื้อ+น้ำ 30 ml. สูตรไต O_2sat 98-100 % Off Fortum 2 gm. ทุก 8 ชั่วโมง เมื่อครบ 7 วัน จำหน่าย

25 ธันวาคม 2564 เวลา 10.00 น.ยังคง On NG tube for feeding และ retained Foley catheter นัด Fallow up 5 มกราคม 2565 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 8 วัน

จากการการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการและจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี ตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว ได้รับการประเมินและปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลหลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัย มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนด แผนการดูแลและมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1
มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากประวัติผู้ป่วย หายใจเหนื่อยหอบ ซึมลง

2. ที่แผนกฉุกเฉินผู้ป่วย Conscious drowsiness, E4 M5 V3, BP 133/67 mmHg หายใจเหนื่อยหอบ RR 32 ครั้ง/นาที มีไข้ T 40.2 °C, P เบาเร็ว 96 ครั้ง/นาที O_2 sat 84 %, SOS score 7 คะแนน, On O_2 mask with bag 10 LPM ถึงหอผู้ป่วย BP 86/48 mmHg. R 28 ครั้ง/นาที MAP 61 mmHg

3. ผล Blood lactate 5.8 mmol/l , CBC พบ White Blood Cell (WBC) 19,740 cell/cu.mm, Neutrophil 77% ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth), DTX 142 mg/dl

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90 mmHg., MAP ≥ 65 mmHg. , T 36-37.5 °C, P 60-100 ครั้ง/นาที R 16-20 ครั้ง/นาที, O_2sat ≥ 95 %

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/cu.mm , Neutrophil 50-60 %, Urine output Urine output > 30 cc./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ MAP อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ประเมินทุก 15 นาที เมื่อ MAP ≥ 65 mmHg ประเมินทุก 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่

2. ดูแลให้ได้รับ O_2 mask with bag 10 LPM

3. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml. intravenous. load then 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำ

4. ดูแลให้ได้รับยา Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. Keep MAP ≥ 65 mmHg

5. ตวงปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถ keep BP ≥ 90/60 mmHg และMAP ≥ 65 mmHg ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc./hr. รายงานแพทย์ทราบและ record Fluid intake - output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte)

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ WBC และ Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง

2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP อยู่ระหว่าง 147-128/83-65 mmHg., MAP ≥ 65 mmHg หลังจากได้รับยา Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. 2 วัน T 36-37.5 °C, P 60-100 ครั้งต่อนาที RR 16-20 ครั้ง/นาที, O_2 sat ≥ 95 %

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 23 ธันวาคม 2564, WBC 8,600 cell/cu.mm.,
Neutrophil 56 % , Urine output > 30 cc./hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2
ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว

ข้อมูลสนับสนุน

1. แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ R 32 ครั้ง/นาที, O_2sat 84%, P เบาเร็ว 96 ครั้ง/นาที , F/P ratio 120

2. on O_2 mask with bag 10 LPM ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะระบบหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

2. สัญญาณชีพ R 16-20 ครั้ง/นาที, O_2sat ≥ 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงโดยเฉพาะลักษณะการหายใจ และระดับความรู้สึกตัว และ O_2sat ทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ปรับเป็นทุก 4 ชั่วโมง

2. ดูแลให้ได้รับ O_2 mask with bag 10 LPM

3. เตรียมความพร้อมของเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (High Flow Nasal Cannula:HFNC) เมื่อผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น F/P ratio เท่ากับ 101-300

4. รายงานแพทย์เมื่อ เหนื่อยหอบมากขึ้น และ O_2 sat มีแนวโน้มลดลง

การประเมินผล

ผู้ป่วย on O_2 mask with bag 10 LPM สามารถเปลี่ยนเป็น O_2 canular 3 L/M และสามารถ off O_2 canula ได้ในวันที่ 3 ของการรักษา O2 sat 97 - 100 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3
ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ T 40.2 °C , หายใจเหนื่อยหอบ R 28 ครั้ง/นาที, P เบาเร็ว 96 ครั้ง/นาที O_2 sat 84%, BP 133/67 mmHg ถึงหอผู้ป่วย BP 86/48 mmHg. R 28 ครั้ง/นาที, MAP 61 mmHg, on O_2 mask with bag 10 LPM , SOS score 7 คะแนน,

2. ผล Blood lactate 5.8 mmol/l, CBC พบ White Blood Cell (WBC) 19,740 cell/cu.mm, Neutrophil 77% ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 90/60-140/90 mmHg., MAP ≥ 65 mmHg. , T 36-37.5 °C, P 60-100 ครั้ง/นาที R 16-20 ครั้ง/นาที, O_2sat ≥ 95 %

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

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บปัสสาวะและเสมหะส่งตรวจและส่งเลือดตรวจด้วยวิธีเพาะเชื้อ

2. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก และ ทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 หากคงที่ให้ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

3. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte) โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข

4. ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานและเทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ

5. ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย รักษาความสะอาดของปากและฟัน การทำความสะอาดร่างกาย

6. ติดตามผล WBC และค่า neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm. IV. stat then ทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

8. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 38 °C และให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ

2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP อยู่ระหว่าง 147-128/83-65 mmHg., MAP ≥ 65 mmHg หลังจากได้รับยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm. IV. 2 วัน แนวโน้มไข้ลดลง T 36-37.5 °C, P 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-20 ครั้ง/นาที, O2sat ≥ 95 %

3. เมื่อได้ยา Fortum 2 gm. IV. ครบ 7 วัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 23 ธันวาคม 2564 WBC 8,600 cell/cu.mm.,Neutrophil 56 % , Urine output > 30 cc/hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4
ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจ blood Electrolyte เมื่อแรกรับ Sodium (Na) 118. 5 mmol/L, Potassium (K) 5.5 mmol/L

2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง อ่อนเพลีย ผอม

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ระดับ Na 136-145 mmol/L, K 3.5-5.1 mmol/L Potassium ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5-5.1 mEq/L

3. ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน - ขาอ่อนแรงกว่าเดิม ไม่มีคลื่นไส อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการอ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด

2. ดูแลให้ได้รับ Kalimate 30 gm. ใส่น้ำ 30 ml. oral q 4 ชั่วโมง 2 dose

3. ดูแลให้ได้รับ NSS 1000 ml. IV. 80 ml/hr.

4. on Monitor EKG ประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

5. ติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาครบ ตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ประเมิน อาการอ่อนแรงของกลามเนื้อ แขน ขา คลื่นไส อาเจียน

7. ประเมินความสมดุลของ Fluid intake - output ทุก 8 ชั่วโมง

8. ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางหลังจาก NPO เป็น BD (1:1) 150ml 4 มื้อ+น้ำ 50ml และปรับเพิ่มเป็น BD (1:2;1) 300 ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml

การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP อยู่ระหว่าง 147-128 /83-65 mmHg. T 36.3 – 37.2°C P 78-68 ครั้ง/นาที , R 24 ครั้ง/นาที O2 sat 98-100 %

3. ระดับ Na 140.5 mmol/L, K 4.09 mmol/L ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรงกว่าเดิม ไม่มีคลื่นไส อาเจียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ T 40.2 °C

2. อ่อนเพลีย นอนซึม

3. ผล Blood lactate 5.8 mmol/l, CBC พบ WBC 19,740 cell/cu.mm, Neutrophil 77% ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 หลอด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นและไม่มีไข้

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.5°C

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

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

2. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย และตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที

3. ดูแลให้ได้รับยาต้านจุลชีพ Fortum 2 gm. IV. ทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ (paracetamol) ตามแผนการรักษาเมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 °C ทุก 4-6 ชั่วโมง

5. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ เช่น ดูแลปิดไฟ และไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย

6. ติดตามผลเลือด hemoculture เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา

การประเมินผล

อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.5 °C

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

มีแผลกดทับเกรด 2 จากบ้านและมีโอกาสเกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่หรือแผลกดทับเดิมลุกลาม

ข้อมูลสนับสนุน

1. Braden score 8 คะแนนอยู่ในเกณฑ์ very high risk

2. มีแผลที่สะโพกซ้ายเกรด 2 ผิวหนังเปิดขนาดแผล 2×2 ซม.

3. สูงอายุ bed ridden

4. น้ำหนักตัวน้อย 40 กก.

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับใหม่เพิ่มและแผลเดิมหายเป็นปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

แผลที่สะโพกซ้ายเกรด 2 หายเป็นปกติและไม่เกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่

กิจกรรมการพยาบาล

1. ใช้ที่นอนลมไฟฟ้าและตรวจประเมินสภาพที่นอนลมทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิด bottom out และปรับแรงดันลมให้เหมาะสมกับน้ำหนักของผู้ป่วย

2. ประเมินจุดกดทับและจุดเปราะบาง เช่น กรณีมีการเกร็งของแขน ขา รวมถึงสภาพผิวหนังที่ ใบหู ไหล่ ก้นกบ สะโพก ส้นเท้า ตั้งแต่แรกรับ

3. การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนังและบริเวณผิวหนังที่เปราะบาง โดยการทาโลชั่นและดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการถูกทำลายจากการเปียกชื้นของปัสสาวะอุจจาระ

4. แนะนำญาติผู้ดูแล ทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายทันทีหรือไม่เกิน 30 นาที ด้วย สบู่เหลวสูตรสำหรับเด็ก

5. เปลี่ยนและจัดท่านอน ตะแคงขวาและท่านอนหงาย ไม่เกิน 30 องศา ทุก 2 ชั่วโมง งดนอนตะแคงซ้าย เนื่องจากมีแผลกดทับและดูแลความเปียกชื้นและสังเกตสภาพผิวหนังตำแหน่งที่กดทับก่อนเปลี่ยนท่านอน

6. การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยใช้ผ้ารองตามยาวของตัวผู้ป่วย และเคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการดึงลาก

7. การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและประเมินการได้รับสารอาหารในแต่ละวัน

8. สื่อสารกับญาติผู้ดูแลในการช่วยสังเกตสภาพผิวหนังผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณแผลที่ก้น เมื่อเปลี่ยนผ้าอ้อมอนามัยและแจ้งพยาบาลทันที เมื่อผิวหนังเปลี่ยนสภาพหรือแผลที่ก้นมีความเปียกชื้นก่อนถึงรอบการทำแผล

การประเมินผล

ตลอดระยะเวลาการดูแลไม่เกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่ และแผลกดทับเดิมหายเป็นปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7
เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อมูลสนับสนุน

1. สูงอายุและระดับความรู้สึกตัวลดลง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดพลัดตกเตียงและดึงอุปกรณ์อุปกรณ์ทางการแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พลัดตกเตียง และไม่ดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกั้นเตียง ให้อยู่ในสภาพปลอดภัย

3. ยกราวกั้นเตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้งภายหลังทำกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

4. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกับญาติ และขออนุญาตใส่ถุงมือกันดึง

5. ให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการตกเตียง การใช้เหล็กกั้นเตียง การใช้กริ่ง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีญาติดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่พลัดตกเตียง และไม่ดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8
เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

2. CVA left hemiplegia, bedridden
3. สูงอายุ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปัสสาวะสีเหลืองใส ผล Urine exam ปกติ
2. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำการสวนปัสสาวะอย่างถูกต้องตามหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ
2. ดูแลระบบการระบายน้ำปัสสาวะให้เป็นระบบปิดให้มากที่สุด โดยไม่ถอดสายสวนออกจากท่อระบายปัสสาวะที่ไม่จำเป็น
3. ดูแลให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก ไม่ให้สายระบายปัสสาวะเกิดการอุดตัน หักพับงอ และให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ และในทิศทางตั้งฉากกับพื้น เพื่อป้องกัน ปัสสาวะไหลย้อนกลับ โดยถุงรองรับปัสสาวะไม่วางติดพื้น
4. ทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเปื้อนสกปรก
5. ตรึงสายสวนปัสสาวะที่หัวเหน่า
6. เปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะโดยพิจารณาตามความเหมาะสมเมื่อถุงรั่วหรือสกปรก โดยเขียนวันที่เปลี่ยนไว้ที่ถุงรองรับปัสสาวะ

การประเมินผล

1. ปัสสาวะสีเหลืองใส ผล Urine exam ไม่พบความผิดปกติ
2. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9

มีความไม่สมดุลของภาวะโภชนาการจากการได้รับน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการเป็นโรคเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่า BMI 15.6
2. on NG tube feeding
3. ผล NAFได้ 15 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ severe malnutrition

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อลดระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับอาหารทาง NG tube feeding ได้ตามแผนที่โภชนากรคำนวณพลังงานไว้ได้หมดในแต่ละมื้อ
2. Serum Albumin = 3.5 - 5.2 g/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ปรึกษาโภชนากร เพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะกับสภาพผู้ป่วย และ กำหนดแผนการให้อาหาร ในแต่ละมื้อและแต่ละวัน โดยใช้ Nutrition Alert Form (NAF) ในการประเมินภาวะทุพโภชนา และคำนวณพลังงานแคลรอรี่ที่ต้องได้ในแต่ละวันโดยใช้สูตร 66 + (13.7 X น้ำหนักตัวปัจจุบันเป็นกิโลกรัม) + (5 x ส่วนสูงปัจจุบันเป็นเซนติเมตร) – (6.8 x อายุปัจจุบัน) ได้พลังงาน 1,200 Kcal/day โปรตีน 48.84 g/day
2. ดูแลให้ได้รับอาหารหลังจาก NPO ยกเว้นยา โดยเริ่มจาก BD (1:1) 150ml 4 มื้อ+น้ำ 50ml และปรับเพิ่มเป็น BD (1:2;1) 300 ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml
3. ประเมินการได้รับอาหารแต่ละวันให้ได้รับครบถ้วนตามโภชนากรกำหนด

การประเมินผล

รับอาหารทาง NG tube feeding ได้หมดในแต่ละมื้อ Serum Albumin 3.9 g/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการ การรักษาของโรค และลังเลที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยท่าทีเป็นมิตร อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจและให้ความเป็นกันเอง

2. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดคุณค่าเป็นที่ต้องการของญาติและครอบครัว

3. อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยอย่างเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย

4. เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจนเข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าทีที่เป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและศรัทธา

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อเป็นการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความเป็นจริง

6. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและซักถามสิ่งที่สงสัย และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายกังวล เข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11
เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติบอกไม่มั่นใจว่าจะปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และกลัวว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการผิดปกติที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นอีก

2. เมื่อ 7 วันก่อนมาตรวจรักษาด้วยเรื่องสายยางให้อาหารหลุด ญาติป้อนอาหารเองทางปาก มีการสำลัก นอนรักษาในโรงพยาบาลจำหน่ายไปได้ 2 วัน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการผิดปกติใดๆ

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและประสานส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

D : Disease: สอนความรู้เรื่องโรคโดยใช้กระบวนการการทำ Nursing Round ร่วมกันระหว่าง แพทย์ พยาบาล ญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วย โดยร่วมวางแผนการดูแลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

M : Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา แนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

E : Environment/ Economic/ Equipment ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ และระวังการพลัดตกหกล้ม

T : Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันการสำลัก และการจัดการเมื่อสายยางให้อาหารขยับเลื่อนออกหรือหลุด การดูแลสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การทำแผล และการเปลี่ยนท่านอนเพื่อป้องกันแผลกดทับ ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

H : Health care การดูแลสุขอนามัย การดูแลสุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออาการ

ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ มีไข้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง แผลกดทับลุกลาม ปัสสาวะขุ่น

O : Outpatient การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ

Diet: การเตรียมอาหารทางสายยาง การให้อาหารทางสายยางและสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะทุพโภชนา

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

บทวิจารณ์

การพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต มีการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast tract เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามนโยบาย service plan ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ซึ่งมีทั้งภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ตั้งแต่การใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย (SIRS) และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์พิจารณารายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ หากทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การช่วยเหลือภายใน 1 ชั่วโมงจะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น รวมทั้งการประเมินและติดตามโดยใช้ S0S score การวินิจฉัย การวางแผนการดูแล การรายงานแพทย์ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้องทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte) ทดแทนอย่างเพียงพอ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด เพื่อเพิ่มความดันโลหิต การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว เพื่อให้พ้นระยะช็อกอย่างรวดเร็ว สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ Protocol severe sepsis และ Septic shock มีความรู้ ความสามารถทักษะในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การประเมินซ้ำให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งความสามารถในการประเมินภาวะฉุกเฉิน อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อรายงานแพทย์และให้การพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาและมีความเสี่ยงสูง และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

บทสรุป

การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งการติดเชื้อในร่างกายมีผลกระทบต่ออวัยวะภายในร่างกายในระยะแรก ร่างกายมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็วจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะคืนสู่สภาวะปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม อวัยวะต่างๆ จะทำงานล้มเหลวและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast tract และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการ จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา ภาวะช็อก การประเมินสภาพผู้ป่วย การรายงานแพทย์เมื่ออาการผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะช็อคเป็นเวลานาน และลดระยะเวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

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. คณะแพทย์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock (internet). 2560 (เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2566). เข้าถึงได้จาก: http://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/sirirajknowledge/sepsis/3545

5. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือสำหรับประชาชนเรื่องเซ็พสิส (Sepsis) (internet). 2562 (เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2566). 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. รัฐภูมิ ชามพูนท. Septic Fast Track. ใน: ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สหดล ปุญญถาวร, บรรณาธิการ. ICU Everywhere. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2561. หน้า 128-137.
8. นนทรัตน์ จำเริญวงค์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7(3):319-29.
9. โรงพยาบาลบางมูลนาก. งานเวชสถิติ. รายงานประจำปีโรงพยาบาลบางมูลนาก ปี 2565. พิจิตร: โรงพยาบาล; 2565.