



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน  
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

Nursing care of patients with pneumonia resistant to multiple antimicrobial drugs  
In the medical ward

ศรียุตา สุขงาม\*

Srisuda sukngam

(Received: September 04, 2023; Revised: September 25, 2023; Accepted: October 12, 2023)

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล เป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นำไปสู่การเสียชีวิตและใช้ค่ารักษาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะแผนกอายุรกรรมเนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคเรื้อรังนอนโรงพยาบาลนาน มีโรคแทรกซ้อนและมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาต้านจุลชีพ ดังนั้น บทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลควมคุมป้องกันการติดเชื้อ คือการสร้างเครือข่ายความร่วมมือของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อลดอุบัติการณ์ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิดในหอผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาวันนอน กรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

**วิธีการศึกษา:** กรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 1 ราย ระยะเวลาการรักษา 12 วัน เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการโทรเยี่ยมติดตามอาการ

**ผลการศึกษา:** ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี มีประวัติ 3 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วย โรคหลอดเลือดสมองตีบแขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor power grade 3 พุดไม่ชัด Barthel index 75 คะแนน ขาดการมาตรวจตามนัดมาโรงพยาบาลด้วยอาการซึมลง หายใจเหนื่อยหอบ มีเสมหะในลำคอ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Pneumonia ผลรังสีทรวงอกปอดอักเสบ ผลเพาะเชื้อเสมหะ Acinetobacter baumannii (CRAB MDR) และผลเพาะเชื้อในเลือด ไม่พบเชื้อรักษาโดยใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงร่วมกับใช้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ หยุดการใช้ออกซิเจน ให้อาหารทางสายยางจำหน่ายกลับบ้านได้หลังนอนโรงพยาบาล 12 วัน โดยมีทีมพยาบาลเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาล ร่วมวางแผนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามมาตรฐานร่วมกับทีมหอผู้ป่วยและติดตามการรักษาพยาบาลจนสิ้นสุดการรักษา

**สรุป:** จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้มีโรคหลอดเลือดสมองตีบ ส่งผลให้การพูดและการกลืนบกพร่อง เกิดการสูดสำลักเกิดปอดอักเสบและมีภาวะช็อก ร่วมกับมีประวัติเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลทำให้เกิดการติดเชื้อดื้อยา โดยผู้ป่วยรายนี้มีการปรับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมกับเชื้อที่ตรวจพบอาการดีขึ้นตามลำดับ จนจำหน่ายกลับบ้านได้ การศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, โรคปอดอักเสบ, การดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี e-mail s2005sukngam@gmail.com โทรศัพท์...089 086 7632



## Abstract

**Introduction:** Infections resistant to multiple antimicrobial drugs in hospitals. It is an important problem that is likely to increase. Leads to death and increases treatment costs. Especially the internal medicine department because they are chronic patients. Elderly people who stay in the hospital for a long time have infectious diseases and have infections in hospitals where antimicrobial drugs are used. Therefore, the important role of nurses is to control infection prevention. is to create a collaborative network of personnel working in the medical ward To exchange knowledge leading to the development of quality in patient care. As a result, the incidence of infections resistant to many antimicrobial drugs in the wards has decreased. The cost and duration of treatment are reduced. This article presents a case study with the objective of studying nursing care of patients with pneumonia resistant to various antimicrobial drugs in the medical ward.

**Methods:** This study involved 1 patient admitted with pneumonia resistant to multiple antimicrobial drugs at Singburi Hospital, 12 days, from data records. Inpatient medical records Interviewing patients and relatives Call to visit and follow up on symptoms.

**Results:** The results of the study found that a Thai male patient, aged 65 years, had a history of 3 weeks. Before being admitted to the hospital Ischemic stroke, right limb weakness, Motor power grade 3, speech unclear, Barthel index score 75, missed the follow-up examination, came to the hospital with symptoms of depression. Breathless Had mucus in the throat 6 hours before coming to the hospital. Doctor diagnosed Pneumonia, chest radiograph results, pneumonia. Sputum culture results Acinetobacter baumannii(CRAB MDR) and blood culture results No infection was found. Treated using high flow oxygen along with intravenous antibiotics. The patient's symptoms gradually improved. Stop using oxygen Feeding tubes can be sent home after 12 days of hospital stay, with a team of nurses monitoring the hospital for infection. Participate in planning to prevent the spread of infection according to standards with the ward team and follow up on medical treatment until the end of treatment.

**Conclusion:** From the study, this patient had ischemic stroke. This results in impaired speech and swallowing. Choking resulted in pneumonia and shock. Along with a history of being hospitalized, it causes drug-resistant infections. This patient had the antibiotics adjusted to suit the bacteria detected and his symptoms improved accordingly. Until you can sell it home. This study will help provide more effective nursing care for patients with pneumonia resistant to multiple antimicrobial drugs in the medical ward.

**Keywords:** nursing, pneumonia, multidrug antimicrobial resistance

## บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 25562 – 2564 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบต่อแสนประชากร 53.3, 52.2 และ 48.3 ตามลำดับ โดยสถิติปี พ.ศ. 25562 – 2564 ระดับเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจาก



โรคปอดอักเสบต่อแอสปราคา 69.05, 65.78 และ 60.09 ตามลำดับ<sup>1</sup> ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุพบปอดอักเสบจากการสูดสำลัก และโรคร่วมความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง<sup>2</sup> ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนแลคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างถุงลมกับหลอดเลือดลดลงจนค่าความดันก๊าซออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลง หากน้อยกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทเรียกว่าภาวะหายใจล้มเหลว<sup>3</sup> ส่งผลต่ออวัยวะสำคัญทำงานล้มเหลวนำไปสู่การเสียชีวิต

จากสถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี พ.ศ. 2564-2566 พบอัตราการตายโรคปอดอักเสบ 29.8 , 22.29 และ 29.92 ตามลำดับ<sup>4</sup> และจากการศึกษาพบปอดอักเสบเกิดจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานคือความสามารถของเชื้อแบคทีเรียในการเจริญเติบโตหรืออยู่รอดได้แม้สัมผัสกับยาต้านจุลชีพที่มีความเข้มข้นเพียงพอในการฆ่าหรือยับยั้งเชื้อในสายพันธุ์เดียวกัน หรือเจริญเติบโตได้แม้สัมผัสกับยาต้านจุลชีพที่มีความเข้มข้นสูงกว่าที่ใช้ในการป้องกันและรักษาโรค<sup>5</sup> จากสถิติแผนกอายุรกรรมในปี 2564- 2565 มีจำนวนผู้ป่วย 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.86 และ 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.47 และพบร้อยละ 81.14 มีอายุมากกว่า 60 ปี เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3-5 ครั้งในรอบ 12 เดือน ร้อยละ 30.29 เชื้อที่พบบมากที่สุด คือ *Escherichia coli* ร้อยละ 36.0 รองลงมาคือ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 32.0 และร้อยละ 38.85 มีจำนวนวันนอนมากกว่า 60 วัน และเสียชีวิตร้อยละ 46.29<sup>6</sup> ผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจนระดับในเล็กน้อยได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง<sup>7</sup> และรายที่พร่องออกซิเจนระดับปานกลางถึงรุนแรงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะมากกว่า 2 กลุ่มส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการเข้ายปฏิบัติชีวนะสูง จำนวนวันนอนและอัตราการเสียชีวิตสูง<sup>8,9,10</sup>

ดังนั้นการดื้อยาต้านจุลชีพจึงเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมป้องกันการระบาดในกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ร่วมกับทีมดูแลในหอผู้ป่วย เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในกลุ่มงานอายุรกรรมและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อไป

#### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

#### วิธีการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 1 ราย ระยะเวลา 12 วัน (15 -27 มิถุนายน 2566) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

#### กรณีศึกษา

#### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส อาชีพ ไม่ได้ทำงานอยู่บ้าน

#### อาการสำคัญ

ซึมลง หายใจเหนื่อยหอบ มีเสมหะในลำคอ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

#### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน



3 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วย โรคหลอดเลือดสมองตีบแขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor power grade 3 พูดไม่ชัด Barthel index 75 คะแนน ใส่สายยางให้อาหารกลับบ้านดั่งสายยาง ออก รับประทานอาหารทางปาก ขาดการมาตรวจตามนัด

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:** เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 10 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง

**ประวัติสารเสพติด** สูบบุหรี่ 1 ซองต่อวัน /ปฏิเสธการดื่มสุรา

**ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว**

มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิตด้วยเส้นเลือดสมองตีบ บิดาเป็นเบาหวานเสียชีวิตด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือด มีพี่ชาย 1 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ยังมีชีวิต

**Physical examination (15 มิถุนายน 2566)**

แรกรับวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 72/48 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 96 เปอร์เซ็นต์ น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 28.62 Kg/m<sup>2</sup> ชายไทย รูปร่างอ้วน สีผิวค่อนข้างคล้ำ ผมสั้นสีดำสลับขาวมีการกระจายของตัวผมสม่ำเสมอ ระดับความรู้สึกรู้สึก GCSE<sub>2</sub>V<sub>2</sub>M<sub>5</sub> signs Pupil 2.5 มิลลิเมตร RTLBE Motor power แขนขาข้างขวา grade 3, Barthel Index = 60 คะแนน

**Head:** Hair: color black and white, short hair, no hair loss Scalp: normal shape, no lesion.

**Face:** Right facial palsy, no mass, no lesion, no tenderness at both sinus area.

**Eye:** normal external configuration, eyebrow and eye lash present bilaterally, move symmetry, conjunctiva clear no lesion not pale, sclera white, pupils 2.5 mm react to light both eyes, Good visual acuity, visual field abnormal by confrontation, right eye abnormal movements, corners & lens clear.

**Cardiovascular:** No cyanosis barrel chest no jugular vein engorgement and no abnormal pulsation at jugular vein. Peripheral Pule full irregular rate 128/min, normal heart sounds (S1, S2), no murmur.

**Lung:** Crepitation both lung, no rhonchi and wheezing both lung.

**Abdomen:** Abdomen symmetric bilaterally, no lesions, no spider nevi, no peristalsis and abnormal pulsation, bowel sounds 8 ครั้ง/นาที, Abdomen soft no tenderness no guarding, no mass.

**Neuro:** Stupor ซึม GCS E<sub>2</sub>V<sub>2</sub>M<sub>5</sub> pupil 2.5 mm.RTLBE Motor power แขนขาข้าง grade 3

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (15 มิถุนายน 2566)**

Complete Blood Count: WBC 18.71 x10<sup>3</sup>/uL, Hematocrit 30%, Platelet count 244,000 cells/ul ผลตรวจมีค่าการติดเชื้อในร่างกายสูง

Coagulopathy: Partial thromboplastin time 23.7 sec, Prothrombin time 11.8sec, INR 1.07 ผลตรวจมีค่าการแข็งตัวของเลือดปกติ

Electrolyte: Sodium 139 mmol/L, Potassium 5.1mmol/L, Chloride 106 mmol/L, TCO<sub>2</sub> 18 mmol/L ผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

BUN36 mg/dl, creatinine 2.1 mg/dl, EGFR 43.8 ml/min/1.73m<sup>2</sup> ผลอัตราการกรองไตต่ำกว่าปกติ (16 มิถุนายน 2566) BUN 37 mg/dl, Creatinine 2.0mg/dl, EGFR 49 ml/min/1.73m<sup>2</sup> ผลอัตราการกรองไตดีขึ้น



(18 มิถุนายน 2566) BUN 31 mg/dl, Creatinine 1.30mg/dl, EGFR 60 mL/min/1.73m<sup>2</sup> ผลอัตรา  
การกรองไตดีขึ้น

Urine Examination: Red blood cell 0-1 cell/HD, White blood cell 0-1 cell/HD ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ  
Lactate: 3.4 mmol/L next 6 hr 3.6 mmol/L

Sputum g/s: gram moderate negative Bacilli, moderate positive Bacilli

Sputum C/S: Acinetobacter baumannii (CRAB MDR) Sens Tigecycline ชนิดเดียว

#### การตรวจพิเศษ

1. การตรวจ Chest X-ray ผล: (15/6/66) fine mind cardiomegaly, Interstitial infiltration at both  
lower lobes. Pneumonia is suggested.

2. การตรวจ Chest X-ray ผล:(20/6/66) Decreased infiltration right lung . Pneumonia is  
suggested.

3. การตรวจECG ผล: พบ No ST Change, Sinus tachycardia 126 ครั้งต่อนาที

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีดังนี้

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1** มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของปริมาณ  
เลือดกับขนาดของหลอดเลือดมีผลให้เกิดการไหลเวียนของเลือดล้มเหลวเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติบอก "เหนื่อย ตัวร้อนมาก"

O: 1. มีประวัติ 3 สัปดาห์ มาอนโรพยาบาล 4 วัน 6 ชั่วโมง มีไข้ ซึมลง หายใจเหนื่อยมากขึ้น

2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง  
ต่อนาที ความดันโลหิต 72/48 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 96 เปอร์เซ็นต์

3. ประเมิน SOS Score 3 คะแนน ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของผู้ป่วยติดเชื้อ

4. W.B.C 18.71 X10<sup>3</sup>/ul, Neutrophils 89.4 %

5. Sputum C/S: Acinetobacter baumannii (CRAB MDR)

6. ปลายมือเท้าเย็น capillary refill time 3 sec

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล:

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการ  
หายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลาย  
นิ้ว >95 %

2. เนื้อเยื่อของร่างกาย ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ, ผิวหนังอุ่น, ระดับความรู้สึกตัวดี Capillary  
Refill น้อยกว่า 3 วินาที

3. ปริมาณปัสสาวะออกทุกชั่วโมง  $\geq$  30 mL/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ (แนวปฏิบัติของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด) ให้  
สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml v load 1,000 ml then 80 mL/hr ใช้ Infusion pump control หลังจาก  
นั้น 2 ชั่วโมง load 0.9% NaCl 1,000 ml เพิ่ม



2. ดูแลให้ยา Norepinephrine (4:250) IV drip 10 ml/hr (ผสม Norepinephrine 8 mg ผสม 5% D/W 500 ml โดยก่อนผสมดึงออก 8 ml เท่ากับปริมาณยาที่ใช้) ปรับเพิ่มขึ้นครั้งละ 3 ml/hr ทุก 15 นาที Keep BP >90/60 mmHg, MAP >65 ปรับได้สูงสุด 105 ml/hr และให้ผ่าน Infusion pump control เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หลอดเลือดดำที่ใช้ทางเส้นแอกเสบ (Phlebitis) โดยปรับอัตราการไหลสูงสุดที่ 42 ml/hr

3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Cefazidime 2 gm V q 8hr โดยเริ่มให้ยาภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัยโรค โดยผสมยา Cefazidime 2 gm ใน 0.9% NaCl 100 ml drip ในเวลา 30 นาที

4. ดูแลให้ยา Hydrocortisone 100 mg V ทันที และให้ Hydrocortisone 200 mg V drip in 24 hr เพื่อกระตุ้นเพิ่มสาร cortisone เนื่องจากผู้ป่วยมีน้ำสมุนไพรมีการใช้ steroid

5. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะตามเทคนิคปราศจากเชื้อ ติดพลาสติกที่หน้าขาเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ ป้องกันไม่ให้สายหักพับงอ ให้ถุงรองปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าลำตัวเสมอ ป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับ และใช้สำลีแอลกอฮอล์เช็ดก่อนและหลังปลดปัสสาวะออก

6. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ 24 ชั่วโมง เพื่อติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ และลักษณะคลื่นหัวใจที่ผิดปกติ

7. ติดตามสัญญาณชีพและความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ทุก 15-30 นาที ในระยะแรกจนสัญญาณชีพคงที่ และวัดสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมงตามลำดับ ลงบันทึกทุกครั้ง

8. ติดตามปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr ลงบันทึกและรายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 15 มิถุนายน 2566 หลัง 8 ชั่วโมง

1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 84/46 (58) มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว >94 %

2. ปลายมือผิวหนังเริ่มอุ่น, หลอดตีอ่อนเพลีย, Capillary Refill 3 วินาที

3. ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 2,200 ml ปริมาณปัสสาวะออกคาสาย

วันที่ 16-18 มิถุนายน 2566

1. อุณหภูมิร่างกาย 38.0-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 108-112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/62-111-68 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97-98 เปอร์เซ็นต์หยุดให้ยากระตุ้นความดันโลหิต หลังครบ 48 ชั่วโมง

2. ปลายมือผิวหนังอุ่น, หลอดตีอ่อนเพลีย, Capillary Refill 3 วินาที

3. ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 1,600 -1,800 ml ปริมาณปัสสาวะออก 1,200-1,400 ml

วันที่ 19-22 มิถุนายน 2566

1. อุณหภูมิร่างกาย 37.3-37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/78-122/88 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97-98 เปอร์เซ็นต์

2. ปลายมือผิวหนังอุ่นดี, รู้สึกตัวดี, Capillary Refill 2 วินาที

3. ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 1,200-1,600 ml ปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 1,100-1,250 ml

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2** การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลงจากการติดเชื้องอกปอด



### ข้อมูลสนับสนุน

S: ซักถามผู้ป่วย “เหนื่อยไหม” ผู้ป่วยพักหน้า

O: 1. อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 72/48 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 96 เปอร์เซ็นต์

O: 2. ฟังเสียงปอดเป็นเสียง Crepitation ทั้งสองข้าง มีเสมหะสีเหลืองข้นจำนวนมากขับออกเองไม่ได้

O: 3. Chest X-ray ผล:(15/6/66) Interstitial infiltration at both lower lobes. Pneumonia is suggested.

O: 4. Sputum g/s: gram moderate negative Bacilili, moderate positive Bacilili.

Sputum C/S: Acinetobacter baumannii (CRAB MDR)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและการติดเชื้อที่ปอดลดลง  
เกณฑ์การประเมินผล:

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติ .อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 95-100 เปอร์เซ็นต์

2. ฟังเสียงปอด ไม่พบเสียง Crepitation เสมหะลดลง ขับออกเองได้มากขึ้น

3. Chest X-ray ผล ไม่พบinfiltration

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยใส่ High-flow nasal cannula Fi O<sub>2</sub> เท่ากับ 0.6 ค่า Total flow 50 ลิตรต่อนาที อุณหภูมิ 34 องศาตรวจสอบการทำงานของเครื่องอย่างต่อเนื่อง

2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะคือ Ceftriaxone 2 gm iv ทุก 8 ชั่วโมงและ หลัง 48 ชั่วโมงปรับเปลี่ยนยาตามผลเพาะเชื้อในเสมหะ Tigecycline 50mg ผสมใน NSS 100 ml iv 30 นาทีทุก 12 hr x 7 วัน. เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ มีผื่นแดงขึ้นตามผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น

3. พ่นยา Berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง จากนั้นเคาะปอดพร้อมดูดเสมหะ

4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะเองร่วมกับดูดเสมหะทางปาก เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ ใช้ความดันขณะดูดเสมหะระหว่าง 80 – 120 มิลลิเมตรปรอทประเมินและบันทึกลักษณะ สีและจำนวนเสมหะ หากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา

5. จัดทำอนศิริษะสูง 15-45 องศา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ ช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง

6. งดการบ้วนอาหารทางปาก ให้อาหาร Blendera (1.2:1) 300 มิลลิลิตร ทุก 6 ชั่วโมง ให้น้ำตาม 50 มิลลิลิตร และยาผ่านทางสายยางที่จุ่มก

7. ดูแลให้ยา Flumucil 200 มิลลิกรัม 1ซอง หลังอาหาร 3 มื้อเพื่อลดอาการเหนียวของเสมหะ

8. ดูแลให้ยา Paracetamol (500) 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลามีไข้ ร่วมกับเช็ดตัวลดไข้

9. ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อฝึกการหายใจและช่วยการขับเสมหะ ในวันที่ 3 ของการรักษา

10. ติดตามสัญญาณชีพ ฟังเสียงปอด ลักษณะเสมหะ และผลตรวจ Chest x-ray ร่วมกับการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อติดตามการติดเชื้อที่ปอด



ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 16-18 มิถุนายน 2566)

1. อุณหภูมิร่างกาย 38.0-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 108-112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/62-111-68 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97-98 เปอร์เซ็นต์

2. ฟังเสียงปอด เสียง Crepitation เสมหะลดลง ยังช่วยดูแลเสมหะทุก 6 ชั่วโมง

วันที่ 19-22 มิถุนายน 2566)

1. อุณหภูมิร่างกาย 37.3-37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/78-122/88 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97-98 เปอร์เซ็นต์

2. ฟังเสียงปอด เสียง Crepitation เสมหะลดลง ขับออกเองได้มากขึ้น ยังช่วยดูแลเสมหะ

3. Chest X-ray ซ้ำ 20/6/2566 Decreased infiltration right lung . Pneumonia is suggested.

4. ลด High-flow nasal cannula FiO<sub>2</sub> เท่ากับ 0.4 ค่า Total flow 40 ลิตรต่อนาที อุณหภูมิ 35 และหยุดใช้ ออกซิเจนแรงดันสูง ใช้ ออกซิเจน Cannula 3 ลิตรต่อนาที (23/6/2566) และหยุดใช้ออกซิเจนในวันที่ 25 มิถุนายน 2566 จนจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 27 มิถุนายน 2566

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3** ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง

ข้อมูลสนับสนุน (15 มิถุนายน 2566)

S: ญาติบอก “ปัสสาวะไม่ค่อยมี”

O: 1. ใส่สายสวนปัสสาวะมีปัสสาวะออกคาสาย

2. พบภาวะน้ำเกิน ไม่มีอาการบวมกดบุ๋ม

3. BUN 36 mg/dl Creatinine 2.6 mg/dl , EGFR 26 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> เพิ่มขึ้นจากเดิม

BUN 18 mg/dl , Creatinine 0.9 mg/dl , EGFR 96 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (18/6/ 2566)

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตวายเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบภาวะน้ำเกิน ไม่มีอาการบวมกดบุ๋ม

2. BUN 10-20 mg/dl, Creatinine 0.9-1.2 mg/dl, EGFR > 90 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

3. ปริมาณปัสสาวะออก ทุกชั่วโมง  $\geq 30$  ml/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยา Furosemide 20 mg v ตามแผนการรักษา และติดตามอาการข้างเคียงของยา เช่น ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล อธิบายให้ทราบว่าไตทำงานลดลง ปัสสาวะจึงออกน้อยลง

2. ดูแลดื่มน้ำและอาหาร 24 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา หลังจากรับประทานอาหาร ได้ควบคุมปริมาณน้ำเข้าร่างกาย < 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความสำคัญในการควบคุมปริมาณน้ำที่เข้าทางสายยาง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

3. ดูแลให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษา จำกัดโซเดียมน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน หรือ เกลือ 1 ช้อนชา น้ำปลา 2 ช้อนโต๊ะ พร้อมอธิบายถึงความสำคัญและขอความร่วมมือ





4. ติดตามบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกเป็น มิลลิลิตร ทุก 4-6 ชั่วโมง หากพบปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์

5. ติดตามเจาะเลือดส่งตรวจ ค่าการทำงานของไตร่วมกับบิโอดีโตรโกลด์ ตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 16 มิถุนายน 2566

1. ไม่พบภาวะน้ำเกิน ไม่มีอาการบวมกดบูนุ่ม

2. ค่าไตลดลง BUN 37 mg/dl, Creatinine 2.0mg/dl, EGFR 49 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>

3. ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย 1,200 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 1,400 มิลลิลิตร

วันที่ 18 มิถุนายน 2566

1. ไม่พบภาวะน้ำเกิน ไม่มีอาการบวมกดบูนุ่ม

2. ค่าไตลดลง BUN 31 mg/dl, Creatinine 1.30mg/dl, EGFR 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>

3. ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย 1,200 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 1,600 มิลลิลิตร

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4** ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก “ตัวร้อนมา 2 วัน”

O: 1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 72/48 มิลลิเมตรปรอท

2. Diagnosis Pneumonia

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท

2. ผู้ป่วยสุขสบาย หลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Paracetamol (250) X 1 tab suppository เวลา มีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง ในขณะที่งดน้ำและอาหาร และเปลี่ยนเป็น Paracetamol (500) X 1 tab oral เวลา มีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง หลังจากให้อาหารทางสายยาง

2. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำสะอาด โดยเช็ดจากส่วนปลายแขนขาเข้าหาลำตัว และวางผ้าตรงตำแหน่งหน้าผากและรักแร้ โดยเช็ดตัวลดไข้ครั้งละ 15-20 นาที สอนญาติลงมือทำร่วมด้วย

3. แนะนำห่มผ้าที่มีการระบายอากาศได้ดี ไม่หนาเกินไป จัดใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี

4. จัดสิ่งแวดล้อมสะอาด เยียบสงบเหมาะกับการพักผ่อน

5. อธิบายถึงอาการแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และร่วมมือในการรักษาพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 16-18 มิถุนายน 2566

1. อุณหภูมิร่างกาย 38.0-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 108-112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/62-111-68 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97-98 เปอร์เซ็นต์



2. ปลุกตื่นอ่อนเพลีย หลับได้เป็นช่วงเวลา 30-40 นาที

วันที่ 19-22 มิถุนายน 2566

1. อุณหภูมิร่างกาย 37.3-37.9 องศาเซลเซียส ซีพจร 90-102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/78-122/88 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97-98 เปอร์เซ็นต์

2. สุขสบายมากขึ้น หลับพักได้ 6 ชั่วโมงต่อวัน

วันที่ 23-27 มิถุนายน 2566

1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8-37.8 องศาเซลเซียส ซีพจร 86-98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/56-110/60 มิลลิเมตรปรอท

2. สุขสบายมากขึ้น ไข้ลดลง ช่วงกลางคืน หลับพักได้ 7 ชั่วโมง และกลางวันหลับพักได้ 2-3 ชั่วโมง  
**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5** มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา  
ข้อมูลสนับสนุน

O: Sputum g/s: gram moderate negative Bacilli, moderate positive Bacilli

Sputum C/S: Acinetobacter baumannii (CRAB MDR) Sens Tigecycline ชนิดเดียว

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่พบการแพร่กระจายเชื้อสูงผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลผู้ป่วยติดตามผลการตรวจเพาะเชื้อ รายงานแพทย์เจ้าของไข้ แจ้งทีมพยาบาลผู้ดูแลรับทราบผลตรวจ และปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย ดังนี้

1.1 รายงานพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อทันที โดยพยาบาลจะเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยจัดเตรียมสถานที่ ติดป้ายเตือนเชื้อดื้อยาที่เตียง และเวชระเบียนผู้ป่วย เตียงห่างกันมากกว่า 1 เมตร ติดตั้งม่านพลาสติกใส ทำความสะอาดยูนิท ต่างๆ ด้วย 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรด์ วันละครั้ง ตอนเช้า จัดชุดอุปกรณ์ เครื่องติดตามการทำงานหัวใจ ปรอทวดใช้ หูฟังแพทย์ 70% แอลกอฮอล์ ล้างมือ แยกใช้กับผู้ป่วยรายเดียว

1.2 ส่งต่อข้อมูลในทีม เรื่องพบเชื้อดื้อยา เน้นการปฏิบัติ การล้างมือ ก่อนและหลังให้การพยาบาล กรณีให้การพยาบาลมีระยะเวลานาน เช่น การเช็ดตัว ให้เจ้าหน้าที่ใส่ ชุดคลุม หน้ากากอนามัย ถุงมือ Face shield ตามมาตรฐาน จัดลำดับการให้การพยาบาลในผู้ป่วยมีการติดเชื้อรายสุดท้าย

1.3 แจ้งญาติผู้เฝ้าไข้ให้รับทราบ และสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เน้น การล้างมือหลังทำกิจกรรม

1.4 แจ้งพนักงานประจำตึกเรื่องการกำจัด ทำลายเชื้อและสารคัดหลั่ง เช่น เสมหะ กระดาษทิชชูที่ปนเปื้อน ในถังขยะติดเชื้อ และแต่งกายในช่วงเวลาเก็บขยะให้ถูกต้อง

1.5 สบสวนการติดเชื้อแหล่งที่มาการติดเชื้อ ร่วมกับทีมพยาบาลในหอผู้ป่วย

2. จัดสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยที่เตียงเท่าที่จำเป็น ไม่ปนกับผู้ป่วยรายอื่น

3. หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านพนักงานทำความสะอาดยูนิทผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด

4. พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อติดตามอาการ การรักษาของผู้ป่วยจนสิ้นสุดการรักษา รายงานผลเข้าระบบรายงานของโรงพยาบาล



การประเมินผลการพยาบาล: ติดตามการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยรักษาครบจำหน่ายกลับบ้านได้ และติดตามการติดเชื้อดื้อยาผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วย 1 เดือนต่อมาไม่พบมีการติดเชื้อในผู้ป่วยรายอื่น

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องแนวทางการรักษาพยาบาลรวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติบอก “สายอะไรเยอะไปหมด จะรอดไหมหมอ”

O: 1 ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการซ้ำ ๆ

2. ผู้ป่วยได้รับการรักษามีการสอดสายสวนปัสสาวะ ใส่ ออกซิเจนแรงดันสูงและใช้เครื่องคุมการไหลของสารน้ำ 2 เครื่อง และติดตามการทำงานของหัวใจ 1 เครื่อง

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้กลไกในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ มีความกลัวและความวิตกกังวลลดลง

2. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล: มีพฤติกรรมกังวลลดลงหรืออยู่ในระดับที่จัดการได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายหรือเพิ่มความกระจ่างในเรื่องแนวทางการรักษาซึ่งบางส่วนจะได้รับจากแพทย์แต่อาจลืมหรือเนื่องจากยังอยู่ในภาวะเครียด สมาธิและความจำจะลดลง ตอบคำถามตามความเหมาะสม กรณีที่เกี่ยวกับการรักษาประสานงานให้พูดคุยกับแพทย์

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าจะได้รับการพยาบาลอย่างดี สังเกตและติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิด

3. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในบางเรื่อง เช่น การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน การอนุญาตให้เข้าเยี่ยม และเฝ้าไข้ตลอด 24 ชั่วโมง 1 คน

4. ให้ความหวังหรือผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริงสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกความกังวล ความไม่สบายใจที่มีอยู่เปิดโอกาสให้สอบถามในสิ่งที่สงสัย

5. ดูแลตอบคำถามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นกันเอง ด้วยความจริงใจ

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 16-27 มิถุนายน 2566

ผู้ป่วยร่วมมือในการทำกิจกรรมพยาบาลและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น พุดคุยกับทีมพยาบาลเป็นกันเอง ทราบแผนการรักษาร่วมมือการรักษารอรับยาปฏิชีวนะจนครบ 7 วัน

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติตอบคำถามการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ถูกต้องครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังนี้



M (Medication): อธิบายเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ญาติได้รับทราบ แนะนำอุปกรณ์ในการบดยาและปฏิบัติได้ถูกต้อง

E (Environment & Economic): จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เป็นระเบียบ ป้องกันการหกหล่ม จัดทำราวเพื่อฝึกเดินที่บ้าน จัดเตียงที่สูงกว่าพื้น 30 -40 เซนติเมตรเพื่อสะดวกในการลุกนั่งที่ขอบเตียง

T (Treatment): อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแผนการรักษาฟื้นฟูการกระตุ้นกล้ามเนื้อ Passive Active Exercise และการจัดยาให้ตามเวลาที่ถูกต้อง แนะนำโดยเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลเข้าระบบ COC เพื่อให้หน่วยเวชกรรมสังคมเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการและช่วยเหลือ

H (Health): การพักผ่อนเพียงพอ 6-8 ชั่วโมงการฝึกทำกายภาพบำบัด อย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน

O (Outpatient Referral): แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังกลับบ้าน 2 สัปดาห์ แนะนำเบอร์ติดต่อ รถ ออบจ เพื่อรับผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และแจ้งเบอร์ 1669 ในการเรียกรถฉุกเฉินไปรับมาโรงพยาบาล

D (Diet): แนะนำฝึกฝนทักษะให้ญาติในการทำอาหารสายยาง และการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล: ญาติตอบคำถามการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ถูกต้องครบถ้วน ญาติมีความสามารถในการให้อาหารสายยางและทำความสะอาดร่างกายได้ถูกต้อง ตั้งแต่อายุในโรงพยาบาล

#### วิจารณ์กรณีศึกษา

ในช่วงที่มีภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดติดเชื้อและมีภาวะช็อกที่รุนแรงเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง นานมากกว่า 10 ปี เป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง มีหลอดเลือดแดงแข็ง และเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่หลอดเลือดและกล้ามเนื้อปอดทำให้มีการติดเชื้อรุนแรงเพิ่มขึ้นร่วมกับประวัติ 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลเข้ารับการรักษาดูแลโรคหลอดเลือดสมองตีบ ขณะเข้ารับการรักษามีปัญหาการกลืน ต้องใส่สายยางให้อาหารเพื่อป้องกันการสูดสำลัก แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านดื่มน้ำให้อาหารออกทำให้เกิดการสำลักอาหารเกิดภาวะปอดอักเสบ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มน้ำสมุนไพรที่อาจมีส่วนผสมเป็นสเตียรอยด์ ดังนั้นจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเมื่อเกิดการติดเชื้อที่ปอดจึงทำให้ภาวะช็อกมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจึงต้องปรับยาเพิ่มให้ Corticosteroid เพื่อช่วยรักษาระดับความดันโลหิตให้คงที่ ในส่วนของการนำแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วย ที่มีภาวะช็อก ต้องให้สารน้ำ load IV Fluid 1500 cc. (กรณีผู้ป่วยอายุ <60 ปี ไม่มีโรคประจำตัว) load IV Fluid 500 cc. (กรณีผู้ป่วยอายุ >60 ปี มีโรคหัวใจและโรคไตร่วมด้วย) แต่กรณีศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีอายุ 65 ปี และมีโรคประจำตัว ซึ่งไม่มีปริมาณสารน้ำระบุไว้ในแนวปฏิบัติการรักษา โดยผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 1,000 cc และได้รับสารน้ำเพิ่มภายหลังอีก 1,000 cc จากนั้นมีภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลันส่งผลให้การหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ได้รับการแก้ไขโดยการให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำซึ่งผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะทำให้ความดันโลหิตต่ำกว่าเดิม แก้ไขโดยการให้ยากระตุ้นระดับความดันโลหิตในปริมาณค่อนข้างสูงเพื่อรักษาระดับความดันโลหิต SBP =90 mmHg และ/หรือ MAP ≥ 65 mmHg ในเวลา 3 ชั่วโมง ซึ่งสามารถทำได้ SBP =92 mmHg และ/หรือ MAP 64 mmHg เวลา 5 ชั่วโมง 30 นาที เนื่องจากภาวะช็อกส่งผลให้มีการบาดเจ็บที่ไตเฉียบพลัน (AKI) โดยมีเป้าหมายปัสสาวะออก ≥ 0.5 cc/kg/hr กรณีศึกษามีปัสสาวะออกมากกว่า 29 ml/hr หลัง 6 ชั่วโมง นอกจากนี้กรณีศึกษามีปัญหาปอดอักเสบ



ต้องพ่นยาที่มีผลข้างเคียงทำให้หัวใจเต้นเร็ว ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจเกิน 100 ครั้ง ต่อนาที จึงต้องทำด้วยความระมัดระวังและใช้แรงดันออกซิเจนลดลง เพื่อป้องกันไม่ให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มสูงขึ้นหลังผลตรวจเพาะเชื้อในเสมหะ พบการติดเชื้อดื้อยา จึงต้องมีการแยกผู้ป่วยของใช้ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยอื่นในห้องผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปพยาบาลควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีบทบาทในการตรวจเยี่ยมค้นหาสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อดื้อยา เพื่อป้องกันการเกิดขึ้น โดยมีกระบวนการที่สำคัญประกอบด้วย การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย จัดเตรียมพื้นที่วางเตียงอย่างเหมาะสม รวมถึงการประชุมทีมย่อยทำ Root Cause Analysis และร่วมวางแผนการพยาบาลกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ติดตามอาการผู้ป่วยและประเมินการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญต่าง ๆ เสนอในคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรงพยาบาล เพื่อช่วยในการวางแผนดูแลผู้ป่วยรายต่อไปได้ครอบคลุมเป็นระบบและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

#### ด้านบริหาร

1.ควรมีการจัดหานำเครื่องอัลตราซาวด์แบบเครื่องที่มาใช้ประเมินภาวะขาดน้ำ โดยเทียบเคียงจากค่า Inferior vena cava (IVC) เพื่อให้ป้องกันภาวะน้ำท่วมปอดจากการได้รับสารน้ำเกิน มีข้อดีไม่ต้องสอดใส่สายเข้าสู่ร่างกายซึ่งมีความเสี่ยงสูง

2.จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอ เช่น Syringe pump, เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ และระบบการจ่ายอุปกรณ์ที่รวดเร็ว

#### ด้านวิชาการ

1.จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลทุกคนที่เกี่ยวข้องเริ่มตั้งแต่ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมซึ่งต้องส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะ ความรู้ที่ทันสมัยเป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้เครื่องออกซิเจนอัตราการไหลสูง.

2.จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เช่น การทำ Case conference ในหน่วยงาน

3.แนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบควรมีการปรับปรุงเพิ่มเติมในส่วนที่เป็นช่องว่างระหว่างอายุและโรคประจำตัว และในส่วนของการใช้ยากกลุ่ม Corticosteroid กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการใช้สเตียรอยด์ เพื่อให้ครอบคลุมในส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค และประเด็นอื่นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน

#### ด้านบริการ

ปรับปรุงระบบช่องทางการประสานงานกับพยาบาลควบคุมป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลและจัดการหมอบหมายงาน Case manager ในการติดตามและปรับปรุงระบบการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1.สถิติสุขภาพคนไทย. สถิติโรคปอดอักเสบ.[ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 สิงหาคม 10] เข้าถึงจาก <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=2&pf=01818101&tp=11>



- 2.ชลาสัย คคล้ายพิมพ์. ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงของผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ 2563; 39(3): 92-99.
3. พรรณิภา บุญเทียน. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะการพยาบาล อายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559.
4. งานเวชระเบียน. สถิติผู้ป่วยประจำปี 2564-2566 สิงห์บุรี: โรงพยาบาลสิงห์บุรี; 2566.
5. World Health Organization; WHO. [Online]. 2021. Antimicrobial resistance. [Retrieved from September 3, 2021, from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/antimicrobial-resistance>.
- 6.ทองเปลว ชมจันทร์,และประภาพรรณ สิงห์โต. การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในแผนกผู้ป่วย อายุรกรรม.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2564; 4(3):1-16.
- 7.ธนรัตน์ พรศิริรัตน์และสุรัตน์ ทองอยู่. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย High flow nasal cannula. เวชบัณฑิตศิริราช 2563; 13(1): 60-68.
- 8.นิตยา อินทราวัฒนา, และมุกทิตา วนาภรณ์. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและสถานการณ์การดื้อยา. วารสาร การแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 22(1):81-92.
- 9.ณิรดา รวยอาจิม, ทองเปลว ชมจันทร์, และประภาพรรณ สิงห์โต. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ. Singburi Hospital Journal 2565; 31(1): 27-40.
- 10.Abushaheen, M. A., Muzahed, Fatani, A. J., Alosaimi, M., Mansy, W., George, M.Jhugroo, P. Antimicrobial resistance, mechanisms and its clinical significance. Disease-a-Month 2020; 66(6), 100971.