

ปอดอักเสบจากการสำลัก : เหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงได้ใน ICU

Aspirated Pneumonitis: an Avoidable Event in ICU

วราทิพย์ ทองเดช สุวิมล ตังธนสิริกุล พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล

Varathip Thongdech Suvimon tangtanasirikul Phongthara Vichitvejpaisal,

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

ปอดอักเสบ (pneumonia) เกิดจากที่มีการอักเสบของเนื้อปอด หลอดลมฝอย (terminal และ respiratory bronchioles) ถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อโดยรอบ (interstitium) อาจเกิดแค่เนื้อปอดบางส่วน หรือกระจายทั่วปอด พบมากในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยในปี พ.ศ. 2565 กองระบาดวิทยา รายงานพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ 191,814 ราย¹ พบมากในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบสูงมากกว่ากลุ่มอื่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้ไม่มีแรงพอที่จะไอขับเสมหะหรือสعالหลังออกได้เอง

การสำลักเกิดจากการกลืนที่ผิดปกติ (impaired swallowing) ซึ่งจะมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบสูงถึง 11.9 เท่า² ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) เป็นปอดอักเสบที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องใส่สายอาหาร ผู้เข้ารับการรักษาที่เพิ่งตื่นจากการระงับความรู้สึก มีระดับความรู้สึกลดลง ความสามารถในการควบคุมการกลืนน้อยลง ทำให้สำลักและเกิดภาวะปอดอักเสบจากการตามมาได้⁴ การสำลักลักษณะที่เห็นได้ชัดเจน คือ มีอาการไอขณะรับประทานอาหาร สามารถชักประวัติได้จากญาติที่ดูแล และอาการแสดงที่ตรวจพบร่วมกับผลเอ็กซเรย์ปอด โดยการรักษาจะให้ยาปฏิชีวนะ ติดตามอาการใกล้ชิด ต้องให้ออกซิเจนในรายที่มีการกำซาบออกซิเจนได้ อาการรุนแรง นำไปสู่ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวในที่สุด

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ, การสำลัก, ปอดอักเสบจากการสำลัก

Abstract

Pneumonia is an inflammation of the lungs, bronchioles (terminal and respiratory bronchioles), the alveoli and surrounding tissue. (interstitium). It may occur in part of tissue in the lung, or it may spread throughout the lung tissue. Found often people aged 65 years and over, and people with low immunity. In 2022, about 191,814 cases of pneumonia were found. The elderly patients who are unable to self dependent. There is a higher chance of complications from pneumonia than other groups., the muscles do not have enough strength to cough.

Corresponding Author: Email: phongthara@gmail.com

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 26 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 ม.ค. 2567

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567
Vol. 25 No.1 January - April 2024

An Aspire was impaired swallowing. Often in risk aspiration pneumonia by 11.9 times. Especially in the elderly or people with neurological problems. Aspiration pneumonia in the elderly patients with neurological deficit in a swallowing after anesthesia. Known case from the history of care and symptoms detected. Physical examination, Chest X-ray. The treatment will include both antibiotics. Close up monitoring that may be so severe that an infection in the bloodstream infections and the respiratory failure.

Keywords: Pneumonitis, Aspirated, Aspiration Pneumonia

บทนำ

การติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ประมาณร้อยละ 8-10 พบเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) สาเหตุจากการสำลัก (Aspirated pneumonitis) ที่เกิดจากความบกพร่องของการกลืน ทำให้มีความไวในการขย้อนและการไหลลง จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการสำลัก ซึ่งในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ช่องท้องส่วนบน โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคเมเร็งที่ได้รับการฉายแสงบริเวณลำคอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษา เช่น ท่อช่วยหายใจ สายดูดเสมหะ ล้วนมีความเสี่ยงต่อการสำลัก จนนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบได้ กระบวนการดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการลดหรือป้องกันการสำลักได้ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

อุบัติการณ์

จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 114 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 มีการพยากรณ์โรคปอดอักเสบ ปี พ.ศ. 2565 โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564 มีค่าความคาดเคลื่อนของการพยากรณ์ร้อยละ 11.70 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ประมาณ 191,814 ราย ซึ่งค่าการพยากรณ์ที่ได้จะพบจำนวนผู้ป่วยสูง 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงต้นปี (เดือนมกราคม-มีนาคม) จะพบผู้ป่วยประมาณ 16,000 รายต่อเดือน และช่วงที่ 2 (เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน) จะพบผู้ป่วยประมาณ 20,000 รายต่อเดือน¹

พยาธิสภาพ

กระบวนการกลืน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะช่องปาก ที่ทำหน้าที่บดเคี้ยวและคลุกเคล้าอาหาร แล้วลิ้นจะ

ดันอาหาร จากด้านหน้าไปยังด้านหลังส่งอาหารเข้าสู่คอหอย ระยะคอหอย เมื่ออาหารผ่านลงมา จะมีการหยุดหายใจ ประมาณ 0.3-1 วินาที เพดานอ่อนจะยกตัวขึ้นเพื่อปิดช่องจมูก ด้านบน กล่องเสียงยกตัวขึ้น และฝาปิดกล่องเสียงจะปิดลง เพื่อป้องกันการสำลักอาหารสู่หลอดลม 3 กระบวนการนี้มีกล้ามเนื้อหลายมัดทำงานร่วมกันที่ถูกควบคุมโดยระบบประสาท สุดท้ายเข้าสู่ระยะหลอดอาหารที่มีการบีบไล่อาหาร (peristalsis) ลงสู่กระเพาะอาหาร หากมีระยะใดระยะหนึ่งบกพร่อง จะเกิดการกลืนผิดปกติ เช่น กลืนเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยว และกลืนเนื้อลิ้นอ่อนแรง มีรีฟลิกซ์การกลืนซ้ำ ความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณคอหอยลดลง ล้วนมีโอกาสที่อาหารจะตกลงไปในทางเดินหายใจจนเกิดการสำลักได้

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการสำลักมีหลายด้าน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบมีปัญหาทางด้านการกลืน สูงถึง ร้อยละ 92.3 ซึ่งภาวะที่ส่งผลต่อการกลืนที่ผิดปกติ แบ่งได้ตามกลุ่มทางเดินหายใจ ดังนี้

กลุ่มทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway) ที่เกิดจากการหายใจเข้าสู่อากาศโดยตรงในรูปละอองฝอยขนาดเล็ก (droplet nuclei) มีการแพร่กระจายของเชื้อโดยตรงจากการติดเชื้อที่อวัยวะข้างเคียงปอด การแพร่เชื้อจากการให้การดูแลและการทำหัตถการ การตรวจรักษา เช่น การทำ bronchoscopy การดูดเสมหะที่ไม่ระวังการปนเปื้อน การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเชื้อปนเปื้อน เหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบากและเกิดการการสำลักได้

กลุ่มโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคลมชัก (Epilepsy) โรคสมองเสื่อม (Dementia) และโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) เป็นต้น ล้วนส่งผลให้เซลล์ประสาท เกิดความผิดปกติ ส่งผลต่อกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกลืน โดยพบว่าผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน 1,000 วันนอน จะมีความผิดปกติของการกลืน (swallowing disorder) ได้สูงถึงร้อยละ 92 และมีโอกาสสำลัก 4.01 ครั้ง โดยระดับความรุนแรงของโรคทางระบบประสาท มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก⁹

กลุ่มหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) มักจะมีผลกระทบปฏิกิริยาไวต่อการกระตุ้นในทางเดินหายใจ (airway reflex) ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบากและการสำลักค่อนข้างสูง โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับยาที่ใช้ระงับความรู้สึกได้ ร้อยละ 10-30 ด้วยอาการแสดงที่กีดกันที่ คือ ภาวะหลอดลมหดเกร็ง (bronchospasm) หลังถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้⁴

Mendelson's syndrome ตั้งชื่อตาม เคอร์ติส เลสเตอร์ เมนเดลสัน ซึ่งเป็นสูติแพทย์และแพทย์โรคหัวใจชาวอเมริกัน ค้นพบว่า เป็นกลุ่มโรคปอดอักเสบที่เกิดจากสารเคมีหรือที่เกิดจากการสำลักของเหลวภายในกระเพาะอาหาร ขณะที่การระงับความรู้สึกคลอดบุตร ซึ่งอาจเป็นน้ำย่อย (non-particulate) หรือชิ้นอาหาร (particulate) ตกเข้าสู่ปอด ร่วมกับมีเชื้อแบคทีเรียจากบริเวณลำคอ จะทำให้เกิดกระบวนการอักเสบที่รุนแรง และถุงลมปอดถูกทำลายเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะถ้าเป็นน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารที่มีค่าความเป็นกรดต่าง (pH) น้อยกว่า 7.25 และมีปริมาณมากกว่า 0.4 มล. ต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม เป็นภาวะแทรกซ้อนของการระงับความรู้สึก¹⁰

กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่ไม่ได้งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกจากจมูก ปาก หรือระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนกะบังลม (diaphragmatic hernia) โรคถุงยื่นโป่งพองหลอดอาหาร (esophageal diverticulum) หอบหืด (asthma) ภูมิแพ้ (allergic rhinitis) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิด myasthenia gravis โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงดูเชนน์ (Duchenne muscular dystrophy) และผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดในกลุ่มมอร์ฟีน ยาลดความเครียด ยานอนหลับ หรือยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้ล้วนทำให้การกลืนเสียหน้าที่ไป จนเกิดการสำลักได้

การวินิจฉัย

ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก สามารถวินิจฉัยได้เมื่อซักประวัติพบว่ามีการสำลัก มีความเสี่ยงจากปัจจัยต่างๆที่กล่าวมา และมีความผิดปกติจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เข้าได้โดยส่วนมากเป็นบริเวณพบบริเวณ superior segment of right lower lobe หรือ posterior segment of right upper lobe ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใส่สายอาหาร ติดเตียง ในท่า upright มักจะพบบริเวณ basal segment of lower lobes เป็นต้น ร่วมกับการตรวจเอคทีที่มีเม็ดเลือดขาวขึ้น มีการส่งเสมหะตรวจย้อมสีและพบมีเชื้อแบคทีเรีย ฟังเสียงหายใจมีความผิดปกติ

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงระยะแรกผู้ป่วยภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก อาจมีอาการไม่ชัดเจน ไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ จนอาการรุนแรงขึ้น จะมีไข้ ไอมีเสมหะขาวหรือข้นขึ้นลักษณะสีเหลืองเขียว หายใจหอบเหนื่อย จนอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ในบางรายที่มีโรคเรื้อรัง จะมีอาการของโรคนั้นๆ ร่วมด้วย เช่น มีหัวใจเต้นผิดจังหวะขึ้นได้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจอยู่เดิม ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และมีความสามารถในการสื่อสารได้จำกัด อาจมีเพียงอาการใช้ดื่มน้ำ ชิมลงเพียงเล็กน้อย และระยะความรุนแรงของปอดอักเสบดำเนินรวดเร็วเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อายุ 79 มาด้วยอาการเหนื่อย รองลงมา คือ ไอ ไอ เสมหะ ชิม หายใจลำบากเจ็บคอและน้อยที่สุดคือ น้ำมูก เมื่อจัดกลุ่มอาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ 2 อาการเป็นส่วนใหญ่ คือ มีไข้และเหนื่อย รองลงมา คือ ไอและชิม เหนื่อยและชิม ไอและเจ็บคอ และ ไอและเหนื่อย ตามลำดับ มีพัฒนาเกณฑ์ของ Dr.Thomas J. Marrie เพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ 5 อาการ คือ เหนื่อย ไอ หายใจลำบาก มีเสมหะ เจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าหรือไอ และมีเกณฑ์ให้คะแนนเป็นแบบรูบริค (Scoring Rubrics) 6 ระดับ พบว่า มีเสมหะ (sputum) พบมากที่สุด เป็นระดับ 1 ต่อมาระดับ 2 คือ หายใจลำบาก (dyspnea) และส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อย เพลีย (fatigue) มากที่สุด เป็นระดับ 3 อาการเหนื่อยลำบากปานกลาง หายใจลำบากเล็กน้อย มีเสมหะน้อยมาก ไอ (cough) พบมากที่สุด คือ ระดับ 4 และอาการของโรคปอดอักเสบที่พบ

น้อยที่สุด คือ เจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าหรือไอ (pleuritic chest pain) ระดับ 0 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าหรือไอ⁵

ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

จากการสำลักในท่านั่งหรือท่านอน พบบ่อยว่าเข้าสู่ปอดกลีบล่างข้างขวา (right lower lobe) ได้ง่ายกว่าปอดข้างซ้าย (left lower lobe) เนื่องจากหลอดลมขวาแยกทำมุมจากหลอดคอ 30 องศา และพบว่าการสำลักในเด็กจะมีโอกาสตกเข้าไปในปอดกลีบล่างทั้งสองข้างพอๆ กัน เพราะหลอดลมขวาและซ้ายทำมุมกับหลอดลมคอพอๆ กัน คือ 45 องศา สำหรับผู้ป่วยในท่านอนราบ ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง พบสิ่งสำคัญจะเข้าสู่ส่วนหลังของกลีบปอดบน (posterior segment of upper lobe) หรือส่วนบนของกลีบปอดล่าง (superior segment of lower lobe) โดยมีโอกาสเกิดขึ้นที่ปอดทั้งสองข้างเท่าๆ กัน

ภาพรังสีทรวงอกที่บ่งถึงการอักเสบติดเชื้อในปอดจะประกอบไปด้วยลักษณะ กระจายไปทั่ว (Ground glass opacity), เป็นฝ้าที่บดบังปอดทั้ง 2 ข้าง (consolidation), มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (reticulation), มีจุดหรือก้อนในปอด (pulmonary nodule/mass) และอื่นๆ เช่น Pleural effusion, Pneumothorax ลักษณะการกระจายตัวที่ peripheral หรือกระจายตัวทั่วๆ ปอด

การส่องกล้องเพื่อทำการสวนล้างถุงลมปอด

Bronchoalveolar lavage (BAL) เป็นหัตถการที่มีการดูดน้ำไปล้างหลอดลมถุงลม เพื่อดูลักษณะและส่งตรวจ วิธีการโดยใส่ 0.9% Sodium chloride (NaCl) เข้าไปในหลอดลมส่วนปลายบริเวณที่มีพยาธิสภาพ แล้วดูดสารน้ำคืนกลับมาเพื่อส่งตรวจ

Bronchial wash เป็นหัตถการ ที่มีการใช้น้ำล้างหลอดลมขนาดใหญ่ วิธีการโดยใส่ 0.9% NaCl เข้าไปในหลอดลมที่มีพยาธิสภาพ แล้วดูดน้ำคืนมาเพื่อส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อต่อไป เช่น pneumonia จากเชื้อวัณโรค หรือเพื่อวินิจฉัยโรคปอดอื่นๆ เช่น interstitial lung disease, organizing pneumonia ตลอดจนประเมินความผิดปกติของหลอดลม ว่ามีก้อนหรือไม่, มีการตีบแคบ (tracheal stenosis) หรือไม่, bronchial stenosis, มีการยุบตัวหรือไม่ (tracheobronchomalacia)

ภายหลังส่องกล้อง ควรมีการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ ให้งดอาหารและน้ำต่ออีกประมาณ 1-2 ชั่วโมง ให้มั่นใจว่ายาชาหมดฤทธิ์แล้วจึงรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก⁶

การรักษา

การรักษาเป็นการรักษาตามอาการและความรุนแรง แบ่งเป็น 2 แบบ คือ

1. การดูแลรักษาแก้ไขเกี่ยวกับปอดโดยตรง Guerin และคณะได้ศึกษาเปรียบเทียบการจัดท่าคว่ำกับท่านอนหงายในผู้ป่วย ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 36 ชม. และมีค่า PaO_2/FiO_2 น้อยกว่า 150 โดยกลุ่มที่ได้รับการจัดท่าคว่ำจะถูกจัดให้อยู่ในท่าคว่ำนานติดต่อกันอย่างน้อย 16 ชม. ต่อวัน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดท่าคว่ำ มีอัตราการตายลดลง และมีจำนวนวันที่ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-free days) ลดลง และอัตราการรอดต่อช่วยหายใจสำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดท่าคว่ำอย่างมีนัยสำคัญ ด้านอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ อาหาร เช่น การใส่สายอาหาร ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลแผลกดทับ (Pressure Injury)

2. การให้ยาปฏิชีวนะ โดยส่งตรวจเสมหะ ย้อมดูชนิดเชื้อว่าจำนวนจุลินทรีย์เป็นชนิดใด และส่งเพาะเชื้อ ดูลักษณะการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ เพื่อใช้ในการเลือกชนิดของยาปฏิชีวนะให้ตรงกับเชื้อ และเหมาะสม ในกรณีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ให้สังเกตอาการ และติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่ 48 ชม. หรือในรายที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงจนเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จะมีการตรวจเสมหะ ส่งผลเพาะเชื้อ ดูลักษณะการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ

การดูแลทั่วไป

โดยหลักที่ต้องระวัง คือ ต้องสามารถ maintain ทางเดินหายใจได้ สามารถกำจัดสิ่งที่ติดค้างในทางเดินหายใจส่วนบนออกได้ จะสามารถช่วยประคับประคองอาการผู้ป่วยได้ ในรายที่ไม่สามารถหายใจเองได้หรือมีระบบหายใจล้มเหลว ควรมีการประเมินเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจได้เหมาะสมและทันเวลา

การให้ยา glucocorticoids สามารถช่วยลดความรุนแรงได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนของยาที่เป็นมาตรฐาน มีการศึกษา multicenter, double-blind, randomized, controlled trial ที่ได้ทำรวบรวมผู้ป่วยจำนวน 800 คน มีกลุ่มที่ได้รับยา hydrocortisone และกลุ่มรับยาหลอก พบว่ามีอัตราการต้อง

ใช้ท่อช่วยหายใจในการรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก อยู่ที่ร้อยละ 18 และ 29.5 ตามลำดับ จึงเชื่อว่าการรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อรุนแรง เมื่อให้ hydrocortisone แล้วช่วยให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดี และช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจได้ อีกทั้งลดโอกาสการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเชื้อดื้อยาได้ในทางอ้อมด้วย¹⁴

ในผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง การเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต เฝ้าระวังผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล ดังนี้

1. การเฝ้าระวังและประเมินสัญญาณชีพ โดยติดตามค่าความดันโลหิต ให้ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (mean arterial pressure หรือ MAP) ≥ 65 mmHg ประเมินการแลกเปลี่ยนอากาศและความอิ่มตัวของออกซิเจน เช่น อัตราการหายใจ ค่าออกซิเจนในเลือด อัตราการเต้นของชีพจร และระดับความรู้สึกตัว

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมงทันทีหลังจากที่เก็บเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อและจากแหล่งอื่นที่คาดว่าจะแหล่งของการติดเชื้อ เนื่องจากการบริหารยาปฏิชีวนะด้วยการเริ่มให้ใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับการวินิจฉัยสามารถทำให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น¹⁵

3. ดูแลให้สารน้ำ ตามการรักษาของทีมแก่ผู้ป่วย

4. ตรวจประเมินและบันทึก capillary refill เพื่อประเมิน tissue perfusion

5. ส่งตรวจ lactate level ตามการรักษา

6. ประเมินอาการและอาการแสดง พร้อมบันทึกให้ครอบคลุม รวมถึงการดูแลและรายงานภาวะวิกฤตต่างๆ เพื่อให้แพทย์ปรับแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุปการพยาบาลระยะวิกฤต พยาบาลต้องมีความสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ในการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) การหายใจ สมองและไตสามารถดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจได้เป็นอย่างดี อีกทั้งสามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนสามารถประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กรณีที่มีการให้ยากระตุ้น

หัวใจหรือยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด ประเมินระดับความรู้สึกตัวรวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ต้องรายงานแพทย์ทันที¹⁶

ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS) เป็นความผิดปกติของระบบการหายใจที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ที่เกิดจากปอดอักเสบ มีโอกาสที่ปอดจะได้รับการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated lung injury) ได้ สามารถดูแลเพื่อลดการเกิดปอดบาดเจ็บจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (lung protective strategy) แล้ว ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้การใช้เครื่องฟองการทำงานของปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO) เข้ามามีบทบาทและมีจุดประสงค์เพื่อให้ปอดผู้ป่วยได้พักและลดการเกิดบาดเจ็บจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ¹⁷

การรักษาแบบประคับประคอง

คือ การดูแลให้พยาบาลตามอาการ เช่น การดูแลเสมหะเพื่อไม่ให้คั่งและอุดกั้นทางเดินหายใจ บรรเทาความไม่สบาย จากอาการไข้และหายใจเหนื่อยหอบ ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยา พร้อมประเมินอาการไอและการหายใจ ให้ยาเพื่อบรรเทาอาการไอตามแผนการรักษา ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการประเมินสัญญาณชีพ รูปแบบการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการผิดปกติ หากพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษาอย่างถูกต้องทันทั่วถึงและเหมาะสม

การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินการกลืน อีกทั้งฝึกกลืน การดูแลความสะอาดช่องปากลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปาก ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศา ตลอดเวลา หากจำเป็นต้องนอนราบ (supine) ควรจัดตะแคงหน้าผู้ป่วยไปทางด้านในตำแหน่งเสมอ อีกทั้งดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันของผู้ป่วยในช่องปาก กรณีผู้ป่วยมีแผลในช่องปากใช้ 0.9 % NSS ก่อนให้อาหารทางสายยาง ต้องตรวจสอบสายยางให้อยู่ในกระเพาะอาหาร การดูแลให้สายยางที่อยู่ในตำแหน่งเดิม หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะทันทีหลังให้อาหาร

การให้ยาลดกรด

ในการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว มีการใส่ท่อช่วยหายใจ จะมีแนวทางปฏิบัติที่ใช้แพร่หลายในวิสัญญีวิทยาที่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดกรดคือ การให้ยาในกลุ่ม sodium citrate หรือ magnesium trisilicate เป็นยาลดกรด (antacids)¹⁶ ในกลุ่มผู้ป่วยตั้งครุฑ และมียาที่ช่วยลดความเป็นกรด อื่นๆ ที่ให้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาเรื่องปอดอักเสบจากการสำลัก ดังนี้

1. ยาที่มีสารประกอบแมกนีเซียมไฮดรอกไซด์ (magnesium hydroxide, $MgOH_2$) แมกนีเซียมไตรซิลิเกต (magnesium trisilicate) หรือแมกนีเซียมคาร์บอเนต (magnesium carbonate, $MgCO_3$) ที่ต้องระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคไต ส่วนใหญ่เป็นยาสามัญประจำบ้าน เช่น แอนตาซิล (Antacil) มาล๊อกซ์ (Maalox) อะลุ่มมิลค์ (Alum milk)

2. ยาที่มีสารประกอบโซเดียมไบคาร์บอเนต (sodium bicarbonate, $NaHCO_3$) หรือโซดาไมน (sodamint) เป็นยาลดกรดชนิดออกฤทธิ์เร็ว สามารถดูดซึมผ่านกระเพาะอาหารเข้าสู่กระแสเลือดได้ จึงอาจทำให้เลือดและปัสสาวะเกิดภาวะเป็นด่างมากกว่าปกติ จนโซเดียมมากเกินไปในกระแสเลือดได้ เหมาะในการบรรเทาอาการกรดเกินหรือการระคายเคืองทางเดินอาหาร

3. กรดอัลจินิก (alginic acid) หรือโซเดียมแอลจีเนต (sodium alginate) ช่วยลดการระเหยของไอน้ำไปที่ยังหลอดอาหาร ลดการระคายเคืองจากกรดในกระเพาะ มักใช้ร่วมกับยาลดกรดประเภทโซเดียมไบคาร์บอเนต

สรุป

ปอดอักเสบจากการสำลักเกิดได้ง่าย หากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม และพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีปัญหาหรือความบกพร่องการกลืน มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบหายใจเร็ว ความรุนแรงของโรค จะอยู่ที่อาหารหรือสิ่งที่สำลักเข้าไปรวมไปถึงความถี่บ่อยที่สำคัญ โดยการตรวจรักษาจะเป็นการซักประวัติ ตรวจเสมหะ ส่งเสมหะเพาะเชื้อเพื่อให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุม เฝ้าระวังอาการนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ติดตามสัญญาณชีพแบบใกล้ชิดต้องในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้น การทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การดูแล การดูแลเสมหะ ลักษณะเสมหะ อีกทั้งประเมินเพื่อให้ออกซิเจน

ได้เหมาะสม จะสำคัญเป็นมาก ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบ และการมีกระบวนการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล และ ปอดอักเสบเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล จะเป็นการดูแลที่ดี²¹

References

1. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
2. Piyapat D. Dysphagia in Elderly Journal Thai Rehabilitation Medicine 2013; 23(3): 73-80.
3. Winit L. Noraluk Ua. The effect of a clinical nursing practice guideline for oral care in critical patients with endotracheal tubes Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2016;27(1):98-113.
4. Suwimon T. Mingkwan W, et al. Preoperative or Pre-procedural Fasting Guidelines in Patients Undergoing Elective Surgery and Procedures by the Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Thai Journal Anesthesiol. 2021;47(4): 380-7.
5. Srivilai S, Pinyopasakul, W, et al. Aspiration pneumonia prevention in patients with acute stroke: Evidence-based nursing practice. Thai Journal of Nursing. 2014; 63(3):65-71.
6. Aphisit T. Assessment of Severity of Symptoms among Patients with Pneumonia in Medical Ward. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1): 483-93.
7. Benjamas Th. Effects of Using Nursing Practice Guideline for Ventilator Associated Pneumonia Prevention: Medical Department. The Journal of Baromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima. 2019;25(1):284-97.
8. Monruethai D. Flexible bronchoscopy and Role of Assist Doctor. Thai Journal of Tuberculosis Chest Diseases and Critical Care. 2017;36(3): 85-92.

9. Taylor JK, Fleming GB, Singanayagam A, et al. Risk factors for aspiration in community-acquired pneumonia: analysis of a hospitalized UK cohort. *The American Journal of Medicine*. 2013; 126(11):995-1001.
10. Mandell LA, Niederman MS. Aspiration Pneumonia. *The new england journal of medicine*. 2019; 380:651-63
11. Lo WL, Leu HB, et al. Dysphagia and risk of aspiration pneumonia: A nonrandomized, pair-matched cohort study. *Journal of Dental Science*. 2019;14:241-7.
12. DiBardino DM, Wunderink RG. Aspiration pneumonia: a review of modern trends. *Journal of Critical Care*. 2015;30:40-8.
13. François B, Cariou A, et al. Prevention of Early Ventilator- Associated Pneumonia after Cardiac Arrest. *The new england journal of medicine*. 2019;381:1831-42.
14. Wolfe JE, Bone RC, Ruth WE. Effects of corticosteroids in the treatment of patients with gastric aspiration. *The American Journal of Medicine*. 1977;63(5):719-22.
15. Ranjan. Ventilator-associated Pneumonia in a tertiary care intensive care unit: Analysis of incidence, risk factors and mortality. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 2014;18 (4):200-4.
16. Aspiration under anaesthesia: risk assessment and decision-making Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain Journal. 2014;14:171-5.
17. Karuno J. Development of Nursing Standard for Prevention of Ventilator Associated Pneumonia in Newborns. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2017;37(1):105-16.
18. Makhnevich A, Feldhamer KH, et al. Aspiration Pneumonia in Older Adults. *Journal of Hospital Medicine*. 2019; 14:429-35.
19. Herzig SJ, LaSalvia MT, et al. Anti-psychotics and the Risk of Aspiration Pneumonia in Individuals Hospitalized for Non-psychiatric Conditions: A Cohort Study. *Journal of American Geriatric Society*. 2017; 65(12): 2580-6.
20. Perbet S, Mongardon N, Dumas F, et al. Early-onset pneumonia after cardiac arrest: characteristics, risk factors and influence on prognosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2011; 184:1048-54.
21. Cabre M, Serra-Prat M, et al. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and Ageing*. 2010; 39(1): 39-45.
22. Thepakorn S, Khochakorn P, et al. Continuous Quality Improvement for Prevention of Pulmonary Aspiration in Srinagarind Hospital. *Thai Journal of Anesthesiology*. 2015; 41(1): 24-31.