

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่มีภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอด มีอากาศและทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต : กรณีศึกษา

วีระนุช มยุเรศ พย.ม.*

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบ เป็นโรคติดเชื้อและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็ก
ปอดอักเสบที่รุนแรงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
เช่น ทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ เป็นต้น ซึ่งถือเป็นภาวะ
วิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กชายอายุ 3 ปี
1 ราย วินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบและมีภาวะหายใจล้มเหลว การรักษาและดูแล
ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 คือ ระยะแรกเริ่ม ใส่เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ
และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการให้ข้อมูลกับผู้ดูแล ระยะที่ 2 เป็นระยะต่อเนื่อง
ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน, โพรง
เยื่อหุ้มปอดมีอากาศ โปแทสเซียมและฟอสฟอรัสในเลือดต่ำ ผู้ป่วยได้รับการช่วยหายใจ
โดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง ยาปฏิชีวนะและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจใส่
สายระบายทรวงอก รวมทั้งการแก้ไขภาวะโปแทสเซียมและฟอสฟอรัสในเลือดต่ำ ผู้ป่วย
จำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ได้รับการรักษาทำ Tracheostomy และระยะ
ที่ 3 ระยะสุดท้ายเป็นระยะก่อนจำหน่าย มารดาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล
ต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การทำแผล Tracheostomy, การดูดเสมหะและการป้องกันการติด
เชื้อ มารดาได้รับคำแนะนำและฝึกทักษะต่อเนื่อง ผลการดูแลรักษาคือผู้ป่วยสามารถ
กลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตรภาพ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกรายนี้ม
ความยุ่งยาก ซับซ้อนแต่ได้ผลลัพธ์ที่ดีเนื่องจากความร่วมมือของสหวิชาชีพและการดูแล
อย่างใกล้ชิดของพยาบาลวิชาชีพและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพ
การพยาบาล พยาบาลวิชาชีพได้ใช้ความรู้หลากหลาย ทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

* กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์

แนวทางการดูแลรักษา การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง เป็นต้น

การศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ ที่มีภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศและทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, ปอดอักเสบ, โพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ, ทางเดินหายใจล้มเหลว, ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

Nursing Care for Children with Pneumonia, Pneumothorax, Acute Respiratory Distress Syndrome and Septic Shock : Case Study

Weeranuch Mayuret M.S.N.*

Abstract

Pneumonia is the leading cause of death in children. Pneumonia may cause respiratory failure and severe complications such as Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) and Pneumothorax. This is a crisis that affects in both pediatric patients and families. In case study, a 3-year-old boy with pneumonia and respiratory failure was admitted. The treatment and care for the patient included three phases. First, the patient was treated with respirator, antibiotics, and intravenous fluid. Health team also gave health information with caregivers. Second, the patient was septic shock, ARDS, pneumothorax, hypokalemia, and hypophosphatemia. The patient was treated with high frequency oscillator ventilation, antibiotics, inotropic drugs, intercostal drainage. Moreover, the patient was received drugs to correct hypokalemia and hypophosphatemia. Then, the patient was better, but did not take off the ventilator. The patient was treated with tracheostomy.

Lastly, the patient was discharged. In pre-discharge phase, the patient's mother as caregiver was worry about how to care the patient at home such as tracheostomy, suction, and infection prevention. The caregiver was informed and trained from health team to make her confident in continuing care. Outcomes were in that the patient with tracheostomy was better and could live in his home with family and community. From the case study, although it was complicated, outcomes were better. The key indications include co-operation with multidisciplinary team, and intensive care with registered nurses. To reach patient safety and effective care, the registered nurses have to have knowledge about diseases, guidelines of care, and special care of the patients with high frequency oscillator ventilation and high alert drug.

* Nursing Department, Sunpasitthiprasong Hospital

This study report can be used as a guideline for nursing care plan for pediatric patients with pneumonia, pneumothorax, acute respiratory distress syndrome, and septic shock.

Keywords: nursing care, pneumonia, pneumothorax, acute respiratory distress syndrome, septic shock

บทนำ

โรคปอดอักเสบ พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ¹ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเป็นอันดับหนึ่งในเด็ก² ผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบรุนแรงจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต¹ ภาวะติดเชื้อที่รุนแรงส่งผลให้เกิดภาวะช็อกได้ (Septic Shock) ร่วมกับการที่ผู้ป่วยเด็กมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจะทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ทันเวลาและการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ ที่มีภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศและทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต

จากรายงานประจำปี ปีงบประมาณ 2560 ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่ามีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 33 และ 37 ราย และมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน 8 และ 6 ในปี 2559 และ 2560 ตามลำดับ³ จะเห็นได้ว่า โรคดังกล่าวมีความรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง การดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จึงมีความซับซ้อน ต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง ต้องมีทีมบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและความชำนาญในเรื่องโรค เรื่องแนวทางการรักษา แนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง และพยาบาลต้องมีความสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เผื่อติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการวางแผน ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาลอย่างครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที่ รวมทั้งต้องดูแลด้านจิตใจ สังคมและครอบครัวของผู้ป่วย ให้สามารถปรับตัวในภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคออย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่มีภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ และทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความถูกต้องเหมาะสม และครอบคลุมองค์รวมของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่มีภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศและทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 3 ปี 6 เดือน น้ำหนัก 11 กก. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 7 ก.ย. 2559 จำหน่าย 15 พ.ย. 2559 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 70 วัน

การรวบรวมข้อมูล

อาการสำคัญ : ไข้สูง ไอมีเสมหะ หายใจหอบ ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้สูง ไอมีเสมหะ อาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยเป็น Viral Pneumonia ได้รับการรักษาโดยการพ่นยา Ventolin 0.3 ml + NSS 3 ml ทุก 4 ชั่วโมง Ceftriaxone 600 mg IV O.D Admit โรงพยาบาลชุมชน 1 วัน อาการยังไม่ดีขึ้น

3 ชั่วโมงก่อนมา หายใจหอบมากขึ้น มี Subcostal retraction ได้รับการ on ETT No. 4.5 depth 14 cm แล้วส่งต่อมาเพื่อทำการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ โรคภัยแรงใดๆ มีพัฒนาการตามวัย ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ คือ เมื่ออายุ 2, 4 และ 6 เดือน และล่าสุดตอนอายุ 2 ปี 6 เดือน ไม่มีผลข้างเคียงหลังรับวัคซีน ไม่มีประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อหรือโรคภัยแรงใดๆ

การตรวจร่างกาย : เด็กชายไทย รู้สึกตัวดี on ETT No. 4.5 depth 14 cm สื่อสารทำตามคำบอกได้ เหนื่อยอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย (T) = 39.0 °C, หายใจด้วยการบีบ Ambu bag, อัตราการเต้นของหัวใจ (P) = 160 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต (BP) = 102/83 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกายระบบ HEENT : not pale conjunctiva, Heart : normal S1, S2 no murmur, Lung : subcostal retraction, coarse crepitation both lung, expiratory

wheezing, Abdomen : no distension, abdominal wall soft, not tender Extremities : no rash no petechia Neuromuscular : no stiff neck

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจที่ผิดปกติ ได้แก่

	หน่วย	ค่าปกติ	7 ก.ย. 2559	8 ก.ย. 2559	11 ก.ย. 2559
CBC					
Hct	%	37 – 52	27.3	34	
WBC	mm ³	4,000 – 11,000	9,270	13,500	
Neutrophils	%	40 – 74	50	50	
Lymphocyte	%	19 – 48	44	37	
Monocyte	%	3.4 – 9	5	8	
Platelet count	Cell/mm	150,000 – 440,000	334,000	543,000	
Blood chemistry					
Sodium	mEq/L	140 – 150	137	-	141
Chloride	mEq/L	100 – 115	104	-	98
Potassium	mEq/L	3.5 – 5	4.0	-	2.2
CO ₂ Content	mEq/L	23 – 29	18	-	33
Phosphorus	mg/dl	2.7 – 4.5		-	1.5

Vein	หน่วย	ค่าปกติ	7 ก.ย. 2559	9 ก.ย. 2559	13 ก.ย. 2559	14 ก.ย. 2559	22 ก.ย. 2559
blood			2559	2559	2559	2559	2559
gas							
pH	mmHg	7.35 – 7.45	7.290	7.292	7.159	7.015	7.365
pCO ₂	mmHg	32.0 – 45.0	40.6	57.7	92.9	160	31.7
pO ₂	mmol/l	75 – 100	37.3	52.2	69.7	59.2	125
HCO ₃	mmol/L	22 – 26	18.6	24.6	26.4	29.0	18.9

ผล Throat swab culture วันที่ 10 ก.ย. 2559: Pseudomonas spp.

ผล chest X-rays วันที่ 7 ก.ย. 2559: Right lower lobe infiltration

วันที่ 9 ก.ย. 2559: Patchy infiltration both วันที่ 10 ก.ย. 2559: Bilateral pleural infiltration with infiltration

การประเมินสภาพด้านจิตใจและสังคม : ปกติเป็นเด็กอารมณ์ดี ร่าเริง แจ่มใส
อาศัยอยู่กับตา และยาย เป็นคนเลี้ยง มารดา แยกทางกับบิดา ปัจจุบันมารดาพักอาศัยอยู่
ที่ต่างประเทศ

การวินิจฉัยโรค : Pneumonia with Respiratory Failure with Pneumothorax with
Acute Respiratory Distress Syndrome with Septic Shock

การรักษาที่ได้รับ :

1. Ventilator conventional PCV Mode FiO_2 1.0 MR 40 PIP 15/5 (7 - 9 ก.ย., 19 ก.ย. - 25 พ.ย. 2559)
2. Ventolin 0.3 ml+ NSS 3 ml พ่นทุก 4 ชั่วโมง (7 ก.ย. - 3 พ.ย. 2559)
3. Ceftriaxone 600 mg IV O.D (7 - 9 ก.ย. 2559)
4. 5%D/N/3 500 ml IV drip 45 ml/hr (7 ก.ย. - 21 ต.ค. 2559)
5. Dopamine 132 mg + 5% D/W to 20 ml IV drip 2 ml/hr (8-21ก.ย. 2559)
6. Dobutamine 132 mg + 5% D/W to 20 ml IV drip 1.0 ml/hr (8-21 ก.ย.2559)
7. Meropenem 300 mg IV q 8 hr (9 ก.ย. -2 ต.ค. 2559)
8. Amikin 165 mg IV O.D (10 ก.ย. -2 ต.ค. 2559)
9. Sulperazone 880 mg + 5% D/W 50 ml IV drip in 24 hr (10 ก.ย.- 2 ต.ค. 2559)
- 10.Vancomycin 750 mg + NSS 100 ml IV drip in 24 hr (14 ก.ย. - 4 ต.ค. 2559)
- 11.High Frequency Oscillatory Ventilation FiO_2 1.0 MAP 32, Amp 50,Hz 8 (10-18 ก.ย. 2559)
- 12.5% D/N/3 500 ml + K_2PO_4 30 mEq IV drip 35 ml/hr (15 - 21 ก.ย. 2559)

สรุปปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
การพยาบาลระยะแรกรับ		
ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบเนื่องจาก การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลสนับสนุน O: subcostal retraction O: เสียงปอด: Coarse crepitation and Rhonchi both lungs O: Chest X-Rays 7 ก.ย. 2559: Right lower lobe infiltration O: CBC วันที่ 7 ก.ย. 2559: ผล WBC 13,500mm ³	1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ อาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน อย่างน้อยทุก 1 ชม. ได้แก่ หายใจหอบ หายใจลำบาก สีผิวซีดหรือเขียว หัวใจเต้นเร็ว กระสับ กระส่าย O ₂ Saturation ต่ำลง เป็นต้น ⁴ 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ โดยต่อเครื่องช่วยหายใจ Mode CMV FiO ₂ 1.0 MR 40 ครั้ง/นาที PIP 15 PEEP 5 ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ ดูแลให้สาย, ข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หักพับ งอ ⁴ 3. ดูแลให้มีความชื้นในระบบของเครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ⁴ 4. จัดผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30-45° เพื่อให้ปอดขยายได้เต็มที่ ⁴ 5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการดูดเสมหะ ⁵ 6. ดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย และพักผ่อนเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ⁴ 7. ดูแลให้ได้รับยาพ่น Ventolin 0.3 ml +NSS 3 ml ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ² 8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	1. หลังต่อเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจเร็วกว่าเครื่องเล็กน้อย 40-50 ครั้ง/min อัตราการเต้นของหัวใจยังเร็ว แต่ลดลงจากแรกรับ 130 - 150 ครั้ง/min ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ 90/60 - 100/70 mmHg 2. ผู้ป่วยรู้สึกดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น กลับได้เป็นพัก ๆ 3. สีผิวปกติ ไม่มีภาวะเขียวหรือซีด 4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจาก Pulse Oximetry 98 - 99 % 5. ผล CBC วันที่ 9 ต.ค. 2559: WBC 9,500 mm ³
ปัญหาที่ 2 มีไข้สูง เนื่องจากการติดเชื้อในระบบหายใจ ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ดูแลบอกว่า ตัวร้อน ต้องเช็ดตัวให้ O: BT 39 °C O: H.R 170 ครั้ง/min	1. Complete bed bath, เช็ดตัวลดไข้ เปลี่ยนเสื้อผ้า จัดให้นอนในท่าที่สบาย ⁴ 2. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol Syrup 1 ซ้อนชา เมื่อ BT ≥ 38° C 3. ประเมิน BT ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามภาวะมีไข้และการติดเชื้อ	1. BT ลดเหลือ 37.7 °C 2. H.R เร็วน้อย 130 - 150 ครั้ง /min ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 90/60 - 100/70 mmHg 3. ผู้ป่วยหายใจเร็วกว่าเครื่องเล็กน้อย 40 ครั้ง/min

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
O: หายใจหอบ 50 ครั้ง/min วัตถุประสงค์ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายจากภาวะไข้สูง เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่มีไข้ ปัญหาที่ 3 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ อยู่ในICUและมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ดูแลถามว่าหลาน จะมีอันตรายหรือไม่ O: ผู้ดูแล มีสีหน้าวิตกกังวล วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล เป้าหมาย ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล	4. ประเมินสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ H.R เร็วผิดปกติ หายใจเร็ว และหอบ เป็นต้น ถ้าพบอาการผิดปกติ ดังกล่าว รีบรายงานแพทย์⁴ 1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย,ผู้ดูแล พุดคุยด้วยน้ำเสียงสุภาพ ท่าที่เป็นมิตร 2. ประสานงานกับแพทย์ผู้รักษา เพื่อให้ข้อมูลผู้ดูแลเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว แนวทางการดูแลรักษา 3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพุดคุย ถามปัญหา 4. ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการดูแล กฎระเบียบการเยี่ยม การปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยม 5. รับฟังปัญหาและคำบอกเล่าของผู้ดูแล ด้วยท่าที่สนใจ 6. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เข้าเยี่ยมเมื่อต้องการ	4. นอนหลับพักผ่อนได้เป็นพัก ๆ 1. ผู้ดูแล มีสีหน้าคลายความวิตกกังวลท่าที่ผ่อนคลาย 2. ผู้ดูแล เข้าใจสาเหตุของภาวะปอดอักเสบ แนวทางการดูแลรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		
ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะระบบไหลเวียนในร่างกายลดลง เนื่องจากสารพิษจากเชื้อแบคทีเรียมีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือด และทำให้มีการซึมผ่านของสารน้ำออกนอกหลอดเลือดข้อมูลสนับสนุน	1. ดูแลให้เลือดไหลเวียนได้ดี โดย จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ดูแลให้ร่างกายได้รับความอบอุ่น ประเมินภาวะขาดออกซิเจน โดยสังเกตภาวะเขียวปลายมือปลายเท้า ริมฝีปาก⁶ 2. ดูแลให้ได้รับ O₂ จากเครื่องช่วยหายใจ ตามแผนการรักษา⁷ 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ NSS 220 ml load in 20 min.x3 dose,ยาปฏิชีวนะ Meropenem 300 mg IV q 8 hr, Amikin	1.หลังได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ HR = 140-150/min, BP = 90/60-110/70 mmHg 2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ไม่มีภาวะ Cyanosis 3. ไม่มีตัวลาย กระสับ กระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
O: ซีพจร เบา เร็ว 160-170 ครั้ง/min, B.P 75/44 mmHg O: ซีมลง O: ตัวลาย ปลายมือปลายเท้าเย็น O: Capillary refill 4 sec. O: Serum lactate 4.9 O: O₂ Saturation 81% O: ผล VBG; pH 7.08 Pco₂ 45.4 HCO₃ 13.0 BE-10.2 O: urine ออก 300 ml ใน 8 ชม. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก	165 mg IV O.D, Sulperazone 880 mg +5% D/W 50 ml IV drip in 24 hr. Vancomycin 750 mg + NSS 100 ml IV drip in 24 hr. ตามแผนรักษาเฝ้าระวัง อาการข้างเคียงของยา 4. ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ Dopamine 132 mg + 5% D/W to 20 ml iv drip 2 ml/hr, Dobutamine 132 mg + 5% D/W to 20 ml iv drip 1.0 ml/hr เฝ้าระวังการเกิด Extravasation และอาการข้างเคียงของยา⁷ 5. เฝ้าระวังและประเมินภาวะช็อกโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความแรงของซีพจร capillary refill CVP อย่างน้อยทุก 1 ชม.ถ้าพบความผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทราบ⁶ 6. Retained foley's cath บันทึกจำนวนปัสสาวะ, Intake output ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr รายงานแพทย์⁶ 7. ติดตามผล serum lactate, ABG/VBG และรายงานแพทย์ทราบ⁷	4. ปัสสาวะออกมาก กว่า 0.5 ml/kg/hr. เหลือวันละ 340-1000 ml 5. Capillary refill อยู่ในเกณฑ์ปกติ <2 วินาที 6. ผล Serum lactate วันที่ 16 ต.ค. 2559 = 1.3 7. ผล VBG วันที่ 12 ต.ค. 2559 pH 7.38 PCO₂ 33.2 HCO₃ 20.4 BE-4.9 8. ค่า CVP อยู่ระหว่าง 12-15 cmH₂O
ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จากภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยซีมลง หายใจหอบ 66 ครั้ง/min 2. HR เร็ว 178 ครั้ง/min 3. O₂ saturation 88 %	1. เฝ้าระวังอาการ สัญญาณชีพ O₂ saturation อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบค่าและอาการผิดปกติ รีบรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ⁸ 2. ดูแลให้ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูงตามแผนการรักษา ดูแลการทำงานของเครื่องให้มีประสิทธิภาพ โดยดูแลสายข้อต่อไม่ให้หลุด หัก พับ งอ ไม่ปลดเครื่องช่วยหายใจโดยไม่จำเป็น	1. ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง 10 - 18 ก.ย. 2560 แล้วเปลี่ยนเป็น Conventional ventilator มี H.R เร็วเล็กน้อย 130 - 160 ครั้ง/min R.R ตาม HFOV 2. ไม่มีภาวะ Cyanosis, หายใจหอบ หายใจ 3. ไม่มีอาการของภาวะเนื้อเยื่อขาด O₂ ได้แก่ กระสับกระส่าย ตัวเย็น

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
4. ผล VBG PH 7.159 PaCO₂ 92.9 HCO₃ 26.4 5. CxR 13 ก.ย. 2561: bilateral pleural effusion วัตถุประสงค์ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอ เป้าหมาย เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอ	3. ติดตามผล VBG, CxR เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน และรายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ได้รับยา sedative ตามแผน การรักษา Fentanyl 275 mcg +5% D/W25 ml IV drip 2ml/hr เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน⁸ 5. จัดระบบกิจกรรมการพยาบาลให้เป็นเวลาเดียวกัน รบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด	4. O₂ Saturation 98 – 100% 5. ผล VBG วันที่ 30 ต.ค. 2559 เริ่มเข้าสู่เกณฑ์ปกติ
ปัญหาที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลสนับสนุน 1. หายใจเหนื่อยหอบ 2. CxR 10 ก.ย. 2559 พบ Air tap at RLL 3. Right needle thoracotomy ได้ผล 4. H.R 80 ครั้ง/min 5. O₂ saturation 40% วัตถุประสงค์ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอ	1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการ, O₂ saturation อย่างใกล้ชิด⁸ 2. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่สายระบายลมในช่องเยื่อหุ้มปอด 3. ดูแลให้ได้รับยา sedative ก่อนทำหัตถการ Dormicum 1 mg IV stat 4. ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการใส่สายระบายลมในช่องเยื่อหุ้มปอด 5. ดูแลการทำงานของ ICD ให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ พร้อมทั้งสังเกต content ลมปอด จากขวด ICD⁹ 6. ส่งนัด CxR หลังทำ ICD และติดตามผลเพื่อประเมินตำแหน่ง ระดับของสายว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมหรือไม่⁹	1. วันที่ 11 ก.ย. 2559 หลัง On ICD ชนิด 3 ขวด จำนวน 3 สาย ในระยะแรก H.R เร็วเล็กน้อย 130 – 150 ครั้ง/min 2. ไม่มีภาวะ Cyanosis ไม่มีภาวะหายใจหอบ 3. วันที่ 7 ต.ค. 2559 ผล CxR : No air แพทย์ Off ICD สัญญาณชีพเริ่มเข้าสู่เกณฑ์ปกติ H.R 110 – 130 ครั้ง/min R.R 25 – 30 ครั้ง/min 4. O₂ Saturation อยู่ในเกณฑ์ปกติ 98 – 100 %

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
เป้าหมาย เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน เพียงพอ ปัญหาที่ 7 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยมี pneumothorax ที่ตำแหน่ง Right and Left Lower Lobe ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก 3 สาย วันที่ 11 ก.ย. 2559 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายทรวงอก เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายทรวงอก	1. ดูแลสายระบายทรวงอกให้เป็นระบบปิดและปลอดเชื้อ สังเกตการกระเพื่อมของน้ำในแท่งแก้ว บีบสายระบายเบาๆ อย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง ห้ามรัดหรือรีดสายแรงและยาว⁹ 2. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดออกจากท่อระบาย รายงานแพทย์ถ้า เลือดออก > 8 ml/kg/hr. ใน 1 ชั่วโมง⁹ 3. สังเกตการไหลของช่องเหลว ดูแลป้องกันไม่ให้สายหักพับงอ อุดตัน ดึงรั้งหรือสายยางตกท้องช้าง เคลื่อนย้ายหรือพลิกตัวด้วยความระมัดระวัง⁹ 4. ตรวจสอบลมรั่วในระบบอย่างน้อยทุกเวอร์ 5. สังเกตภาวะ cardiac tamponade ได้แก่ B.P ต่ำ Pulse pressure แคบ tachycardia dyspnea ไม่มีเลือดออก มีเลือดซึมรอบๆ สาย CVP สูง เป็นต้น⁹ 6. ทำแผลเมื่อซีมมาก ประเมินและสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อ 7. สังเกตลมรั่วใต้ผิวหนัง หรือบวมที่อก แขนและคอ⁹	1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะ cardiac tamponade ได้แก่ B.P อยู่ในเกณฑ์ปกติ 90/ 60 - 110/70 มิลลิเมตรปรอท, H.R เร็วเล็กน้อย 130 - 150 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะdyspnea 2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Subcutaneous emphysema ได้แก่ เสียงกรอบแกรกรอบแปล หรือบวมที่อก แขนและคอ 3. ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น
ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อและเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเพิ่ม ข้อมูลสนับสนุน O: BT = 39°C O: ผล CBC 8/10/59: WBC = 13,540 cell/mm³ Neutrophils = 71	1. ประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแล tepid sponge เมื่อ BT $\square$ 37.5°C และให้ยาลดไข้ Paracetamol Syrup 1 ซ้อนชา เมื่อ BT $\square$ 38°Cตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้ได้รับยา Meropenem 300 mg IV q 8 hr, Amikin 165 mg IV O.D, Sulperazone 880 mg + 5% D/W 50 ml	1. หลังวันที่ 19 ก.ย. 2559 ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.5 องศาเซลเซียส 2. ผล CBC วันที่ 4 พ.ย. 2559 เริ่มเข้าเกณฑ์ปกติ ค่า WBC 10, 660 /UL Neutrophil 50 % 3. ผล Hemoculture TSC :ไม่พบเชื้อ

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
O: ผล CxR 07/9/59: Right lower lobe infiltration O: เสมหะสีเหลืองข้น ปริมาณมาก O: ผล TSC 10/09/2559: Pseudomonas O: on invasive line วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ และไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่มเติม เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ และไม่มีภาวะติดเชื้อเพิ่มเติม	IV drip in 24 hr, Vancomycin 750 mg + NSS 100 ml IV drip in 24 hr. ตามแผนรักษา, เผื่อระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ Tachycardia, Bradycardia, Red man syndrome คือมี ผื่นแดงบริเวณหน้า คอ ลำตัว B.P drop เป็นต้น 4. ประเมินลักษณะการติดเชื้อ เช่น ใช้สูง อ่อนเพลีย ซึมลง เสมหะเปลี่ยนสี ถ้าพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์¹⁰ 5. ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซ้ำ 6. ทำแผล โดยยึดหลัก Aseptic Technique ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ TSC CBC U/A และ CxR	4. เสมหะสีขาวใส 5. ผลรอบ Tracheostomy, Central line ไม่บวมแดง
ปัญหาที่ 9 มีภาวะ Hypokalemia ข้อมูลสนับสนุน O: ผล Blood chemistry วันที่ 11 ก.ย. 2559 ค่า K = 2.2 mEq/L O: ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย O: มีประวัติ H.R ช้า 80 - 90 ครั้ง/min เป็นช่วงๆ ระหว่าง 11 - 12 ก.ย. 2559 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะ Potassium ในร่างกายสมดุล	1. ประเมินสัญญาณชีพ monitor EKG ทุก 1 ชม. เผื่อระวังภาวะ arrhythmia 2. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา 5%DN/3 500 ml + K₂PO₄ 30 mEq IV drip 35 ml/hr., KCL 10 mEq + NSS to 100 ml IV drip in 4 hr. 3. ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำให้สม่ำเสมอผ่าน Infusion Pump ;5%DN/3 500 ml + K₂PO₄ 30 mEq IV drip 35 ml/hr. ,KCL 10 mEq + NSS to 100 ml IV drip in 4 hr. ห้ามให้ KCL ทางหลอดเลือดดำโดยตรง 4. สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะ Hypokalemia ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เป็นตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก หัวใจเต้นผิดปกติหรือหยุดเต้นได้¹⁰	1. H.R เร็วเล็กน้อย 110 - 130 ครั้ง/min ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะโปแทสเซียม ฟอสฟอรัส ในร่างกายต่ำ ได้แก่ ไม่เป็นตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก หัวใจเต้นผิดปกติหรือหยุดเต้น เบื่ออาหาร กล้ามเนื้ออ่อนแรง 3. ผล Blood chemistry วันที่ 4 พ.ย. 2559 ค่า K อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 4.5 mEq/L

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
เป้าหมาย ผู้ป่วยมีภาวะPotassiumในร่างกายสมดุล ปัญหาที่ 10 มีภาวะ Hypophosphatemia ข้อมูลสนับสนุน O: ผล Blood chemistry 11 พ.ย. 2559 ค่า $PO_4 = 1.5$ mEq/L วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะ Phosphorus ในร่างกายสมดุล เป้าหมาย ผู้ป่วยมีภาวะPhosphorus ในร่างกายสมดุล	5. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และติดตามผล เพื่อประเมินผลการแก้ไข 1. ประเมินสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก1ชม. 2. ดูแลให้ได้รับยา ตามแผนการรักษา - 5% DN/3 500 ml + K_2PO_4 30 mEq IV drip 35 ml/hr ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำให้สม่ำเสมอผ่าน Infusion Pump 3. สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะ Hypophosphatemia ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร กล้ามเนื้ออ่อนแรง¹⁰ 4. เจาะเลือดเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และติดตามผล เพื่อประเมินผลการแก้ไข	1. H.R เร็วเล็กน้อย 110 - 130 ครั้ง/min ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะPhosphorusในร่างกายต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง 3. ผล Blood chemistry วันที่ 4 พ.ย. 2559 ค่า PO_4 อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 4. 3 mEq/L
ปัญหาที่ 11 อาจเกิดภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร เนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร 30 วัน O: ผู้ป่วย On NG Feed นมถั่วเหลือง 30mlx4feed O: ผล Blood Chemistry วันที่ 11 ก.ย. 2560 ค่า Albumin 2.5 mg/dl O: น้ำหนักลดจาก 11 กก. เหลือ 9 กก. ภายในเวลา 1 เดือน O: ผิวหนังค่อนข้างแห้ง ความตึงตัวน้อย	1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับนมทางสายยางได้แก่นม 20 แคลอรีต่อออนซ์ 120 ซีซี ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อแพทย์พิจารณาให้นม 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/3 500 ml IV drip 40 ml/hr ตามแผนการรักษา 3. สังเกตและบันทึกปริมาณนม อาหารทางสายยาง ที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน 4. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง 5. ติดตามประเมินภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียพลังงาน เช่นมีไข้ เพื่อรีบให้การช่วยเหลือ 6. สังเกตอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว ปากแห้ง ผิวหนังไม่มีความตึงตัว กระหม่อมบวม ตาลึกโหล เป็นต้น ถ้าพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ²	1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ไม่มีปากแห้ง ผิวหนังมีความตึงตัวดี ตาลึกโหล 2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้เอง วันที่ 4 พ.ย. 2559 และเริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้นเรื่อยๆ น้ำหนักเพิ่มจาก 9 กก. เป็น 10 กก. ในวันที่ 9 พ.ย. 2559 3. ผลตรวจ Blood Chemistry 4 พ.ย. 2559 ค่า Albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5 mg/dl

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาด สารน้ำ สารอาหาร เป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และ สารอาหารเพียงพอต่อความ ต้องการของร่างกาย การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย ปัญหาที่ 12 มารดามีความ วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลเด็กที่ ใส่ท่อ Tracheostomy ข้อมูลสนับสนุน O: Try off ET-Tube 2 ครั้ง ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง แพทย์พิจารณาทำ Tracheostomy S: มารดาบอกว่าไม่กล้าดูแล เสมหะ ไม่กล้าทำแผล Tracheostomy ทำให้เป็น และกลัวลูกติดเชื้อ วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดามีความรู้ ความ มั่นใจในการดูแลบุตรต่อเนื่อง ที่บ้านได้ เป้าหมาย มารดา มีความรู้ ความมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้	7. ติดตามประเมินผล lab albumin 8. ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 1. ประสานงานให้มารดา และญาติได้พูดคุย กับแพทย์ เกี่ยวกับการวางแผนทำ Tracheostomy ช่วยอธิบายถึงเหตุผล ความ จำเป็นในการทำ Tracheostomy 2. แนะนำให้ได้พูดคุยกับญาติผู้ป่วยที่ได้รับ การทำ Tracheostomy เพื่อให้คลายความ กังวล 3. ประเมินความกังวลใจ ความไม่มั่นใจใน การดูแลผู้ป่วย หลังทำ Tracheostomy 4. เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความ รู้สึก และรับฟังด้วยท่าที่เห็นอกเห็นใจ 5. โหม่งน้ำ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้อง ดูแลบุตรต่อเนื่องที่บ้าน ปฏิบัติให้เป็น ตัวอย่างและให้ลองฝึกปฏิบัติ 6. เสริมสร้างพลังอำนาจแก่มารดา	1. มารดาสามารถตอบคำถาม เมื่อถามเกี่ยวกับ วิธีการดูแล แผล Tracheostomy วิธีการ ดูดเสมหะ และการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านได้ถูกต้อง 2. มารดามีความมั่นใจ สามารถทำแผล Tracheostomy ดูดเสมหะ ป้อนอาหาร ดูแลสุขวิทยา ผู้ป่วยได้ด้วยตัวเอง

แผนการจำหน่าย ได้เตรียมความพร้อมให้มารดา ผู้ดูแล มีความรู้ ความมั่นใจใน
 การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ตามแนวคิด
 D – METHOD ดังนี้

Disease ให้ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย แก่มารดา ผู้ดูแล คือโรคปอดอักเสบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งผู้ป่วยทุเลาจากโรคแล้ว แต่ได้รับการเจาะคอ ซึ่งต้องระมัดระวังการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ มีไข้สูง ไม่ลด หายใจหอบมากขึ้น ไอมาก เสมหะเปลี่ยนสี หรือผู้ป่วยซีมลง เป็นต้น

Medicine ยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน และพ่นต่อที่บ้าน ได้แก่ Folic a ½ tab oral O.D MTV Syrup 1 ml oral B.I.D Seretide 1 puff B.I.D แนะนำการรับประทานยาและพ่นยาที่ถูกต้องวิธี

Environment การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและบริเวณรอบบ้านให้สะอาด หลีกเลี้ยงให้ผู้ป่วยเจอฝุ่น ควัน ต่างๆ

Treatment ฝึกทักษะ การดูแลเสมหะจากท่อเจาะคอ การทำแผลเจาะคอ การดูแลความสะอาดร่างกาย ระมัดระวังน้ำเข้าไปในท่อเจาะคอ

Health การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ โดยการอยู่ใกล้ชิดกับเด็ก ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้เกิดความมั่นใจ ส่งเสริมการออกกำลังกาย การได้พบปะญาติ เพื่อน แต่ระมัดระวังไม่ให้ผู้เจ็บป่วยโรคติดต่อ เข้าใกล้ชิดผู้ป่วย

Out Patient แนะนำการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และถ้ามีอาการผิดปกติ ให้รีบไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน

Diet การจัดหาอาหารมาให้ผู้ป่วยรับประทาน โดยให้เป็นอาหารครบหลัก 5 หมู่ ย่อยง่าย เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูง และเน้นเรื่องการปรุงอาหารให้สะอาด แผนการดูแลที่บ้าน

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 13 พฤศจิกายน 2559 ผู้ป่วยเดินได้เอง สีสหน้าสดขึ้น On tracheostomy with room air หายใจไม่หอบ เสมหะสีใส ไม่มาก ไอออกเองได้ แผลรอบคอไม่บวมแดง น้ำหนัก 10 กก.

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 20 ธันวาคม 2559 ผู้ป่วยเดินเร็วขึ้น วิ่งเล่นได้ สีสหน้าสดขึ้น ยิ้ม หัวเราะ On tracheostomy with room air หายใจไม่หอบ เสมหะสีขาว ปริมาณน้อยแผลรอบคอไม่บวมแดง น้ำหนัก 11 กก.

อภิปรายผลกรณีศึกษา

โรคปอดอักเสบ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็ก ปอดอักเสบรุนแรง จะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพในการหายใจ เกิดภาวะหายใจล้มเหลว รวมทั้ง

อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยรายนี้มาถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่ามีภาวะหายใจล้มเหลว ต่อมาเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะช็อก ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง ให้ยาเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยได้รับการรักษาและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง จนกระทั่งอาการดีขึ้นตามลำดับ แต่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์ได้ทำ Tracheostomy ได้สอน แนะนำ ฝึกทักษะ จนมารดามีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านหลังนอนโรงพยาบาลนาน 70 วัน แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของทีมบุคลากรที่ให้การรักษายาบาล ความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ และความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายไทยวัย 3 ปี 6 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้สูง ไอมีเสมหะ หายใจหอบ เป็นมา 3 ชม. ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน หายใจหอบมากขึ้น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งตัวมาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ 7 ก.ย. 2559 วินิจฉัยโรคปอดอักเสบและหายใจวาย ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และต่อเครื่องช่วยหายใจ วันต่อมาภาวะ Septic shock ได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ เปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะ วันที่ 9 ก.ย. 2559 หายใจหอบมากขึ้น CXR : Patchy infiltration both lungs วินิจฉัยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) เปลี่ยนเครื่องช่วยหายใจเป็นชนิดความถี่สูง (HFOV) Retain foley's catheter ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ วันที่ 11 ก.ย. 2559 ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย Desaturation 80 % พบว่ามี Pneumothorax ได้รับการใส่ ICD 3 สาย อาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แต่ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์พิจารณาทำ Tracheostomy ในวันที่ 22 ต.ค. 2559 และลด O_2 ลงเรื่อยๆ เริ่มให้ความรู้ และฝึกทักษะมารดา เรื่อง การทำแผล Tracheostomy, การดูดเสมหะ จนกระทั่งมารดาสามารถปฏิบัติได้เอง จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแล ส่งผลดีต่อการหายของผู้ป่วยเด็ก และย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญวันที่ 2 พ.ย. 2559 ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยสามารถเดินได้ช้า ๆ รับประทานอาหารได้ สีหน้าสดชื่น จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ 15 พ.ย. 2559 LOS = 70 วัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อผู้ป่วยและญาติ

1. ควรส่งเสริมให้เด็กรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ส่งเสริมการออกกำลังกายตามความถนัดและความชอบและป้องกันการเกิดโรคปอดบวม เช่น การรักษาสุขอนามัย ดูแลร่างกายให้อบอุ่นเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง เมื่อไม่สบายควรรีบไปพบแพทย์
2. ควรพาผู้ป่วยไปรับวัคซีน เพิ่มภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์

ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาล

1. สนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถอยู่เสมอ เพื่อให้ทันกับวิทยาการทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้า อันจะสามารถนำมาปรับใช้ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีความปลอดภัย
2. สนับสนุนให้มีการทำวิจัยด้านแนวทางการดูแลรักษา การพยาบาล หรือนำแนวปฏิบัติทางคลินิก มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคปอดอักเสบ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 มี.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.boe.moph.go.th/Pneumonia>
2. อรุณวรรณ พงุทิพันธุ์, พนิดา ศรีสันต์, กวีวรรณ ลีมประยูร และ สนิตรา ศิริธำกุล, บรรณาธิการ. Common Pediatric Respiratory Disease 2016. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559.
3. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. รายงานประจำปี ปีงบประมาณ 2560. อุบลราชธานี: อุบลกิจออฟเซตการพิมพ์; 2560. หน้า 265-70.
4. เกศรา เสนางาม. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของระบบหายใจ. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551
5. Brenda M. Morrow and Andrew C. Argent. A Comprehensive review of pediatric endotracheal suctioning: Effects, indications and clinical practice. Pediatr Crit Care Med 2008. vol.9 No.5.
6. วัลภา คุณทรงเกียรติ. ภาวะช็อคและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทพีเพรส จำกัด; 2551.

7. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, et al. Surviving sepsis campaign guidelines for Management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med 2004;32:858-73.
8. สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, ศุภระวรรณ อินทรขาว, สุดาทิพย์ ผาติชีพ และ พชรพรรณ สุรพลชัย. ภาวะวิกฤติในกุมารเวชศาสตร์ I. กรุงเทพฯ: ไอกรูป เพรส; 2557.
9. อวยพร กิตติเจริญรัตน์ และศิริพร สังขมัลย์. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด. กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี; 2554.
10. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา. การพยาบาลเด็ก. เล่ม 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข; 2555.