

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

Nursing care of patients with septic shock : case study

วิไลวรรณ ศิริ*

Wilaiwan Siri*

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้และแนวปฏิบัติ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง

วิธีการศึกษา : รวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย จากการซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัว โดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลปัญหาที่พบ 1) มีภาวะช็อก 2) มีภาวะพร่องออกซิเจน 3) มีไข้ 4) มีภาวะน้ำเกิน 5) ปวดท้อง 6) วัดก้างวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 7) ขาดความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มีโรคประจำตัวปวดเข้าเรื้อรัง แพทย์หยุดยามา 2 ปี น้ำหนัก 55 Kgs. ส่วนสูง 165 Cms. ดัชนีมวลกาย 20.20 kg/m² มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้เหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดขาซ้าย ก่อนมา 4 ชั่วโมง สัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 38.9 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 82/54 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 92 ครั้ง/นาที , หายใจ 20 ครั้ง/นาที, O₂ Sat 94% Room Air, SOS 5 คะแนน แพทย์วินิจฉัย Streptococcus Pyogenase Septicemia c Septic Shock นอนโรงพยาบาลให้ยา Ceftriazone 2 gm. IV. OD จนครบ 14 วัน

สรุป : ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่มีความซับซ้อน มีอัตราการเสียชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ขึ้นกับอายุ สุขภาพเดิมของผู้ป่วย แหล่งการติดเชื้อชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ ถึงแม้ว่าระบบการดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากกรณีศึกษา พบว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนตั้งแต่การประเมิน การเฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดง เกณฑ์การรายงานแพทย์ของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จะทำให้การดูแลรักษาถูกต้อง รวดเร็ว ได้มาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล, ติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง Email wilaiwan9456@gmail.com

Abstract

This case study aims to study nursing care for patients with septic shock by applying knowledge and practices at Ban Chang Hospital, Rayong Province.

Methods of study: Data were collected from hospital patient medical records interviewing patients and their relatives. The study was conducted in three phases: initial admission, continuation, and discharge. Data were analyzed using the Functional pattern of Gordon and nursing process as a framework for intervention. Problems found included: 1) shock, 2) oxygen deficiency, 3) fever, 4) fluid overload, 5) pain, 6) anxiety about illness, and 7) 7) lack of knowledge about septicemia.

Results: A 58-year-old Thai male patient with chronic knee pain who had been stopped by the doctor for 2 years, weighing 55 Kgs., height 165 Cms., body mass index 20.20 kg/m², came to the hospital with symptoms of fever, fatigue, left leg pain. Four hours before coming, his vital signs were body temperature 38.9 degrees Celsius, blood pressure 82/54 mmHg, pulse 92 beats/min, breathing 20 breaths/min, O₂ Sat 94% Room Air, SOS 4 points. The doctor diagnosed Streptococcus Pyogenase Septicemia c Septic Shock. He was admitted to the hospital and given Ceftriazone 2 gm. IV. OD until 14 days were completed.

Conclusion: Septic shock is a complex emergency with high mortality rate and high risk of complications, depending on the patient's age, previous health, source of infection, and type of causative organism. Although the septic shock care system is continuously developed, the case study found that having clear guidelines for assessment, monitoring of symptoms and signs, and criteria for reporting to doctors of patients with septic shock will enable correct, rapid, and standardized care, resulting in patient safety.

Keywords : Nursing, bloodstream infection, shock

. *Wiliwan Siri Register nurse Banchang Hospitaj Rayong Email wilaiwan9456@gmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อจากระบบต่าง ๆ จะสามารถลุกลามเข้ากระแสเลือดได้ (Septicemia) เป็นความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะช็อก และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ชญาทิพย์ ธรรมมุลตรี, 2567). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่สำคัญอย่างยิ่งโรคหนึ่ง เมื่อมีการติดเชื้อในรูปร่างกาย เชื้อโรคจะสร้างสารพิษ (Toxin) ส่งผลให้มีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพ หลอดเลือดเกิดการขยายตัวสูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือด อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ รวมถึงการทำงานของหัวใจ ตามมาด้วยภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุด(ทัญญู ศรีวิชัย และวิมล อ่อนเส็ง. (2560) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลำดับต้น ๆ จากข้อมูลสถิติของโลก พบอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 25 - 30 ปัจจุบันภาวะติดเชื้อและการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis and Septic Shock) นับเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย

จากสถิติผู้ป่วยสาธาณสุขของโลก มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อัตรามากกว่า 700,000 คนต่อปีกระทรวงสาธารณสุข.(รายงานทางสถิติอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด, [อินเทอร์เน็ต], [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566) การติดเชื้อดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อระบบหรืออวัยวะสำคัญเกิดภาวะล้มเหลวที่เรียกว่า Multiple organ Dysfunction; MOD การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นกลุ่มอาการของโรค ที่เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของปฏิกิริยาการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ของร่างกายต่อการติดเชื้อ ที่ก่อให้เกิดการอักเสบกระจายไปทั่วร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตตามมา จากสถิติองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ปี 2561 รายงานมีผู้ติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึง 48.9 ล้านคน และเสียชีวิต 11 ล้านคน ประเทศไทยพบการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปีกระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถิติอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากสถิติในช่วงปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community ในระดับประเทศเท่ากับ 32.37, 32.47 และ33.71 ตามลำดับ

แนวทางการดูแล คือ 1) การกำหนดแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและรักษาระบบสมดุลของสารน้ำในร่างกาย อย่างรวดเร็ว 3) ทีมสหวิชาชีพต้องร่วมกันทำงาน ประสานงานและการเฝ้าติดตามกำกับ ให้มีการดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้ออย่างถูกต้องและทันเวลา (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560; วีรพงศ์ วัฒนาวนิช, 2566)

โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยองเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F1 มีสถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567 เท่ากับ 25, 47 และ 83 รายตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 32, 27.65 และ 21.68 ตามลำดับ อุบัติการณ์การเกิดภาวะช็อกเท่ากับ ร้อยละ 19.19, 28.12, 24.43 ตามลำดับ อัตราการได้ยาฆ่าเชื้อภายใน 1 ชั่วโมงร้อยละ 77.77 82.77 และ 78.77 ตามลำดับ อัตราการรับสารน้ำตาม CPG ร้อยละ 64.25 70.21 และ 74.61 ตามลำดับ จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยช็อกส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคประจำตัว ติดบ้าน ติดเตียง พบว่ามีการประเมินผู้ป่วยผิดพลาด ไม่นึกถึงภาวะ Sepsis การติดตาม เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การรายงานแพทย์ยังไม่ได้ตามมาตรฐาน การปฏิบัติตามแนวทางของทีมดูแลไม่ ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างทันท่วงที มีผลทำให้อาการทรุดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากกการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Shock) มีความซับซ้อนทั้งในแง่ของพยาธิสภาพ ตลอดจนการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว การดูแลรักษาจึงมีความยุ่งยากและซับซ้อน (วิภาวิชัย ประมวลปรีชา, 2567) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องอย่างลึกซึ้ง อันจะนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้อง ได้ผลการรักษาที่ลดอัตราการเสียชีวิต จากความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำรายงาน กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Shock) เพื่อการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มีภาวะช็อก เป็นแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย มุ่งหวังให้ผู้ป่วยปลอดภัย และบุคลากรมั่นใจในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ และแนวปฏิบัติ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง กรณีศึกษาผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง จำนวน 1 ราย ศึกษาระหว่าง 24 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 58 ปี วินิจฉัยเป็น ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ เกษตรกรรม(ทำไร่) ภูมิลำเนา ตำบลนิคมพัฒนา กิ่งอำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง สิทธิการรักษา รักษาฟรีตามบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ HN781860 AN 670004723 เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2567 เวลา 13.28 จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2567 เวลา 12.00 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน ไม่ได้รับการส่งต่อ โรงพยาบาลระยอง

1. ข้อมูลการเจ็บป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief complaint) 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ หนาว อ่อนเพลีย ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (History of present illness) ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดขาซ้าย แฉ่งว่านอนแล้วขาตะพึดพื้นมีอาการปวดบวมแดงมาก ไม่ได้รักษาที่ใด

6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดขาข้างซ้ายมากขึ้น เดินลำบาก มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง จึงมาโรงพยาบาล ขณะซักประวัติสังเกตมีเหงื่อออก ตัวเย็น มีกลิ่นสุรา ผู้ป่วยแจ้งดื่มสุราก่อนมา

สัญญาณชีพแรกรับที่ห้องตรวจโรคทั่วไป BP= 79/47 mmHg วัดซ้ำทำนอง BP= 80/51 mmHg ทำนอน BP= 84/52 mmHg , P = 120 / min จากนั้นส่งตรวจที่ห้องฉุกเฉิน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history) เป็นปวดข้อเข่า ulyาที่โรงพยาบาลบ้านฉาง 4 ปี (พ.ศ.2561 - 2564) แพทย์ให้หยุดยามา 2 ปี ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมีทุกชนิด ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ักุษา และยาบ้า ดื่มเหล้า 40 ดีกรี วันละ 1 แก้ว (60ซีซี) ทุกวัน เริ่มดื่มตั้งแต่อายุ18 ปี ดื่มมา 35 ปี ปัจจุบันยังดื่มอยู่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family History) ผู้ป่วยมีพี่น้อง 4 คน พี่สาวเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีบุตร 3 คน ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 5 คน บุตรทั้ง 3 คน ทำงานอยู่ต่างจังหวัด สมาชิกในครอบครัวสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีความขัดแย้งในครอบครัวเรื่องผู้ป่วยชอบดื่มสุรา รายได้ไม่เพียงพอ

2. ข้อมูลการประเมินแบบแผนสุขภาพ ข้อมูลการประเมินสภาพของกรณีศึกษา โดยใช้เครื่องมือประเมินตามกรอบการประเมิน แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

2.1 การรับรู้และการจัดการภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยละเลยการดูแลสุขภาพ เจ็บป่วยไม่ไปพบแพทย์ ดื่มสุราทุกวัน การจัดการกับภาวะสุขภาพบกพร่อง ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการดูแลสุขภาพพื้นฐาน ผู้ป่วยละเลยต่อสุขภาพตนเอง

2.2 การรับประทานและการเผาผลาญ ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา บางวันดื่มสุรามาแล้วไม่รับประทานอาหาร บางครั้งปวดท้องจากการดื่มสุรา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาร่วมกับรับประทานยาแก้ปวดจากอาการเข่าอักเสบ รูปร่างผอมดำ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 20.20 รอบเอว 74 เซนติเมตร

2.3 การซั้บถ่าย ซั้บถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา 2 – 3 วันถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ไม่ใช้ยาระบาย

2.4 การออกกำลังกายและกิจกรรมประจำวัน ไม่เคยออกกำลังกาย ทำงานหนักเป็นบางวัน ผู้ป่วยรับรู้ว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย กิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยรับรู้่าปกติดี สัญญาณชีพแรกรับ ที่ห้องตรวจ Vital sign T= 38.9 °C , P = 120 / min จึงหะสม่าเสมอ, R = 20 / min, BP= 82/54 mmHg, O₂ = 98 %, BW= 53 kg, ส่วนสูง 165 Cm,

2.5 การนอนหลับพักผ่อน นอนหลับประมาณ 22.00 น. หลับ ๆ ตื่น ๆ บางครั้งมาแล้วหลับก่อนมาโรงพยาบาลนอนหลับพักผ่อนได้น้อย ปวดขาข้างซ้าย นอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกเพลียมากร่วมกับอาการมีไข้

2.6 การรับรู้ทางสติปัญญา ขณะได้รับการตรวจที่ห้องฉุกเฉินระดับความรู้สึกตัวดี รู้วัน เวลา สถานที่ ประวัติก่อนมา โรงพยาบาล บางครั้งมีอาการหลงลืมง่าย ดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่น ไม่เคยมีประวัติการรักษาอาการถอนพิษสุรา ขณะมาโรงพยาบาลที่ห้องตรวจยังมีกลิ่นสุรา ผู้ป่วยบอกว่าดื่มสุราก่อนมาโรงพยาบาล ญาตินำส่งโรงพยาบาล

2.7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ การรับรู้คุณค่าตนเองน้อย บทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวน้อย ไม่มีงานประจำ รายได้ไม่เพียงพอรับจ้างทั่วไป รายได้ส่วนหนึ่งมาจากลูก ๆ

2.8 บทบาทสัมพันธ์ภาพ บทบาทในครอบครัวไม่ดี จากการชอบดื่มสุรา มีทะเลาะกับภรรยาเป็นบางครั้งจากพฤติกรรมชอบดื่มสุรา

2.9 เพศและการเจริญพันธ์ ไม่มีสัมพันธ์ภาพเพศกับภรรยานานแล้ว แยกนอนกับภรรยาแต่ยังอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

2.10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด ส่วนใหญ่มีปัญหาการเงิน ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ เครียดแล้วใช้การดื่มสุรา ผู้ป่วยบอกว่าหายเครียด ดื่มสุราเป็นประจำ ร่างกายผอมดำ

2.11 ค่านิยมและความเชื่อ ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจแน่นอน นับถือศาสนาพุทธ ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

ลักษณะทั่วไป ชายไทย รูปร่างผอม ผิวคล้ำ แกรับที่ห้องตรวจ มาด้วยรถนอน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Score (GCS) 15 คะแนน แขน ทั้ง 2 ข้าง Motor power เกรด 5 ขาซ้ายเกรด 4 ขา

ขวาเกรด 5 รูปร่างตาทั้งสองข้างมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันดีขนาด 3 mm. O₂Sat = 98 % Room Air
ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ที่ปลายนิ้ว 96 mg% ทำทางอ่อนเพลีย

ใบหน้า : ศีรษะรูปร่างปกติไม่มีก้อน ไม่มีแผลเป็น กัดไม่เจ็บ ไม่มี Facial palsy

ตา : การมองเห็นชัดเจน ปฏิกิริยาของรูปร่างตาต่อแสงขนาด 3 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง การ
เคลื่อนไหวลูกตาปกติ ตาขาวปกติ ไม่มีอาการตาเหลือง เปลือกตาไม่ซีด

หู : สมมาตรทั้ง 2 ข้าง ลักษณะ ภายนอกปกติการได้ยินชัดเจน ไม่เคยมีประวัติ หูน้ำหนวก

จมูก : ไม่มีน้ำมูก เยื่อบุจมูกแดงเล็กน้อย ไม่มีประวัติไซนัสอักเสบ สามารถรับกลิ่นได้ปกติ

ช่องปากและลำคอ : รูปร่าง ปกติไม่มีแผล คอไม่แดง ทอนซิลไม่โต ไม่มีคอแข็ง Stiff neck

negative

หน้าอก : ออกได้รูป ไม่แผล เคลื่อนไหวเท่ากันทั้งสองข้าง และสัมพันธ์กับการหายใจ

แขนขา : ไม่มีผื่นรูป แขนขาทั้ง 2 ข้างกำลังปกติเกรด 5 ต้านแรงได้ไม่มีแผล

ต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

การตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria)

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี GLASGOW COMA SCORE 15 คะแนน พูดชัด ไม่มีปากเบี้ยวลิ้นแข็ง
ไม่มีอาการปวดศีรษะ และคอแข็ง รูปร่างตาทั้งสองข้างมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันดีขนาด 3 มิลลิเมตร แขน
ทั้งสองข้างกำลังปกติ Motor power gr. 5 All ขาซ้าย มีกำลังขาเกรด 4

ระบบทางเดินหายใจ : หน้าอกรูปร่างปกติสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีก้อนหรืออาการกดเจ็บ

ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง / นาที เสมอ ฟังเสียงปอด โลง และมีเสียงลมเข้าเท่ากัน
ทั้ง 2 ข้าง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : Heart normal, อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดัน
โลหิต 82/55 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด O₂ Sat
Room Air = 95 % ,On O₂ Cannular 3 lit/min ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด O₂ Sat เพิ่มเป็น
99 %

ระบบทางเดินอาหาร : ริมฝีปาก แห้งเล็กน้อย หน้าท้อง soft no tender

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ปัสสาวะ สีเหลืองเข้ม ไม่มี
ลิ่มเลือดปน ไม่เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคระบบสืบพันธุ์

ระบบผิวหนัง : อุณหภูมิกาย 38.9 องศาเซลเซียส, ปลายมือ ปลายเท้า ไม่เขียว, เล็บมือ เล็บเท้า
ตัดสั้น ไม่มีบาดแผลตามร่างกาย รูปร่างปกติ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : แนวกระดูกสันหลังปกติ

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลวัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลจะเห็นว่า การประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผนสุขภาพ ทำให้สามารถแจกแจงปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม

ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอตัวอย่างปัญหาทางการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลของกรณีศึกษา ในระยะวิกฤตที่สำคัญ ดังนี้

1. มีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 4 ชั่วโมง ก่อนมา ขณะเข้านอน มีไข้ ปวดขาซ้าย เหนื่อยขาตะพึดไม่ได้มีอาการปวดมาก

2. เหนื่อยเพลีย จึงมาโรงพยาบาล แกร็บ T= 38.9 °C , BP = 82/54 mm.Hg

P = 120 / min R = 20 / min SOS 4 คะแนน ท่าทางเหนื่อยเพลีย

3 .ผล CBC เม็ดเลือดขาว (WBC) 12,440 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร Neutrophil 92.6 %

ผล Hemoculture 2 ขวดขึ้นเชื้อ Streptococcus pyogenase K=1.8 , lactate 11.6

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็นกระสับกระส่าย สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ผิวหนังซีด เย็น หรือเขียว (Cyanosis)

ระดับความรู้สึกตัวปกติ

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.0 -37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 -100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90 / 60 - 140 /90 มิลลิเมตรปรอท MAP > 65 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat > 95 %

ปัสสาวะออก 0.5 cc/kg / hr

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผล Hemo culture No Growth ไม่พบเชื้อ Streptococcus

กิจกรรมการพยาบาล

ขณะให้การดูแลรักษา จัดผู้ป่วยให้นอนเตียงใกล้ Nurse Station ซึ่งจัดให้เป็นโซนผู้ป่วยวิกฤตของห้องฉุกเฉิน เพื่อติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็นกระสับกระส่ายสับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ (Systolic ต่ำกว่า 50-90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำ ทั้ง Systolic และ Diastolic) ผิวหนังซีดเย็น หรือเขียว (Cyanosis)

ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการ และอาการแสดง ทุก 15 นาทีใน ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาทีและทุก 4 ชั่วโมง หลังรับไว้ในการดูแลที่ห้องฉุกเฉินก่อนส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับไว้เป็นผู้ป่วยใน เพื่อประเมินเฝ้าระวัง ติดตามอาการของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม ดูแลให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา 0.9 % NSS 1,000 ml vein drip 80 ml/hr Control By Infusion pump ดูแลให้ได้รับ Levophed 4 mg + 5 %D/W 250 ml iv drip 5 ml/hr titrate Levophed Control By Infusion pump เพิ่มทีละ 5 ml/hr ทุก 15 นาทีตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 90/64 มิลลิเมตรปรอทและ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาและเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ทุก 2 ชั่วโมง บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเพื่อประเมินหน้าที่การทำงานของไตทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 40 cc/hr รายงานแพทย์ทราบดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gms vein Drip OD ตามแผนการรักษาเพื่อลดการติดเชื้อ ล้างมือก่อน – หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มเติม ติดตาม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และดูแลไม่ให้หักพับงอ เพื่อป้องกันปัสสาวะคั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะเป็นเหตุให้เกิด การติดเชื้อได้ บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมงเพื่อติดตามดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำ และ อิเล็กโทรไลต์

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติอุณหภูมิ 36.0 – 37,5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 90 /60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท MAP 65 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat มากกว่า 95 % ปัสสาวะออก 1,000 cc./ 8 hr.

ผลการตรวจผล Hemo culture No Growth (ครั้งที่ 2 วันที่ 5 ตุลาคม 2567)

ผู้ป่วย Off Levophed ได้วันที่ 25 กันยายน 2567 และ ไม่มีช็อกซ้ำ

ผู้ป่วยชายวัย 58 ปีมีโรคประจำตัว ปวดเข่าเรื้อรัง แพทย์หยุดยามา 2 ปีเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านฉาง ด้วยอาการ ไข้ ปวดขาข้างซ้าย เหนื่อยเพลียมาก ก่อนมา 4 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัย Streptococcus Pyogenase Septicemia c Septic Shock ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

ติดเชื้อในกระแสโลหิต (Clinical Practice Guideline Sepsis) ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนส่งเข้ารับเป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยมีภาวะช็อก (Septic Shock) และระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลง ได้รับการรักษา คือ ให้ออกซิเจน Cannular 3 Lit/min ให้ Levophed 4 mg ผสมใน 5 % D/W 250 ml intravenous drip เริ่ม ที่ 5 ml/hr สามารถ ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ภายใน 2 ชั่วโมง และหยุดให้ยาได้ภายใน 1 วัน มีการติดตามเส้นประวังอย่างใกล้ชิด พบผู้ป่วย หายใจเหนื่อยหอบ แพทย์วินิจฉัยน้ำเกินจากภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) รักษาโดย การให้ยาขับปัสสาวะชนิดฉีด (Lasix) 2 วัน อาการดีขึ้น Off ออกซิเจนได้วันที่ 5 ของการรักษา นอนให้ยา Ceftriaxone 2 gm. Intravenous drip OD ครบ 14 วัน จำหน่ายกลับบ้าน อาการทุเลา

กิจกรรมการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะแรกรับ

1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต
2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะพร่องการกำซาบของ

โลหิตจากภาวะช็อก

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและเนื้อเยื่อ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ การพยาบาลระยะแรกรับเน้นการปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต และการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกแต่ได้รับการประเมินภาวะช็อกได้ทันเวลา และให้การรักษา ได้รับสารน้ำ และได้ยากระตุ้นความดันโลหิต มีการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ในขณะที่เกิดภาวะช็อกร่างกายผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ได้รับการแก้ไขปัญหโดยให้ออกซิเจน Cannular 3 LPM พยาบาลได้จัดทำนอน ปรับออกซิเจน และประเมินอาการรวมถึงการให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

ระยะต่อเนื่อง

1. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากความบกพร่องในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจากการมีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดขา
3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากไข้
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยเนื่องจากภาวะช็อกเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

การพยาบาลที่สำคัญในระยะต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต คือ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ที่มีโอกาสเกิดโดยเฉพาะการดูแลเรื่องสัญญาณชีพความปวด การได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเพียงพอของสารน้ำมีการบันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกทุก 4 ชั่วโมง ทำให้ได้รับการประเมินภาวะไม่สมดุลของสารน้ำได้ทัน มีการส่งตรวจเลือดดูค่าการทำงานของไต เพื่อป้องกันภาวะไตสูญเสียหน้าที่ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ พบมีอาการหายใจเร็ว พลิกตัวไปมา นอนราบไม่ได้ไม่แน่นหน้าอก ฟัง Lung fine crepitation at both Lower lung CXR แพทย์บันทึก หลอดเลือดในปอดจะมีการเพิ่มปริมาณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณปอด (Cephalization Progress, CHF) ให้ Lasix 40 mg. vein x 2 วัน อาการดีขึ้น

ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตมากมายแต่อุปกรณ์ทั้งหลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สบาย เจ็บปวดและภาวะจิตใจผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลสูง พยาบาลเป็นผู้ที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลบอกและอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเมื่อให้การพยาบาล และเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยและญาติในการ ก้าวผ่านภาวะวิกฤติ

ระยะจำหน่าย

1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพพบกพร่องการจัดการภาวะสุขภาพไม่ดีทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคคลุกคลายง่าย การพยาบาลระยะจำหน่าย พยาบาลประเมินความพร้อม ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านเนื่องจากผู้ป่วย เป็นผู้สูงอายุ อธิบายแผนการรักษาพยาบาล สาเหตุของการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากสาเหตุการติดเชื้อ Streptococcus ในกระแสโลหิตครั้งนี้มาจาก การติดเชื้อเข้าด้านซ้ายจากอุบัติเหตุลัมเข้ากระแสทรวงอก ร่วมกับผู้ป่วยมีความไวต่อการรับเชื้อโรค (Immunocompromise host) แนะนำให้ประสานทีมติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสอบสวนหาแหล่งโรค ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน ในการป้องกันการเกิดโรค การสังเกตอาการ ผิดปกติการปฏิบัติตัว เมื่ออาการผิดปกติ แนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับภาวะสุขภาพที่เหมาะสม เช่นการงดดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่ควรรีบพบแพทย์

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อ Streptococcus pyogenase ในกระแสเลือด

2. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะพร่องการกำซาบของโลหิตจากภาวะช็อก
3. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากความบกพร่องในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จากการมีภาวะหัวใจล้มเหลว
4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดขา
5. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากไข้
6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย เนื่องจากภาวะช็อกเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต การจัดการในภาวะวิกฤติแรกเริ่ม ผู้ป่วยได้รับ Septic work up การดูแล เรื่องความสมดุลของสารน้ำ (Hemodynamic) การส่งตรวจทางห้องทดลอง และได้รับยาฆ่าเชื้อ (Antibiotic) อย่างรวดเร็ว ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร่วมกับภาวะช็อก

การจัดการอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกซ้ำ ส่งเสริมการได้รับออกซิเจนและสารอาหารระดับเซลล์ ได้รับการรักษาอาการปวดและอาการอักเสบของเข่าและขาข้างซ้าย ได้รับยาแก้ปวดและลดไข้ จนผู้ป่วยทุเลาและเข้าสู่การวางแผนจำหน่าย

การจัดการระยะจำหน่าย เนื่องจากแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการภาวะสุขภาพบกพร่อง ส่งผลให้แบบแผนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ บกพร่องด้วย ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย เนื่องจากภาวะช็อกเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ได้ให้การดูแลเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อปรับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการจัดการภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง

วิจารณ์

1. ด้านผู้ป่วยผู้ป่วยอายุ 58 ปี การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health perception) และการจัดการภาวะสุขภาพ (Health management) บกพร่อง ดื่มนสุราเป็นประจำ เจ็บป่วยเล็กน้อยไม่เข้ารับการรักษาที่เหมาะสม จนเมื่อเกิดอาการทรุดหนัก เกิดภาวะติดเชื้อและติดเชื้อเข้ากระแสเลือด ทำให้มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง มีระบบอวัยวะสำคัญของชีวิตล้มเหลว (Vital organ failure) ได้แก่ ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ทำให้เกิดภาวะช็อก มีอาการเหนื่อยหอบจากหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

2. ด้านบุคลากรพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และไวต่อการรับเชื้อโรค (Immunocompromised host) ดังนั้นในทุกจุดบริการของสถานประกอบการณ์สุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลควรต้องตระหนักในสิ่งสำคัญ ซึ่งพยาบาล

สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะดังกล่าว คือ พยาบาลทุกคนต้องมีความรู้ทักษะและประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่า เป็นผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและสามารถกลูกลามเข้ากระแสเลือด จนก่อให้เกิดความรุนแรง การใช้ เครื่องมือประเมิน Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) คือ อาการที่เกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ และมีการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยใช้ SOS score (Search Out Severity Score) ช่วยในการรายงานแพทย์ ได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามกระบวนการดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับบ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS), Search Out Severity Score (SOS score) และเข้าใจแนวทางการใช้ Protocol Severe sepsis และ Septic shock
2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรมีระบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis/septic shock สู่การปฏิบัติให้ครบถ้วน มีการนิเทศการปฏิบัติต่อเนื่อง และรับผิดชอบการเก็บตัวชีวิตในหน่วยงาน นำมาวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีแนวทางการนิเทศ กำกับติดตาม ให้ความรู้พยาบาลในการดูแล คัดกรอง ผู้ป่วยติดเชื้อ/ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลควรได้รับการอบรมฟื้นฟูวิชาการ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างสม่ำเสมอ
4. ทีมดูแลผู้ป่วยควรทบทวนแนวทางปฏิบัติ Update CPG Standing Order การดูแลผู้ป่วย Sepsis and Septic shock โรงพยาบาลบ้านฉาง สื่อสารถ่ายทอดให้ทุกหน่วยบริการของโรงพยาบาล รวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง รับทราบ และใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเป็นแนวปฏิบัติเดียวกัน
5. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวให้ห่างไกลโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทางสถิติอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. แหล่งข้อมูลจาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานทางสถิติอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567. จากเว็บไซต์ :<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
- ชนาทิพย์ ธรรมมุลตรี. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อใน กระแสโลหิต โรงพยาบาลบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(5), 263-272.
- ทัญญู ศรีวิชัย และวิมล อ่อนเส็ง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาล ชุกเฉิน. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์*. 9(2) : 152-162.
- แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ11แบบแผนของกอร์ดอน - ค้นหาด้วย Google [Internet]. [cited 2566 Sep 22]. Available from: <https://www.google.com/search>
- มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. *คู่มือแนวทาง การรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/ septic shock*. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.2si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/sirirajknowledge/sepsis/3545>
- วิภารัชญ์ ประมวลปรีชา. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(5), 448-454.
- วีรพงศ์ วัฒนาวนิช. *Update management in septic shock*. [ออนไลน์]. [เข้าถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2566]. แหล่งข้อมูลจาก: https://medinfo.psu.ac.th/nurse/CoP/Sepsis/sepsis_3.pdf.
- วิจิตรา กุสุมภ์. *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์; 2560.
- โรงพยาบาลบ้านฉาง. *รายงานตัวชี้วัดงานแผนยุทธศาสตร์*. ระยอง: โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง; 2566