


| | | | |
|---|--|---|--|
|  | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา | | |
| | วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) | เอกสารหมายเลข : WI-YH-IPD-009 | จัดทำเมื่อ : 31/03/2567 |
| | | ฉบับที่ : A วันที่ออกเอกสาร : 31/03/2567 | แก้ไขครั้งที่ : 00 หน้าที่ : 1 ของ 4 หน้า |

| | |
|--|--------------------|
| เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) | |
| หน่วยงาน ผู้ป่วยในหญิง | กลุ่มงาน การพยาบาล |
| <p>ระเบียบปฏิบัติงาน</p> <p>เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia)</p> <p>ผู้ป่วยใน</p> <p>โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา</p> | |

ผู้จัดทำเอกสาร

ลดาวัลย์ สุจิตवास

(นางลดาวัลย์ สุจิตवास)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทบทวนเอกสาร

ผู้อนุมัติใช้

มินตรา ทองธรรมชาติ

(นางสาวมินตรา ทองธรรมชาติ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ทินกร ปินหะย็อรัง

(นายทินกร ปินหะย็อรัง)

ผอ.รพ.ร.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

1.นโยบาย/วัตถุประสงค์

ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการเสียชีวิตในโรคปอดอักเสบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วางแผน ดูแลตามปัญหาและความต้องการ ก่อนเข้าสู่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และปลอดภัยจากภาวะ Respiratory failure

2. คำนิยาม

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง การที่ปอดได้รับอันตรายจากการติดเชื้อหรือจากสาเหตุอื่นส่งผลให้เนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วยหลอดเลือดฝอยส่วนปลายสุดและถุงลมเกิดการอักเสบอย่างเฉียบพลันและบวม ทำให้ของเหลว ซึ่งประกอบด้วยพลาสมาและเม็ดเลือดขาวเรียกว่า Exudates (หนอง) เข้าไปอยู่ในถุงลมเนื้อปอดจึงเกิดการแข็ง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา

ชนิดของโรคปอดอักเสบ

ปอดอักเสบสามารถแบ่งได้หลายกลุ่ม ขึ้นอยู่กับลักษณะการแบ่งได้แก่ แหล่งกำเนิด ชนิดของเชื้อ ตำแหน่งที่เกิด ความรุนแรง และปอดอักเสบในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ สามารถสรุปได้ดังนี้

| การจำแนกโรคปอด | คำอธิบาย |
|--|---|
| 1.แหล่งกำเนิด | |
| 1.1 Community-Acquire Pneumonia (CAP) | เป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง เกิดจากการติดเชื้อจุลินทรีย์ นอกโรงพยาบาล หรือภายใน 48 ชม. ที่อยู่ในโรงพยาบาล |
| 1.2 Ventilator-associated pneumonia (VAP) แบ่งเป็น | ปอดอักเสบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลา 48-72 ชม. |
| 1.Early-onset Ventilator-associated pneumonia | การเกิดปอดอักเสบที่เกิดหลังจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 4 วัน |
| 2.Late-onset Ventilator-associated pneumonia | การเกิดปอดอักเสบที่เกิดหลังจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป |
| การจำแนกโรคปอด | คำอธิบาย |
| 1.3 Hospital-Acquire Pneumonia(HAP) | ปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยหลังจากเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกิน 48 ชม. |
| 1.4Healthcare-Acquire Pneumonia(HCAP) | ปอดอักเสบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 48 ชม. จนถึงหลังจำหน่ายภายใน 90 วัน ก่อนเกิดปอดอักเสบ หรือเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่อาศัยใน Nursing home หรือ long-term care Facility หรือเกิดขึ้นในผู้ป่วย ที่ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ยาเคมีบำบัด หรือได้รับการดูแลรักษาเรื่องบาดแผล ภายใน 30 วัน ก่อนเกิดปอดอักเสบ หรือเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในคลินิกการฟอกเลือด |
| 2.ชนิดของเชื้อ | ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ Pneumococcal pneumonia, |
| 2.1 Bacterial pneumonia | Staphylococcus , Klebsiella |
| 2.2 Myclopasma pneumonia | ปอดอักเสบชนิดที่เรียกว่า Atypical pneumonia ไม่มีอาการหอบอย่างชัดเจน |

| | |
|---|--|
| 2.3 Viral pneumonia | ปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส มีความรุนแรงถึงตายได้โดยเฉพาะเชื้อไวรัสที่ทำให้ใช้หัดใหญ่ |
| 3.ตำแหน่ง 3.1 Lobar pneumonia | ปอดอักเสบเฉพาะกลีบใดกลีบหนึ่ง เช่น Staphylococcus pneumonia, Klebsiella pneumonia |
| 3.2 Broncho pneumonia | ปอดอักเสบบริเวณถุงลม มักกระจายเป็นหย่อมๆอยู่รอบหลอดลม |
| 3.3 Interstitial pneumonia | ปอดอักเสบในผนังถุงลม พบผนังถุงลมบวมเกิดจากการทำลายของถุงลมเพิ่มมากขึ้น |
| 4.ความรุนแรง 4.1 Acute pneumonia | ปอดอักเสบที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 สัปดาห์ |
| 4.2 Chronic pneumonia | ปอดอักเสบที่เกิดขึ้นเรื้อรัง อาจแสดงอาการเป็นสัปดาห์ แสดงอาการ หรือนานเป็นเดือนพบบ่อยในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง |
| 5.ปอดอักเสบ ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Pneumonia in the immunocompromised patient) | ปอดอักเสบที่เกิดจากภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ได้รับยาสเตียรอยด์ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่ายไขกระดูกหรือปลูกถ่าย อวัยวะ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังรวมถึงผู้ที่ได้รับเชื้อรา แบคทีเรีย ไวรัส ที่ทำให้ก่อโรคปอดอักเสบ |

โรคปอดอักเสบอาจเกิดได้ทั้งจากไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยตามสภาพแวดล้อม มีดังแสดงตารางต่อไปนี้

| สภาพแวดล้อม | เชื้อที่เป็นสาเหตุได้บ่อย |
|---|---|
| ปอดอักเสบในชุมชน | Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Mycoplasma pneumonia, Legionella spp. |
| ปอดอักเสบในโรงพยาบาล ระยะแรก (อยู่ใน โรงพยาบาล 2-5 วัน) | Methicillin-sensitive Streptococcus aureus. Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae. Klebsiella spp. Serratia marcescens |
| ปอดอักเสบในโรงพยาบาล ระยะหลัง (อยู่ในโรงพยาบาล> 5วัน) | Methicillin –resistant Streptococcus aureus. Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp. Enterobacter spp. |

สาเหตุและปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดโรคปอดอักเสบ

โรคปอดอักเสบเกิดจาก 2 สาเหตุ ดังนี้

1. สาเหตุหลัก ได้แก่ การมีเชื้อโรคหรือสารเคมีเข้าไปทำให้มีการอักเสบของปอด เช่น เชื้อแบคทีเรีย ที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อปอดบวมหรือนิวโมค็อกคัส (Pneumococcus) เชื้อไวรัส เช่น หัด ไข้หวัดใหญ่ อีสุกอีใส เป็นต้น

2. สาเหตุส่งเสริม ทำให้เกิดการอักเสบของปอดเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยอาจมีสาเหตุหลักอยู่เดิมหรือไม่ก็ได้ สาเหตุส่งเสริมนี้ทำให้การทำงานของปอดมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้เชื้อเข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดมาก่อน เช่น ปอดแฟบ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น

2.2 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเลือด รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

2.3 โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตล้มเหลว หัวใจวาย เป็นต้น

2.4 ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เช่น ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง หายใจเบาตื้น เป็นอัมพาต เป็นต้น

2.5 ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด โรคฉี่หนู โรคปอด เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในชุมชน (Community – acquire pneumonia:CAP) และโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital – acquire pneumonia:HAP) มีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอักเสบในชุมชน (Community – acquire pneumonia:CAP) ได้แก่

1. มีประวัติสัมผัสสุราและสูบบุหรี่

2. อายุ \geq 65 ปี

3. มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น Streptococcus pneumoniae หรือ Streptococcus aureus

4. มีประวัติเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น COPD , bronchiectasis, CA lung เป็นต้น

5. มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น HIV infection, stem cell transplantation เป็นต้น

6. การใช้ยารักษาโรคหลายชนิดร่วมกัน เช่น ยารักษาโรคหัวใจร่วมกับโรคไต ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบ

ภูมิคุ้มกันของร่างกาย

7. ภาวะสมองขาดเลือดหรือได้รับการกดการทำงานของระบบทางเดินหายใจ หรือ สมอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล(Hospital – acquire pneumonia:HAP) ได้แก่

1. มีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ขาดสารอาหาร มีของเสียคั่งในเลือด ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น

2. ได้รับการผ่าตัด

3. มีประวัติหรือได้รับยาปฏิชีวนะ

4. ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือผู้ป่วยที่เจาะคอ

5. นอนอยู่บนเตียงนานๆ

6. ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร

7. มีภาวะเครียด เลือดออกในกระเพาะอาหาร

8. ได้รับการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

9. ดูแลสุขอนามัยในช่องปากได้ไม่ดี

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโดยทั่วไปคือ การให้ยาที่มีประสิทธิภาพทำลายเชื้อที่เป็นสาเหตุ หากการรักษาไม่ทันอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจเสียชีวิตได้ การรักษาอาจจะต้องทำการตรวจโดยการเอกซเรย์ปอด ตรวจเสมหะหาเชื้อที่เป็นสาเหตุหรือเจาะเลือดไปเพาะเชื้อควบคุมไปและให้การรักษาโดยให้ออกซิเจน น้ำเกลือ และยาปฏิชีวนะตามแต่ชนิดของเชื้อที่พบ โดยสรุปมีการรักษา ดังนี้

1 การรักษาทางยา (Pharmacological therapy)

ยาที่รักษาโรคปอดอักเสบ

แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะ อาศัยข้อมูลทางระบาดวิทยาว่า พบเชื้ออะไรได้บ่อยในผู้ป่วยซึ่งอาศัยข้อมูลเชื้อก่อโรคในประเทศไทย แนวทางการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ ในแต่ละกลุ่มของผู้ป่วย ดังนี้ แสดงยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย

| กลุ่มผู้ป่วย | เชื้อสาเหตุ | ยาที่ใช้ในการรักษา |
|---|--|---|
| ผู้ป่วยนอก (Out patient pneumonia) | S.pneumoniae M. pneumoniae H. influenzae C. pneumoniae Respiratory viruses | ผู้ป่วยไม่มีโรคร่วม : กลุ่ม Macrolide ได้แก่ Azithromycin Clarithromycin Doxycycline ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม : เช่น Moxifloxacin , Levofloxacin , Amoxicillin |
| ผู้ป่วยใน (In patient pneumonia : ward) | S.pneumoniae M. pneumoniae H. influenzae C. pneumoniae Legionella spp. Aspiration bacteria, Respiratory viruses | Respiratory fluoroquinolone ,β-lactam เช่น Moxifloxacin , Levofloxacin ,ceftriaxone |
| ผู้ป่วยวิกฤต (In patient pneumonia: Intensive care unit) | S.pneumoniae Legionella spp H. influenzae Gram negative bacilli S. aureus | β-lactam plus Respiratory fluoroquinolone หรือ β-lactam plusmacrolide เช่น Piperacillin –tazobactam, Meropenam ,Cefepime , Ciprofloxacin, Azithromycin ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการดื้อยา ปฏิชีวนะ (Meticillin-Resistant Staphylococcus Aureus : MRSA) พิจารณาให้ Vancomycin |

ทั้งนี้ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ พยาบาลจำเป็นต้องสอบถามถึงประวัติการแพ้ยา และอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการผื่นคันของผู้ป่วย ท้องเสีย เป็นต้น หากพบความผิดปกติดังกล่าวจำเป็นต้องรีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อป้องกันการเกิด Anaphylactic shock และพิจารณาปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยาปฏิชีวนะตามชนิดของเชื้อแล้ว ผู้ป่วยอาจได้รับยาอื่น ๆ ร่วมด้วย ดังนี้

1. Antitussive : ใช้คุมอาการไอ

2. Antipyretics and analgesics : รักษาอาการ pleuritic pain ยาที่ใช้ได้แก่ codeine, morphine sulfate เป็นต้น ทั้งต้องระวังการกดการหายใจ พยาบาลจำเป็นต้องติดตามการหายใจ และออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation)

3. Statin โดย Statin มีผลให้การอักเสบลดลง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่ดีขึ้นจะเป็นวัยกลางคนและมีโรคประจำตัว หรือมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. การรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy)

การดูแลระบบทางเดินหายใจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบเนื่องจากผู้ป่วยมีการระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีน้ำ (exudates) ในถุงลม ปอดแฟบ จากการมีเสมหะในทางเดินหายใจ การรักษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) ภาวะ หานใจล้มเหลว (respiratory failure) ซึ่งออกซิเจนที่ให้อาจมีความเข้มข้นสูงโดยใช้ Canular 1-6 ลิตรต่อนาที ซึ่งให้ความเข้มข้นของออกซิเจน 40% หรือ Mask ซึ่งให้ความเข้มข้นของออกซิเจน 40-60 % เพื่อแก้ไขอาการหายใจลำบาก แต่เมื่อให้ออกซิเจนดังกล่าวแล้วผู้ป่วยยังมีการเหนื่อยหอบ ความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂) ยังคงต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO₂) สูงกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งจะช่วยการตีบแคบของหลอดลมและช่วยทำให้กำจัดเสมหะออกได้ดีขึ้น และอาจพิจารณาให้ได้รับ PEEP (positive end expiratory pressure) เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ ตามความเหมาะสม

3. การใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal drainage :ICD)

ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural) ชนิดเป็นหนอง (empyema) เป็นต้น แพทย์จะเจาะปอดเพื่อระบายลมหรือใส่ท่อไปในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อระบายของเหลว เช่น หนอง เลือด หรือลม ออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด

4.การรักษาแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยปอดอักเสบ การรักษาเพื่อประคับประคองอาการดังนี้

4.1 การให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และรักษาสมดุลของร่างกาย ผู้ป่วย บางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจพิจารณาสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ เพราะจะทำให้อึดอัด แน่นท้อง ท้องอืดได้

4.2 การควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้เป็นปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมีไข้สูง ทำให้ร่างกายใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยช็อก หรือ มีภาวะหายใจล้มเหลวตามมาได้ จึงจำเป็นต้องเช็ดตัวลดไข้ และแพทย์พิจารณาให้ยาลดไข้ร่วมด้วย

4.3 การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในกรณี que ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา อย่างรุนแรง เช่น MRSA การแยกผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

5.เกณฑ์ชี้วัด

1. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Pneumonia
2. อัตราการเกิด Respiratory failure ในผู้ป่วย Pneumonia

6. ลำดับการปฏิบัติ

พยาบาลคัดกรอง

1. คัดกรอง ประเมินผู้ป่วยที่สงสัยภาวะปอดอักเสบ และประเมินระดับความรุนแรง โดยใช้ SOS Score และ pneumonia Score

2. พยาบาลคัดกรอง ประเมินระดับความรุนแรง

SOS SCORE 0 - 3 คะแนน ส่งตรวจที่ OPD

SOS SCORE > 4 คะแนน ส่งตรวจที่ ER

SPO₂ < 92% ส่งตรวจที่ ER

การพยาบาลขณะ Admit

พยาบาลประเมินแรกรับและจำแนกประเภท หากเป็นประเภท 3b ให้ผู้ป่วยนอน Admit ใกล้ nurse station

การพยาบาลระยะก่อนวิกฤต

| Focus Goal / out come | Assessment | Intervention | Evaluation |
|---|---|---|---|
| มีไข้ G: ไม่มีไข้ O: T= 36.7-37.4 | มีภาวะติดเชื้อ ข้อมูลสนับสนุน -T..... -P..... -R..... -spo2..... -BP..... -ผล CBC WBC..... - ผล X-ray ปอด -แพทย์ วินิจฉัย..... | 1. ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ และ SOS score เพื่อประเมิน ความรุนแรง 2. ประเมินสัญญาณชีพ ตาม แนวทางการประเมินผู้ป่วย ตามค่า คะแนน SOS=0-1 V/S ทุก 4 hr. SOS=2-3 V/S ทุก 2 hr. SOS≥ 4 V/S ทุก 1 hr. รายงานแพทย์เมื่อค่าคะแนน เพิ่มขึ้น 3. ชักประวัติค้นหาสาเหตุของการ ติดเชื้อ 4. ติดตามอาการและอาการอาการ แสดงของการติดเชื้อที่รุนแรง เกี่ยวกับ - สับสน ระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลง - หายใจเร็วขึ้น R มากกว่า 20 ครั้ง - ผิวหนังกลายเป็นจ้ำเขียว ขนลุกตั้ง - ปลายมือปลายเท้าเย็น ซีด l - Capillary refilling ≥3 second - Urine out put น้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr - Platelet count น้อยกว่า 100000/mm ³ | 1. ลงบันทึกการประเมินค่า SOS Score 2. ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ 3. ผลการตรวจต่างๆ เช่น Chest X-ray 4. ผลลัพธ์ของกิจกรรมการ รักษาพยาบาลและการเฝ้า ระวังติดตามอาการต่างๆ |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | -SBP น้อยกว่า 90 mmHg หรือ MAP น้อยกว่า 65 | |
|--|--|---|--|

| Focus Goal / out come | Assessment | Intervention | Evaluation |
|--------------------------|--|---|--|
| 2.หายใจเหนื่อย | <p>ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน Pneumonia score.....</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะการหายใจ - R.... - T... - P.... - BP..... - Spo2 % - ไอ มีเสมหะมาก - เสียงฟังปอด - ลักษณะ สี กลิ่นของ เสมหะ | <ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตอาการอาการแสดง เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ซีฟจร โดยการบันทึกสัญญาณชีพ , 02 Sat Pneumonia score if มากกว่า 5 แจ้งแพทย์รับทราบ 2. จัดท่า fowler’s position เพื่อให้กระบังลมหย่อน ปอดมีการขยายตัวได้เต็มที่ ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจน เพื่อช่วยบรรเทาอาการกระสับกระส่าย เหนื่อย หายใจลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยปอดอักเสบมีการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ สอนให้ผู้ป่วยมีการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และหายใจออกช้าๆ(Deep breathing) เพื่อให้ปอดมีการขยายตัวได้อย่างเต็มที่ 4. สำหรับการไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อช่วยในการขับสารคัดหลั่งในท่อทางเดินหายใจ และลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ 5. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ และกิจวัตรประจำวัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี early ambulate เพื่อลดระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล 6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สะอาด มีอากาศถ่ายเท เพื่อส่งเสริมการพักผ่อน เป็นการลด | <ol style="list-style-type: none"> 1.ลักษณะการหายใจ จำนวนครั้ง 2.ค่า 02 Sat 3. Pneumonia score..... 4.ลักษณะของเสมหะ |

| | | | |
|--|--|----------------|--|
| | | การใช้ออกซิเจน | |
|--|--|----------------|--|

ระยะวิกฤต

| Focus Goal / out come | Assessment | Intervention | Evaluation |
|---|---|--|---|
| อาจเกิดภาวะ การ หายใจล้มเหลว เฉียบพลัน G:ไม่เกิดภาวะหายใจ ล้มเหลวเฉียบพลัน(Ac. Respiratory failure) | ผู้ป่วยมีอาการ หายใจเหนื่อย Pneumonia score..... - ลักษณะการ หายใจ -R.... -T... -P.... -BP.... -Spo2 =..... % - ไอ มีเสมหะมาก - เสียงฟังปอด -- ผล Sputum G/S ,C/S - ลักษณะ สี กลิ่น ของ เสมหะ - ผล X-ray ปอด | 1.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จนคงที่แล้วประเมินทุก 1 ชม เผื่อระวัง 1.1ประเมินการหายใจ ลักษณะการ หายใจไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการ หายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 1.2จัดท่าเคาะปอด ดูแลทางเดินหายใจ ให้โล่ง เช่นการดูดเสมหะ 1.3 ดูแลให้ได้รับออกซิเจน..... L/Min 1.4ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ 1.5 ติดตามอาการและอาการแสดงของ ภาวะ การหายใจล้มเหลว 1.6 ติดตามและประเมินผล CBC 1.7ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน อย่างเพียงพอ 1.8 ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา เช่น ยา ขยายหลอดลม ยาฆ่าเชื้อ 1.9 ประเมิน Pneumonia score 1.10 Record I/O keep Urine Out put มากกว่า 25-30 ml/kg/hr | 1.ลักษณะการหายใจ จำนวนครั้ง 2.ค่า O2 Sat 3.Pneumonia score 4.สัญญาณชีพ 5.เสียงทางเดินหายใจ โล่ง 6.ผล CBC 7.ผล X-ray ปอด |

| Focus Goal / out come | Assessment | Intervention | Evaluation |
|---|--|--|--|
| <p>วิตกกังวลจากการรับรู้ ว่าโรคปอดติดเชื้อ รุนแรง อาจเป็น อันตรายถึงชีวิต G : ผู้ป่วยและญาติ คลายความกังวล O : ผู้ป่วยและญาติ.ให้ ความร่วมมือ ในการ รักษาพยาบาล</p> | <p>1. ผู้ป่วยและญาติ แสดงสีหน้าและ พฤติกรรมที่แสดง ความวิตกกังวล 2. ผู้ป่วยและญาติ กระสับกระส่ายนอน ไม่หลับ 3. ผู้ป่วยและญาติ ไม่ให้ความร่วมมือใน การทำกิจกรรมการ พยาบาล</p> | <p>1. ประเมินระดับความวิตกกังวล สิ่งทีกลัว สังเกตอาการของความวิตกกังวล เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก เก็บตัว พุด ตลอดเวลา ซีพจรและอัตราการหายใจเร็ว วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ลดความวิตกกังวล 2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติระบาย ความรู้สึกกลัว ความไม่สบายใจที่มีอยู่ เปิดโอกาสให้สอบถาม 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ความก้าวหน้าในการรักษา ให้ข้อมูลการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางที่ดี แต่ไม่ควร ให้ความมั่นใจเกินความจริง</p> | <p>1. ผู้ป่วยและครอบครัว มีพฤติกรรมที่แสดง ความวิตกกังวล ความ กลัวลดลง สามารถ บอกเล่าสิ่งที่ตนเอง กังวลได้ 2. มีความสามารถในการ เผชิญและขอความ ช่วยเหลือในการ แก้ปัญหา และให้ความ ร่วมมือในการรักษา</p> |
| <p>ขาดความรู้ในเรื่องการ ปฏิบัติตัวอย่าง เหมาะสมเมื่อกลับบ้าน G : ผู้ป่วยและญาติมี ความรู้เกี่ยวกับโรคและ การปฏิบัติตัว O : ผู้ป่วยและญาติ. สามารถบอกวิธีการ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</p> | <p>1. ผู้ป่วยบอกว่า ตนเองไม่รู้เรื่องโรค และดูแลตนเองไม่ ถูกต้องในเรื่อง..... 2. ผู้ป่วยและ ครอบครัวไม่เข้าใจ ในการรักษาและ ดูแลสุขภาพตนเอง</p> | <p>1. อธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็น สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน 2. ให้ข้อมูลให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของ การมาพบแพทย์ตามนัด และอาการแสดง ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น ไอมาก ไอเป็นเลือด หายใจเหนื่อยมากขึ้น ปลาย มือปลายเท้าเขียว 3. ประเมินสภาพเศรษฐกิจ อาจจะต้องส่ง ต่อไปโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน หรือสังคม สงเคราะห์เพื่อหาแหล่งสนับสนุนทาง สังคมที่เหมาะสม 4. สอนวิธีการนับหายใจและบันทึกซีพจร ประจำวันให้กับผู้ป่วยและญาติ</p> | <p>1.บอกถึงปัจจัยและ สาเหตุส่งเสริมให้มี อาการและอาการ แสดงและวิธีการในการ หลีกเลี่ยง 2. บอกกิจกรรม ที่ควร ทำและหลีกเลี่ยงได้ ถูกต้อง 3. บอกวิธีการใช้ยา การสังเกตอาการ ข้างเคียงได้ถูกต้อง 4. สามารถบอกอาการ ผิดปกติที่ต้องรีบไปพบ แพทย์บอก สถานพยาบาลใกล้บ้าน ที่จะให้การช่วยเหลือ ในขณะมีอาการฉุกเฉิน ได้</p> |

เกณฑ์พิจารณา refer

พิจารณา refer ในผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) Acute respiratory failure หรือ impending respiratory failure
- 2) Alteration of consciousness
- 3) Pneumonia with septic shock (BP unstable ใช้ inotrope ในปริมาณสูง . poor organ tissue perfusion)
- 4) เชื้อดื้อยา (sputum C/S) ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาที่มี

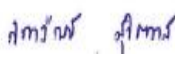


3.เอกสารอ้างอิง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันดี โตสุขศรี และคณะ (2559). การพยาบาลอายุรศาสตร์ .โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล ; (หน้า 28-55)

ชัยชนะ จันทาคิต (2556).ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและชนิด มีภาวะช็อกใน

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์.วารสารวิชาการสาธารณสุข;22:840-849.

ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (2548).Disasters:Roles of critical care.เป็ยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.กรุงเทพฯ: (หน้า 292-3

| ผู้จัดทำเอกสาร | ผู้รับรอง | ผู้อนุมัติใช้ |
|--|---|---|
|  (นางลดาวัลย์ สุจิตवास) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |  (นางสาวมินตรา ทองธรรมชาติ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |  (นายทินกร บินหะยี่อารง) ผอ.รพร.ยะหา |

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต