

การพยาบาลผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลันกรณีศึกษา

เบญจมา มุกสกุล, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลแก่ง จังหวัดระยอง

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (severe sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) มีจำนวน 20 –30 ล้านราย ทั่วโลกและมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 70 นับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึงร้อยละ 65.6 ต่อแสนประชากร โรงพยาบาลแก่ง เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 200 เตียง มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จากสถิติข้อมูลผู้ป่วย sepsis มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.06 19.23 และ 16.32 ในปี 2558 2559 และ 2560 ตามลำดับ ภาวะ septic shock เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่ยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร การติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

คำสำคัญ : ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ การพยาบาลระยะฉุกเฉิน ภาวะไตวายเฉียบพลัน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 82 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อ 7 มิถุนายน 2561 ด้วยอาการถ่ายปัสสาวะไม่ออก ร่วมกับมีไข้สูง 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายปัสสาวะไม่ออก ตรวจรักษาที่คลินิกเอกชน อาการไม่ทุเลา ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมากขึ้น มีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย ได้รับการส่งตัวมารักษาต่อที่ รพ.แก่ง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ 1 เส้นรักษาและรับยาต่อเนื่องที่ รพ.ระยอง เคยผ่าตัดใส่บอลูนที่ รพ.ศิริกิตต์เมื่อ 3 ปีก่อนและนัดตรวจทุก 2 เดือน แรกรับที่ ER ผู้ป่วยรู้สึกตัว สัญญาณชีพ T = 39.5 องศาเซลเซียส HR = 84 ครั้ง/นาที RR = 22 ครั้ง/นาที BP 104/84 mmHg Sat O2 room air 97 % กระสับกระส่าย ปัสสาวะไม่ออก สวนปัสสาวะได้ urine จำนวน 20 ml และคาสายปัสสาวะไว้ แพทย์พิจารณาให้ Admit ตึกอายุรกรรมชาย แรกรับที่ตึกอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยเรียกรู้สึกตัว ซึม ถามตอบได้แต่ชื่อ ไม่ทำตามสั่ง อ่อนเพลีย หายใจสม่ำเสมอไม่เหนื่อย ชยับแขนขาได้ แต่ไม่ค่อยมีแรง E4V3M4 สัญญาณชีพ T = 39.5 องศาเซลเซียส HR = 74 ครั้งต่อนาที RR = 30 ครั้งต่อนาที BP 83/53 mmHg Sat O2 room air 83 % หลังให้ O2 canular 3 LPM Sat O2 เพิ่มขึ้นเป็น 88 % และหลังปรับให้ mask with bag 10 LPM Sat O2 เพิ่มขึ้นเป็น 98 % retained Foley cath มี urine ออกคาสาย on IV fluid เป็น NSS 1000 ml IV drip rate 80 ml/hr การวินิจฉัย UTI with septic shock ส่งตรวจ UA, UC, Hemo-culture 2 ขวด, ส่ง Film Acute abdomen series ให้อาปฏิชีวนะเป็น Cef-3 2 gm IV drip OD มีปัญหาไข้สูง

และภาวะ hypotension ได้รับการแก้ไขโดยให้สารน้ำเพิ่ม ปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก Cef-3 2 gm IV drip OD เป็น Meropenam 1 gm IV drip ทุก 8 ชม.ร่วมกับให้ยากลุ่ม Vasopressor คือ Levophed 8 mg ผสมใน 5% DW 100 ml (1: 62.5) IV drip rate 10 ml/hr tritrate ครั้งละ 5 ml และพิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้า ICU เพื่อการเฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิด (close observe) ผู้ป่วยยังคงมีปัญหา Hypotension วัดสัญญาณชีพ HR = 72-78 ครั้ง/นาที RR = 14-30 ครั้ง/นาที BP 47/35 - 97/48 mmHg ค่า MAP 40-60 mmHg Sat O2 = 97-100 % มีแผนการรักษาเพิ่มคือ Dopamine 400 mg ผสมใน 5% DW 100 ml (4:1) IV drip rate 10 ml/hr เฝ้าระวังสังเกตอาการต่อ วัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันที่ 8 มิ.ย.61 มีแผนการรักษาให้ FFP 4 unit จากผลตรวจเลือดพบค่า Hb, Hct, Platelet ต่ำกว่าเกณฑ์ และเตรียมส่งตรวจ CBC, Electrolyte, serum lactate, PT,PTT, INR วันรุ่งขึ้น หลังจากผู้ป่วยได้รับ FFP ไปแล้ว 2 unit ขณะเริ่ม unit ที่ 3 เวลาประมาณ 21.00 น. ผู้ป่วยหายใจเร็ว เหนื่อยมากขึ้น วัดสัญญาณชีพ HR = 120-130 ครั้ง/นาที RR = 28-30 ครั้ง/นาที BP 104/64 - 150/96 mmHg ค่า MAP 76-96 mmHg Sat O2 = 97-100 % พบปัญหา volume overload ผล Film CXR portable พบ blunt costophrenic cardiomegaly ปรับแผนการรักษาโดย off FFP unit 3,4 และให้ Lasix 40 mg iv stat ปรับลด rate ในการให้สารน้ำลง ผู้ป่วยยังมีการหายใจ เร็วขึ้น ท้องอืด Retained NG tube ต่อลงลงไป หลังได้รับ Lasix มี urine ออก 650 ml และถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ผู้ป่วยยังกระสับกระส่าย สับสน หายใจเหนื่อย มีไอบ่อยครั้งวัดสัญญาณชีพ HR = 108-112 ครั้ง/นาที RR = 30-32 ครั้ง/นาที BP 53/37 - 108/69 mmHg ค่า MAP 44-80 mmHg Sat O2 = 96-99 % แพทย์พิจารณา on ET Tube No 8 depth 23 cm. และ on ventilator PVC mode ปรับตามสภาพผู้ป่วยและติดตามความก้าวหน้าอาการผู้ป่วยโดยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะๆ ผลการตรวจเกี่ยวกับการทำงานของไตที่ผิดปกติที่พบ คือ BUN สูงเกินเกณฑ์ปกติทุกครั้ง จากการตรวจรวม 5 ครั้งคือมีค่าอยู่ระหว่าง 23.8 - 38.3 mg/dl ค่า serum creatinine สูงเกินเกณฑ์ปกติ 5 ครั้ง จากการตรวจ 6 ครั้ง ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.18 - 1.46 mg/dl จำนวน urine out put ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ น้อยกว่า 0.5 ml/kg/day พบปัญหาในวันแรกที่ admit ส่วนผลการตรวจเกี่ยวกับสภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สิ่งผิดปกติที่พบคือ ผลตรวจ CKMB (เมื่อ วันที่ 8 มิ.ย.61) = 46.1ng/ml , serum Lactate = 46.1 mmol/L, ผลตรวจCBC ค่า Platelet ต่ำกว่าเกณฑ์ทุกครั้ง จากการตรวจทั้ง 6 ครั้ง ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 29,000 - 42,000 cells/cu.mm มีภาวะเสี่ยงต่อ bleeding tendency

วันที่ 9 มิ.ย.61 ค่า PT= 16.6 sec PTT= 42.7 sec และ INR = 1.54 ค่าTrop-Tเวลา 10.00, 16.00 น.= 290, 404 ng/ml ตามลำดับ มีแผนการรักษาเพิ่ม Enoxaparin 0.6 ml Sc OD, Losec 40 mg IV ทุก 12 ชม. และ Plavix (75) 1 tab oral OD pc

วันที่ 10 มิ.ย.61 ยัง on ventilator PVC mode ตรวจพบการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติ HR=106-150 ครั้ง/นาที BP 109/70 mmHg ผลตรวจ EKG ผิดปกติ พบ SVT & PVC rate 150 bpm แพทย์พิจารณาทำ Syn-

conized cardioversion 50-100 jules monitor ECG HR = 146 - 152 ครั้ง/นาที keep HR > 60 ครั้ง/นาที
ยังคงพบ SVT & PVC มีแผนการรักษาเพิ่มเป็น Cordarone 300 mg iv drip ทุก 8 ชม ตรวจประเมินค่า DTX
ทุก 8 ชม. มีค่า 128-133 mg%

วันที่ 11 มิ.ย.61 อาการทั่วไปยังคงเดิม มีปัญหา Electrolyte imbalance แผนการรักษา ให้ EKCL
30 ml feed ทาง NG จำนวน 2 dose , DTX 123 - 133 mg%, V/S Ustable, ผล U/C ขึ้น mixed growth มี
แผนการรักษาเพิ่ม Levofloxacin 500 mg IV drip OD เริ่มมีปัญหา รับ feed ได้น้อยลง สืบเนื่องจากปัญหา
sepsis, V/S Ustable ยัง on Levophed 3mg ผสมใน 5% DW 93 ml (1: 32) IV drip rate 60 ml/hr tritrate
ครึ่งละ 2 ml keep BP \geq 90/60 mmHg MAP \geq 65 mmHg, Dopamine(4:1) IV drip rate 5 ml/hr (fixed
rate), feed BD (1:1) 100 ml + น้ำ 30 ml x 4 feed, ตรวจ DTX ทุก 8 ชม.ได้ค่า 125 - 126 mg% และ ob-
serve bleeding เริ่มมี coffee grown content 70 ml Lavage ด้วย NSS จนใส และงด feed ,งดยา
Enoxaparin, Plavix (75) และ สังเกตอาการต่อ พบมี vasoconstriction เพิ่มขึ้น จึงปรับลด Levophed เป็น 8
mg ผสมใน 5% DW 100 ml (1: 62.5) IV drip rate 100 ml/hr tritrate ครึ่งละ 3 ml พร้อมส่งตรวจ ABG พบ
ปัญหา Respiratory Alkalosis SpO₂ ลดลงจากภาวะ peripheral vasoconstriction จึงมีการปรับลดค่า Pi จาก
16 เป็น 14

วันที่ 12 มิ.ย.61 มีแผนการรักษาให้ FFP 8 unit จากผลตรวจเลือดพบค่า Hb, Hct, Platelet ต่ำกว่า
เกณฑ์ ยัง on Levophed (1: 62.5) IV drip rate 70 ml/hr tritrate ครึ่งละ 3 ml keep BP \geq 90/60 mmHg
MAP \geq 65 mmHg, Dopamine(4:1) IV drip rate 5 ml/hr, feed BD (1:1) 100 ml + น้ำ 50 ml x 4 feed,
keep I/O balance \pm \leq 500 ml , ตรวจ Hct ทุก 12 ชม. และเตรียมส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte,
PT,PTT, INR วันรุ่งขึ้น ค่า Hct อยู่ระหว่าง 39 - 42 % มีปัญหา Electrolyte imbalance มี แผนการรักษา ให้
EKCL 30 ml feed ทาง NG จำนวน 2 dose, แผนการรักษา tail off Dopamine, ยัง on ventilator PVC mode
ปรับตามสภาพผู้ป่วยและติดตามความก้าวหน้าอาการผู้ป่วยโดยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะๆ

วันที่ 13 มิ.ย.61 อาการทั่วไปยังคงเดิม on Levophed (1: 62.5) IV drip rate 80 ml/hr tritrate ครึ่ง
ละ 3 ml keep BP \geq 90/60 mmHg MAP \geq 65 mmHg, keep I/O balance \pm \leq 500 ml และเตรียมส่งตรวจ
CBC, Hct วันรุ่งขึ้น, observe Feeding

วันที่ 14 มิ.ย.61 ผู้ป่วยอาการซึมลง ปลุกไม่ตื่น E1VtM1, V/S Ustable HR = 50 - 54 ครั้ง/นาที ผล
ECG STEMI, BP 82/24 mmHg, Dopamine(2:1) IV drip rate 30 ml/hr อาการไม่ดีขึ้น ECG เป็น Asystole,
วัด BP ไม่ได้, คล่าชีพจรไม่ได้ ประสานแจ้งญาติ No CPR จำหน่าย Dead เวลา 10.40 น.วันที่ 14 มิ.ย.61 รวม
ระยะเวลาที่นอน โรงพยาบาล 7 วัน

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อและภาวะการฉีกขาดไตวายเฉียบพลัน การหายใจล้มเหลว และ

เสียชีวิต

สรุป

ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบบ่อย มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง เนื่องจากมีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง แต่สามารถลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลงได้ด้วยการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม พยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคลากรที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตนี้ เนื่องจากต้องทำงานแข่งกับเวลา เพื่อช่วยผู้ป่วยให้รอดพ้นจากความตาย จะเห็นได้ว่าพยาบาลเข้าไปเกี่ยวข้องกับทุกกระบวนการในการรักษาตั้งแต่ คัดแยกผู้ป่วย ประเมินอาการ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ให้การรักษาพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วย จนถึงส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกที่เหมาะสมต่อไป การที่พยาบาลมีความรู้ทั้งด้านพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินของโรค การรักษา และทักษะที่เชี่ยวชาญทางการพยาบาลต่างๆตามแนวทางของกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพนั้น เป็นบทบาทที่ท้าทาย ซึ่งควรที่จะพัฒนาให้ครบทุกกระบวนการ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤตของชีวิต ลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป