



## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหนังเน่า (Necrotizing Fasciitis with septic shock) : กรณีศึกษา

สมควร พิรุณทอง พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหนังเน่า ศึกษาที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม - 30 กันยายน 2562 ผู้ป่วยชาย อายุ 60 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือ ไข้สูง ชาซ้ายบวมแดงมีก้อนเลือด ส่งต่อจากโรงพยาบาลแก้งคร้อ การวินิจฉัยโรค มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหนังเน่า รับไว้ในหอรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 เพื่อแก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเตรียมผ่าตัดเนื้อตายและตกแต่งแผล (Debridement) ขณะรอผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังผ่าตัดย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการแก้ไขปัญหาชีวิต, เกร็ดเลือดต่ำ, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะปวด สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังกลับจากห้องผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลแดงดี หายใจโดยการใส่ออกซิเจนแคนูลา สามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ได้

ปัญหาทางการพยาบาลระยะวิกฤตดังนี้ 1) มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เสี่ยงต่อน้ำเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง 3) ปวดเนื่องจากมีแผลที่ขาซ้าย 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดสติจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 5) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 6) มีภาวะชืดเนื่องจากสูญเสียเลือดและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 7) เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ 8) วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ปัญหาทางการพยาบาลในระยะต่อเนื่อง ดังนี้ 1) ปวดเนื่องจากมีแผลขาซ้าย 2) มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มจากมีแผลเปิดที่ขาซ้าย 3) วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว

หลังให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง บางส่วนของแผลที่ขาซ้ายแดงดี ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแก้งคร้อเพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 14 วัน นัดติดตาม 1 เดือน และ 2 เดือน ที่ห้องตรวจศัลยกรรมโรงพยาบาลชัยภูมิ ติดตามเยี่ยมพบว่าแผลแดงดี ขนาดแผลที่ขาซ้ายลดลง ไม่มีไข้ ให้ทำแผลต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน ไม่มีนัด

**คำสำคัญ :** โรคหนังเน่า, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, กรณีศึกษา การพยาบาล

\* หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ



## Nursing care for Patient Necrotizing Fasciitis with septic shock : Case study

Somkhuan Phirunthong, (Nursing and Midwifery)\*

### Abstract

This study aimed to nursing care of Necrotizing Fasciitis with Septic shock of selective case study in surgical intensive care unit (SICU) at Chaiyaphum hospital since the thirty-first of May to the thirtieth of September 2019. A male case study were sixty year old; chief complain refered from Kaengkro hospital because of high fever, severe pain, swollen, red, hot and hematoma of left leg. Chaiyaphum hospital admitted patient at male surgical ward. Surgical physician were diagnosis of Necrotizing Fasciitis and septic shock; treatments of septic shock; on ventilator because of respiratory rate exacerbate and prepared for debridement of wound at operation room. After operation, surgical physician were admitted patient at SICU; on ventilator; treatment of septic shock, severe pain, pale and decreased of platelet count. Patient had could weaning of ventilator in three day, remove from SICU to male surgical ward in fourteen day, Before return to male surgical ward had alert, on oxygen cannula, good of healing wound.

Nursing of problem were 1) septic shock from sepsis 2) risk for hypoxia from decrease of area in exchange oxygen 3) pain from wound left leg 4) risk for shock from hypoglycemia 5) risk for bleeding from abnormal of anticoagulant 6) pale from bleeding and septic shock 7) risk for malnutrition from alteration of nutrition 8) anxiety from illness and lacked of knowledge for self care.

After Nursing care; patient were good of clinical, respiration, healing wound and alert. Surgical physician refer patient come back to Kaengkro hospital for continuous treatment of antibiotic fourteen day, follow up one and two month at surgical department Chaiyaphum hospital. Follow up of nursing care were good of healing, red and decrease of size wound, no fever and suggested of patient dressing wound at primary care unit until close wound.

**Keywords :** Necrotizing Fasciitis, Septic shock, Case study, Nursing care

---

\* Surgical Intensive Care Unit, Nursing Care Department, Chaiyaphum Hospital



## บทนำ

**โรคหนังเน่า** (Necrotizing Fasciitis) หมายถึง การติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนังชั้นลึกถึงระดับเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ (necrotizing fasciitis) อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 17-49% ขึ้นกับโรคประจำตัวของผู้ป่วยและบริเวณของการติดเชื้อ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาในระยะต้นของโรคจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียทำให้เกิดการอักเสบแบบมีเนื้อตายที่ผิวหนังตั้งแต่นั้นทั้งกำพริวจึงชั้นเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อพบบ่อยในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันต่ำ มีโรคเบาหวานหรือโรคตับแข็ง เชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดร่วมกัน เช่น เชื้อแอรโรโมนาส (Aeromonas spp) กลุ่มที่สองเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียหนึ่งชนิด ได้แก่ เชื้อสเตรปโตคอคคัสกรุปเอ (group A streptococcus) การติดเชื้อมักพบหลังการผ่าตัดหรือหลังประสบอุบัติเหตุทำให้เกิดแผลและสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่มีเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งแตกต่างกันตามชนิดของเชื้อ เช่น เชื้อแอรโรโมนาส จะพบในน้ำจืด น้ำกร่อย อาการและอาการแสดงระยะแรกคือมีอาการเจ็บปวดบวมแดง ร้อน ที่ผิวหนังอย่างมากอาการบวมแดงจะลามอย่างรวดเร็ว อาจมีตุ่มน้ำร่วมด้วย ต่อมาสีของผิวหนังจะเริ่มเปลี่ยนเป็นสีม่วงและมีเนื้อตายเกิดขึ้น เมื่อมีเนื้อตายเกิดขึ้นผู้ป่วยอาจมีอาการชามาแทนที่อาการเจ็บปวด มักจะมีไข้สูงและการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วมด้วยผู้ป่วยอาจมีภาวะช็อกและมีการทำงานที่ลดลงของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไต ตับ เป็นต้น การรักษาจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาเฉพาะคือการใช้ยาต้านจุลชีพในรูปยาฉีดรวมกับการผ่าตัด

## ตัวอย่างกรณีศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้าง ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดชัยภูมิ อาศัยอยู่กับภรรยา ลิขิการรักษาระกัสนสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลแก้งคร้อ รั่วไว้ในโรงพยาบาลชัยภูมิ เมื่อวันที่ 31 มิถุนายน 2562 เวลา 14.00 น. หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1

**อาการสำคัญ**มาโรงพยาบาล มีไข้ ชาซ้ายบวมแดง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ลุยน้แล้วมีแผลที่ขาซ้าย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ชาซ้ายบวมแดง ไอมีเสมหะ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ชาซ้ายบวมมากขึ้นมีก้อนเลือดปวด ไข้สูงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแก้งคร้อได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gms IV OD at 18.00 น. และ Clindamicin 900 mg IV q 8 hrs. at 10.00 น. 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ความดันโลหิตต่ำ 80/40 mmHg load NSS 2000 cc ความดันโลหิต 100/60 mmHg อัตราการเต้นของชีพจร 98 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ อุณหภูมิกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาทีได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 cc IV drip 120 cc/hr. ใส่สายสวนปัสสาวะ วินิจฉัยเป็น Necrotizing fasciitis with septic shock ประสานงานส่งต่อโรงพยาบาลชัยภูมิรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ปฏิเสธโรคประจำตัวดื่มสุรา 2-3 วันต่อครั้ง ครั้งละ 100 ซีซี สูบบุหรี่วันละ 10 มวน มีอาการปวดขาซ้ายยาชุดมารับประทานเดือนละ 1 ครั้ง ปฏิเสธการแพ้ยาอาหารและสารเคมีต่าง ๆ ไม่เคยได้รับการผ่าตัด

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ****Hematology :**

วันที่ 31 มิถุนายน 2562 WBC 11.1 K/ul, RBC  $4.71 \times 10^6$  ul, HGB 12.1 g/dl, Plt. Count 100 k/ul, Neutrophill 83.2%, Lymphocyte 13.0%

วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 เวลา 05.30 น. WBC 9.5 K/ul, RBC  $3.12 \times 10^6$  ul, HGB 8.0 g/dl, Plt. Count 80 k/ul, Neutrophill 77.2%, Lymphocyte 14.3%

วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 เวลา 14.00 น. WBC 12 K/ul, RBC  $3.37 \times 10^6$  ul, HGB 8.6 g/dl, Plt. Count 79 k/ul, Neutrophill 81.0%, Lymphocyte 10.9%

วันที่ 2 กรกฎาคม 2562 WBC 9.6 K/ul, RBC  $3.54 \times 10^6$  ul, HGB 9.2 g/dl, Plt. Count 76 k/ul, Neutrophill 71.3%, Lymphocyte 20.2%

วันที่ 3 กรกฎาคม 2562 WBC 10.3 K/ul, RBC  $3.99 \times 10^6$  ul, HGB 10.2 g/dl, Plt. Count 97 k/ul, Neutrophill 82.6%, Lymphocyte 3.4%

**Chemistry :**

วันที่ 31 มิถุนายน 2562 Sodium 139 mmol/l, Potassium 4.4 mmol/l, Chloride 109 mmol/l, Bicarbonate 18.3 mmol/l, BUN 20.8 mg/dl, Creatinine 0.64 mg/Dl, eGFR 106 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, Total protein 5.2 g/dL, Albumin 2.3 g/dL, SGOT 46 IU/L, SGPT 44 IU/L

**Coagulogram :**

วันที่ 31 มิถุนายน 2562 PT 16.5 sec, INR 1.39, aPTT 33.2 sec, aPTT ratio 1.33

วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 (05.30 น.) PT 15.3 sec, INR 1.28, aPTT 29.9 sec, aPTT ratio 1.03

วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 (15.30 น.) PT 15.1 sec, INR 1.27, aPTT 31.3 sec, aPTT ratio 1.08

**Microbiology :**

วันที่ 31 มิถุนายน 2562 Sputum Gram stain Few Leukocyte, Few gram negative bacilli, Sputum Aerobic culture Moderate Nonfermentative gram negative bacilli, Hemo culture no growth

**Blood group :** A Rh positive

**Chest X-ray :** วันที่ 31 มิถุนายน 2562 Normal no infiltration

**การรักษาที่ได้รับ**

**แรกรับ (31 พฤษภาคม 2562)**

**Pre-operation**

CBC, BUN, Cr, Electrolyte, H/Cx2, CXR, EKG, Sputum G/S, C/S

0.9%NSS 1000 cc vein drip 100 cc/hr. DTX 74 mg% 5%D/N/21000 cc vein drip 40 cc/hr., Retaine F/C, Tramol 50 mg vein prn q 8 hr.

Set OR for Debridement

Load NSS 500 cc, เปลี่ยน IV เป็น Acetar 1000 cc vein drip 120 cc/hr.

Ceftriazone 2 gm vein drip OD, Clindamycin 900 mg vein q 8 hr.

(15.25 น.) หายใจหอบเหนื่อย On ET tube No 7.5 dept 22 cms on PCV PC Mode RR 16/min PIP 20 cm.H<sub>2</sub>O, Insp. Time 0.8 sec. PEEP5 cm.H<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 0.4

G/M FFP 2 unit, Plt 5 unit, .sh FFP 1 unit free flow, Coag หลังให้ จอง ICU

**Post-operation**

On Ventilator PCV PC Mode RR 16/min PIP 20 cm.H<sub>2</sub>O, Insp. Time 0.8 sec. PEEP 5 cm.H<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 0.6

FFP 4 unit vein drip 1 hr./unit, CBC, Coag หลัง FFP หหมด, Hct พุ่งนี้เข้า, DTX q 4 hr. keep 80-120 mg%



5%DN/21000 vein drip 60 cc/hr.,  
Tramol 50 mg vein prn q 6 hr., Plasil 1 amp  
vein prn q 8 hr., Transamine 1 gm vein q  
8 hr., Vit K 10 mg vein stat

Ertapenam 1 gm vein OD

Berodual 1 NB พ่น statxII dose then  
1 NB พ่น ทุก 4 hr.

### 1 มิถุนายน 2562

G/M PRC 2 unit ให้ PRC 1 unit  
vein drip in 3 hrs., FFP 1 unit vein free flow,  
CBC, Coag หลังแก้ครบ

On ventilator PSV Mode PS 14 cm.  
H<sub>2</sub>O, PEEP 5 cm.H<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub>0.4 if dyspnea on  
setting เดิม

Berodual 1 NB พ่นทุก 4 hr., Tramol  
50 mg vein prn q 6 hr., Plasil 1 amp vein prn q  
6 hr., Transamine 1 gm vein q 8 hr.,

5%DN/2 1000 cc vein drip 60  
cc/hr., RLS 1000 cc vein drip 60 cc/hr., RLS  
1000 cc vein drip 60 cc/hr. DTX 74 mg% off  
5%DN/2 ให้ 10%DN/21000 vein drip 60 cc/hr.

DTX q 4 hr. keep 80-120 mg%, Hct  
q 6 hrs. ifdrop  $\geq$  3% please notify keep  $\geq$  24,  
CBC พุ่งนี้

### 2 มิถุนายน 2562

Feed น้ำหวาน 50 cc DTX หลัง  
Feed 75 mg%

Off 10%DN/2 ให้ 10%DNSS 1000 cc  
vein drip 60 cc/hr., RLS 1000 cc vein drip  
40 cc/hr.

On ventilator PSV PS10 PEEP 5 FiO<sub>2</sub>  
0.4, Berodual 1 NB พ่นทุก 4 hr.,

Dexamethazone 8 mg vein stat  
then 4 mg vein q 12 hr. Tramol 50 mg  
vein prn q 6 hr., Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.,  
Transamine 1 gm vein q 8 hr.,

Hct q 6 hrs.if drop  $\geq$  3% please  
notify keep  $\geq$  24, CBC พุ่งนี้

Paracetamol (500) 2 tab oral prn q  
4-6 hrs., BD(1:1) 150 cc x 4 feed, DTX premeal  
& hs keep 80-200 mg%

### 3 มิถุนายน 2562

NPO of ET tube 08.30 น., on O<sub>2</sub> mask  
c bag 10 LPM keep O<sub>2</sub> sat  $\geq$  95%, Berodual 1  
NB พ่นทุก 4 hr.

Dexamethazone 4 mg vein q 12 hr.  
Tramol 50 mg vein prn q 6 hr., Plasil 1 amp vein  
prn q 6 hr., Transamine 1 gm vein q 8 hr.,

10%DNSS 1000 cc vein drip 60  
cc/hr., Aceta 1000 cc vein drip 40 cc/hr.,

Losec 40 mg vein OD

### 4 มิถุนายน 2562

จิบน้ำ เช้า เพียง liquid diet เย็น  
on O<sub>2</sub> cannula 3 LPM keep O<sub>2</sub>  
sat  $\geq$  95%, Berodual 1 NB พ่นทุก 4 hr.,

Tramol 50 mg vein prn q 6 hr.,  
Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.

10%DNSS 1000 cc vein drip 60  
cc/hr., Aceta 1000 cc vein drip 40 cc/hr.,

CXR, Prednisolone 2 tab oral tid pc  
ย้าย ศัลยกรรมชาย 1

### 5 มิถุนายน 2562

Soft diet

Try wean off O<sub>2</sub> cannula keep O<sub>2</sub>  
sat  $\geq$  92%, Berodual 1 NB พ่นทุก 4 hr.,

Tramol 50 mg vein prn q 6 hr.,  
Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.

10%DNSS 1000 cc vein drip 60  
cc/hr., Aceta 1000 cc vein drip 40 cc/hr

กินได้ดี off IV

**6 มิถุนายน 2562**

Tramol 50 mg vein prn q 6 hr.,  
Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.

DTX ทุก 8 ชั่วโมง keep 80-200 mg%

**7 มิถุนายน 2562**

Tramol 50 mg vein prn q 6 hr.,  
Plasil 1 amp vein prn q 6 hr.

DTX premeal, hs keep 80-180 mg%

Off Losec vein

**8 มิถุนายน 2562**

Refer กลับโรงพยาบาลแก้งคร้อ

1. continuous ATB ertapenam 1 gm  
vein OD จนครบ 14 วัน

2. Dressing wound ต่อ

3. นัด 5 กรกฎาคม 2562

**วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา**

ผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการ มีไข้ ชาซ้ายบวมแดง ขนาด 5 x 15 เซนติเมตร มี Hemorrhagic bleb ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 x 5 เซนติเมตร เกิดจาก 3 วันก่อนมามีการลุยน้ำและมีแผลที่ขาซ้าย ทำให้เกิดการอักเสบจากการติดเชื้อและมีความดันโลหิตต่ำจากการชกประวัติตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ได้รับการผ่าตัด (Debridement) และให้ยาปฏิชีวนะ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีภาวะหายใจล้มเหลวต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์วินิจฉัย Necrotizing Fasciitis left Leg with Septic Shock

**การพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ**

1. ระยะวิกฤต ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องได้รับการแก้ไขภาวะช็อกและได้รับการผ่าตัด (Debridement) และมีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ ได้รับการแก้ไขปัญหาชด, เกร็ดเลือดต่ำ พยาบาลต้องเตรียมความพร้อม

สำหรับการประเมินแก้ไขภาวะช็อก ดูแลการให้เลือดและสารประกอบของเลือด การพยาบาลก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

2. ระยะต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะปวด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวด การใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การทำแผล การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การส่งเสริมการหายใจของแผล

**บทบาพยาบาลในระยะวิกฤต**

ผู้ป่วยรายนี้เมื่อมาถึงโรงพยาบาล มีภาวะ Septic shock มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นภาวะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระยะวิกฤตดังนี้

1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น การทำงานของไต การบันทึกสารน้ำเข้าออก

2. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง โดยการ จัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi-fowler, s position or Fowler, s position) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ตรวจสอบสัญญาณชีพและ  $O_2$  saturation ดูแลพ่นยาขยายหลอดลม ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจนาน หลังถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที

3. ปวดเนื่องจากมีแผลที่ขาซ้าย โดยการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากการใช้ pain scale ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว และระมัดระวัง การจัดทำที่สุขสบาย การพักผ่อน เบี่ยงเบนความสนใจ ดูแลให้ยาแก้ปวด Tramol 50 mg vein prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์



4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดสติจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ประเมินระดับความรู้สึกตัวและระดับน้ำตาลในเลือดทุก 4 ชั่วโมงให้อยู่ระหว่าง 80-120 mg% ดูแลให้สารน้ำ 10%DNSS 1000 cc vein drip 60 cc/hr ดูแลให้อาหารทางสายยาง BD (1:1) 150 cc x 4 feed

5. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการบาดเจ็บของหลอดเลือด เช่น การทำแผลที่รุนแรง การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ สังเกตภาวะเลือดออก ดูแลให้สารประกอบของเลือด Fresh Frozen Plasma, Platelet concentration ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6. มีภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการเจาะเลือด Blood group ประสานธนาคารเลือด ตรวจสอบความถูกต้อง ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผลการตรวจ Hct หลังให้เลือดหมด 2 ชั่วโมง

7. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ โดยการประเมินภาวะการขาดสารอาหาร ดูแลให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษา

8. วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว โดยการประเมินภาวะวิตกกังวล ให้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล

#### การพยาบาลระยะต่อเนือง

1. ปวดเนื่องจากมีแผลชาซ้ายโดยการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากการใช้ pain scale ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลรวดเร็ว และระมัดระวัง ดูแลให้ยาแก้ปวด Tramol 50 mg vein prn for pain ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

2. มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มจากมีแผลเปิดที่ขาซ้าย โดยการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพล้างมือก่อนและหลังการให้การพยาบาล ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ สังเกตลักษณะของแผล อาการบวมแดง กลิ่น ดูแลให้ยาปฏิชีวนะจนครบ 14 วัน

3. วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพ การขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน การมาตรวจตามแพทย์นัด

#### สรุปและอภิปราย

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหนังเน่า รายนี้มีปัจจัยมาจากการมีแผลที่ขาซ้ายแล้วลุยน้ำโดยไม่ได้สวมใส่รองเท้าบูท มีการติดเชื้อที่แผลทำให้เกิดการติดเชื้อที่ผิวหนังชั้นลึกถึงระดับเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ (necrotizing fasciitis) มีอาการและอาการแสดงรุนแรง มีภาวะช็อคและภาวะหายใจล้มเหลว เป็นโรคที่มีความรุนแรงได้จากการเกิดพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายและทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (Debridement) การแก้ไขภาวะช็อค การใช้เครื่องช่วยหายใจ การทำความสะอาดแผล พยาบาลมีบทบาททั้งการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) การประสานงาน (collaboration) กับทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาเป็นไปด้วยความราบรื่นและต่อเนื่อง โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base practice) มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ตลอดจนการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยและญาติเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต ความวิตกกังวล และปฏิบัติตนได้เหมาะสมทั้งระหว่างรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลตนเองต่อที่บ้าน ตลอดจนให้ข้อมูลและความสำคัญในการรักษาต่อเนื่อง



## ข้อคิดเห็น

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคหึ่งเน่า มาด้วยอาการมีแผลที่ขาซ้าย เดินลุยน้ำ โดยไม่ได้สวมใส่รองเท้าบูท ทำให้เชื้อเข้าสู่ผิวหนังทางบาดแผล ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงคือ สูงอายุ ต้มสุรา 2-3 วันต่อครั้ง ครั้งละ 100 ซีซี สุ่มบุหรืใช้ยา Steroid เมื่อมีอาการปวดขา มีอาชีพเกษตรกรรม พฤติกรรมของชุมชนมีการใช้สารเคมีและยาฆ่าแมลงในการทำการเกษตร ดังนั้น เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายทำให้มีการกระจายของเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้อย่างรวดเร็ว เข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดภาวะช็อกเกิดพิษต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว มีระบบการส่งต่อที่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด และให้ยาฆ่าเชื้ออย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านได้

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาล ต้องมีความรู้ในการประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยการใช้ SOS score และส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลทั่วไปอย่างเป็นระบบและแนวทางเดียวกัน

2. พยาบาล ในฐานะผู้ให้ความรู้และข้อมูล ต้องศึกษาหาความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอและพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

3. การดูแลสุขภาพของบุคคล ควรมีการส่งเสริมการป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกาย ดื่มน้ำสะอาด เช่น เหล้า บุหรี่ เป็นต้น ไม่ใช้ยาสมุนไพรหรือยา Steroid การดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วย ควรปรึกษาแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

4. ควรมีนโยบายชุมชนส่งเสริมให้เกษตรกรงดใช้สารเคมี ยาฆ่าแมลง ในการประกอบอาชีพ และส่งเสริมให้เกษตรกรสวมอุปกรณ์ป้องกันในการประกอบอาชีพ เช่น ผ้าปิดปากปิดจมูก สวมรองเท้าบูท เมื่อต้องลุยน้ำ ลุยหญ้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค

## เอกสารอ้างอิง

1. กิรติ คำทอง, ลัดดา คำแดง และฐิติกานต์ ศิรินาม. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลโรคหึ่งเน่าในโรงพยาบาลโสธร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1):254-62.
2. จรัสศรี พียาพรรณ. โรคแบคทีเรียกินเนื้อ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dst.or.th/Publicly/Articles/1220.23.12> [10 สิงหาคม 2562].
3. ทยาภัทร บุญเกษม. (2557). โรคติดเชื้อชั้นใต้ผิวหนังลึกถึงระดับพังผืด (Necrotizing Fasciitis). วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 8(1):113-9.
4. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.healthcarethai.com/ผลกระทบทต่อสุขภาพ/> [10 สิงหาคม 2562]
5. พรศิริ พันธลี. (2557). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
6. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงค์, [บรรณาธิการ]. (2551). การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และชวณพิศ ทำนอง, [บรรณาธิการ]. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต=Critical Care Nursing. ขอนแก่น: สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สหายวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.