



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease with
Acute Exacerbation: Two Case Comparative Studies

Rungngarmdee Aiamsaard, R.N.

In-Patient Department, Namkhun Hospital

Ubonratchathani Province

jeab-rung@hotmail.com

รุ่งงามดี เอี่ยมสะอาด, พย.บ.

แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำขุ่น

จังหวัดอุบลราชธานี

Received: Nov 13, 2023

Revised: Feb 5, 2024

Accepted: Mar 11, 2024

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากระตุ้น ระยะโรคสงบผู้ป่วยจะหายใจไม่หอบ เมื่ออาการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการไอมีเสมหะและหายใจหอบ มีความผิดปกติของหัวใจอาจเกิดหัวใจชกขวาและอาจเสียชีวิตได้ พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องตระหนักเสมอว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ให้ยาพ่นขยายหลอดลมและยาต้านการอักเสบเพื่อลดบวม เมื่ออาการดีขึ้นพยาบาลต้องวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพปอดและการบริหารร่างกายและเพื่อให้โรคสงบ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา: เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำขุ่น ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล และการดูแลแบบองค์รวม

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นชายวัยสูงอายุมีโรคประจำตัวเป็น COPD มาโรงพยาบาลด้วยอาการนำ ไอมีเสมหะและหายใจหอบเหนื่อยพ่นยา 3 ครั้งที่บ้านไม่ดีขึ้น รายที่ 1 อายุ 62 ปี อาการนำเพิ่มคือไข้สูงฟุ้ง Lung มีเสียง Crepitation + Wheezing, Chest x-ray พบ Infiltration both lung ได้รับยา Ceftriaxone IV, Roxithromycin มีระดับความดันเลือดสูง ดูแลให้ยา Amlodipine รายที่ 2 อายุ 79 ปี มีโรคประจำตัวเพิ่มคือ Asthma และ HT ขณะรับการรักษามีอาการ AF with tachycardia ดูแลให้ Amiodarone IV, Warfarin, Amlodipine, Enalapril, Chest x-ray พบ Cardiomegaly, Infiltration both lung ดูแลให้ยา Ceftriaxone IV, Azithromycin และผู้ป่วยทั้ง 2 ได้รับ O₂ cannula, Berodual NB และ Bromhexine ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตามปัญหา อาการต่างๆ ดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน วันนอนโรงพยาบาล 3 วัน เท่ากันทั้ง 2 ราย

สรุป: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจะต้องได้รับยาพ่นขยายหลอดลมและยาต้านการอักเสบเพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง การให้ออกซิเจนเพื่อบำบัดและให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดสาเหตุของการเกิดมีอาการกำเริบ รวมถึงการดูแลภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และสิ่งสำคัญคือการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการกำเริบเฉียบพลัน, ปอดอักเสบ



Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an abnormality in the lungs' response to stimulating substances or gasses. The patient with COPD did not gasp for breath in the remission period. When the patient had acute exacerbation, they had cough up phlegm and gasp for breath, abnormal heart function, right ventricular congestive heart failure, and may be death. The nurse who provided nursing care must be aware that the patient must receive adequate oxygen, provided the bronchodilator and anti-inflammatory drug to reduce airway swelling. Then the symptoms improved, the nurse must plan discharge to the patient about rehabilitate lungs, exercise, and to calm the disease.

Objective: To compare the nursing results of two patients with chronic obstructive pulmonary disease who were treated with acute exacerbations.

Methods: The methods were selecting case studies of the patients with COPD with Acute exacerbation, who were admitted for treatment in In-patient department, Nam Khun Hospital. The data were collected during April to June 2021. The data analysis accordance with the concept of nursing process and holistic care concept.

Result: Both patients were elderly men. They were underling COPD, the chief complaint were cough up phlegm and gasp for breath, and used an inhalation drug for 3 times at home but it didn't improve. The first case, aged 62 years, additional symptoms were high fever, lung sound Crepitation + Wheezing, Chest x-ray found Infiltration both lungs, provided Ceftriaxone IV, Roxithromycin. He was a high blood pressure level and provided amlodipine. The second case was 79 years, additional underling diseases namely asthma and HT. Among treatment, he had AF with tachycardia, provided amiodarone IV, warfarin, amlodipine, enalapril, the chest x-ray found cardiomegaly with infiltration both lung, provided ceftriaxone IV, azithromycin. Both patients received O₂ cannula, Berodual NB and Bromhexine. Received treatment and nursing care according to the problem, the symptoms improved respectively. The doctor discharged them to home, 3 days for length of stay and were the same for both cases.

Conclusion: The patient with COPD with acute exacerbation must provided the bronchodilator and anti-inflammatory drug to clear their airway, oxygen for therapy, and used antibiotics to reduce the cause of recurrence. Including treatment for other complications to keep patients safe. And the important was preparing to discharge the patient to home, so that the patient can take steps to prevent acute exacerbation.

Keywords: Nursing, COPD, Acute exacerbation, Pneumonia

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นอาการที่เกิดเนื่องมาจากความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากระตุ้นก่อให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับไม่เต็มที่ (Not fully reversible) เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive) และส่งผลเสียไม่ใช่เฉพาะระบบหายใจ¹⁻² อุบัติการณ์ของโลกพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 3.32 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นผู้มีอายุต่ำกว่า 70 ปี³ ในเอเชีย-แปซิฟิก พบอุบัติการณ์ในแต่ละประเทศร้อยละ 3.7-16.71 ของประชากรทั้งประเทศ⁴ ส่วนประเทศไทยพบร้อยละ 2.09 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งส่วนมากเป็นในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 1.57 พบอัตราตายร้อยละ 8.37 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 30-40 มีสาเหตุมาจากสาร/ก๊าซหรืออากาศเป็นพิษ³ ผู้ป่วยร้อยละ 100 เสียชีวิตขณะมีอาการกำเริบเฉียบพลัน⁵ ซึ่งในช่วงของอาการกำเริบไม่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากโรค COPD เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุด โดยแผนการรักษา ประกอบด้วย การประเมินอาการและตระหนักตลอดเวลาว่าเป็นโรค (Assess and monitor disease) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Reduce risk factors) การดูแลในช่วงที่โรคสงบ (Manage stable COPD) การรักษาในช่วงอาการกำเริบเฉียบพลัน (Manage exacerbations)¹ ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation: COPD with AE) บางรายที่มีอาการช่วงอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรงพ่นยาด้วยตัวเองที่บ้านแล้วไม่ดีขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย COPD with AE ในระยะวิกฤต หรือระยะแรกรับ นอกจากจะดูแลให้ผู้ป่วยพ้นอันตรายจากภาวะพร่องออกซิเจนแล้ว ยังต้องดูแลลดปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อ และดูแลระบบต่างๆ ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค COPD เช่น ภาวะหัวใจวายช็อกวายเป็นต้น โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) และดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี มีเตียงรับผู้ป่วย จำนวน 30 เตียง รับรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกโรคทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยที่รับดูแลรักษา และให้การพยาบาล ในปีงบประมาณ 2564-2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จำนวน 2,200, 2,043 และ 2,753 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย COPD with AE จำนวน 91, 93 และ 127 ราย ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 ปี มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำนับเป็นครั้ง จำนวน 419, 315 และ 507 ครั้ง ตามลำดับ จากสถิติแม้ว่าจะไม่พบอัตราตายจากโรค COPD with AE แต่ด้วยพยาธิสภาพของโรค ขณะเกิดภาวะ AE ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหัวใจวายช็อกวาทันที เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ดังนั้นการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดปัจจัยการกระตุ้นภาวะ AE ดูแลให้ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย และสิ่งสำคัญคือการสอนการไอแบบมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะที่อุดกั้น และทำทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยการจัดท่านอนศีรษะสูง มีการประสานงานกันอย่างรวดเร็วระหว่างทีมสหวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย รอดชีวิต และอาการดีขึ้น เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะ AE และดำเนินชีวิตภายใต้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพต่อไป



ความรู้เกี่ยวกับโรค COPD

ความหมาย: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD หมายถึง ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มาระตุ้นก่อให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับมาไม่เต็มที่ (Not fully reversible) และเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive) โดยทั่วไปมักจะรวมถึงโรคที่ประกอบด้วย โรคหืด (Asthma) โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema)^{1, 6}

การวินิจฉัย: วินิจฉัยจากอาการ ได้แก่ ไอเรื้อรังหรือมีเสมหะ หรือบางรายอาจไม่มีเสมหะ มีอาการหอบเหนื่อยซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive) ส่วนอาการอื่นๆ ที่พบได้คือแน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีดในกรณีที่มีอาการไอออกเลือด หรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยแยกโรคจากวัณโรค มะเร็งปอด และหลอดลมฝอยพอง (Bronchiectasis)¹⁻² อาการแสดงระยะแรกของโรค อาจไม่พบความผิดปกติ แต่เมื่ออาการเป็นมากขึ้น ตรวจร่างกายจะพบลักษณะ Airflow limitation และ Air trapping เช่น Prolonged expiratory phase, Diffuse wheezing, Increased A-P diameter และเมื่อถึงระยะท้ายของโรค อาจมีลักษณะของหัวใจด้านขวาล้มเหลว เช่น ขาบวม ตับโต หัวใจข้างขวาโต และเขียว^{2, 7} การทำ Chest X-ray จะพบต่อเมื่อมีลักษณะของ Hyperinflation หรือมี Bullous แล้ว เช่น Flattened diaphragm, มีการเพิ่มขึ้นของ Retrosternal air space, Hyper lucency of the lungs¹

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง: พบว่าโรค COPD มีปัจจัยมาจากสภาวะแวดล้อม ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ ทั้งจากผู้สูบเองโดยตรงหรือได้รับควันบุหรี่จากคนรอบข้าง โดยมากกว่าร้อยละ 90 มาจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน 2) มลภาวะและสารพิษต่างๆ 3) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในวัยเด็กโดยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจที่เพิ่มขึ้น มีการทำงานของปอดที่ผิดปกติปัจจัยอื่น ได้แก่ เรื่อง gene หรือสารพันธุกรรม โดยเฉพาะการขาดสาร และ 4) ปัจจัยมาจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ พันธุกรรม เช่น Alpha-1 antitrypsin ภาวะ Bronchial hyperresponsiveness และมีปัจจัยรบกวนการเจริญเติบโตของปอดตั้งแต่วัยเด็ก^{1, 7}

พยาธิสรีรวิทยา: ผลจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลมเนื้อปอดและหลอดเลือดปอด (Pulmonary vasculature) โดยมีเซลล์สำคัญที่เกี่ยวข้องคือ T-lymphocyte (ส่วนใหญ่เป็น CD8) Neutrophil และ Macrophage ทำให้มีการหลั่ง Inflammatory mediators หลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่ Leukotriene B4, Interleukin 8 และ Tumor necrosis factor นอกจากนี้ยังมีการระคายเคืองที่สำคัญที่เกี่ยวกับพยาธิกำเนิดอีก 2 ประการ คือการเพิ่มของ Oxidative stress และความไม่สมดุลระหว่าง Proteinase กับ Anti-proteinase จากนั้นพบการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่มองไปจนถึงขนาดเล็ก มีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อทั่วๆ ไป มี Goblet cell เพิ่มขึ้น และ Mucous gland ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มีการสร้าง Mucus ออกมามากและเหนียวกว่าปกติ การอักเสบและการทำลายที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลม โดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลายมีการตีบเนื้อปอดส่วน Respiratory bronchiole และถุงลมที่ถูกทำลายและโป่งพอง มีลักษณะจำเพาะรวมเรียกว่า Centilobular emphysema โดยเริ่มจากปอดส่วนบนแล้วลุกลามไปส่วนอื่นๆ ในระยะต่อมา สำหรับบริเวณหลอดเลือดปอด มีผนังหนาตัวขึ้น กล้ามเนื้อเรียบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบมีจำนวนเพิ่มขึ้น¹⁻²

การรักษา: จะต้องประเมินภาวะ Acute exacerbation ที่เรียกว่าอาการกำเริบ ซึ่งการวินิจฉัย Acute exacerbation ต้องอาศัยข้อมูลทางคลินิก คือผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นและมีเสมหะเปลี่ยนสี โดยต้องแยกออกจากภาวะอื่นๆ เช่น ปอดอักเสบ หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด และ Pulmonary embolism ควรประเมินความรุนแรงของภาวะ Acute exacerbation ก่อน เพื่อเป็นแนวทางในการรักษา

โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ได้แก่ เพิ่มขนาดและความถี่ของยาขยายหลอดลม ชนิดพ่นหรือใช้ยาผสมการให้ออกซิเจนควรให้ชนิด Cannula การให้คอร์ติโคสเตียรอยด์การให้ยาต้านจุลชีพ² และ 2) กลุ่มที่สามารถให้การรักษabenนอกโรงพยาบาลในระยะโรคสงบ ได้แก่ การงดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด การรักษาด้วยยาพ่นและยารับประทาน การทำ Pulmonary rehabilitation เพื่อลดอาการของโรค เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โภชนบำบัด ในผู้ป่วยทุพโภชนาการ การรักษาโรคร่วมหรือโรคประจำตัวและการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ Vaccine พิจารณาให้ Influenza vaccine ทุกวัย ปีละครั้ง ซึ่งพิสูจน์ว่าลดการกำเริบของโรคได้⁷

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาน้ำในโรงพยาบาล ปัญหาทางการพยาบาล การพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง การการสังเกตพูดคุย การประชุมทางการพยาบาล ของหอผู้ป่วยใน
2. คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน รายที่ 1 เริ่มศึกษาวันที่ 9-12 เมษายน 2564 รายที่ 2 เริ่มศึกษาวันที่ 20-23 มิถุนายน 2564
3. เลือกกรอบแนวคิดเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ศึกษาใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และเป็นแนวทางในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้แบบองค์รวม (Holistic)
4. ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวข้องกับการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน
5. ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย มีการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนและให้การพยาบาล พร้อมทั้งการประเมินผล
6. สรุปผลการศึกษารายกรณี

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ศึกษาดำเนินการขออนุญาตศึกษาผู้ป่วยจากผู้ป่วยและญาติ จากหัวหน้างานและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้วยวาจา ซึ่งได้รับอนุญาตด้วยวาจาทั้งจากผู้ป่วยและญาติ และจากหัวหน้าและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล



ผลการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ดำเนินตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่	การประเมิน/สรุปผลการประเมิน		การวิเคราะห์
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	-ไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย เป็นมา 1 วัน -5 ปีก่อนมา รพ. ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น COPD -2 วันก่อนมา รพ. มีอาการไอแห้ง ๆ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีหายใจหอบ -1 วันก่อนมา มีไข้สูง ไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย พ่นยาเดิม 3 ครั้งที่บ้าน อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล -ปฏิเสธโรคประจำตัว อื่น ๆ -เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ แต่หยุดสูบเมื่อ 20 ปีที่แล้ว -Dx: COPD with AE with Pneumonia -มีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าป่วย ปฏิบัติตัวดี แต่เป็นเหตุสุดวิสัยที่มีอาการปอดอักเสบ	-ไอ หายใจหอบเหนื่อย เป็นมา 4 ชั่วโมง -5 ปีก่อนมา รพ. ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น COPD -1 วันก่อนมา รพ. มีอาการไอแห้ง ๆ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีหายใจหอบ -4 ชั่วโมงก่อนมา รพ. ไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย พ่นยาเดิม 3 ครั้งที่บ้าน อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล -มีโรคประจำตัว Asthma และ HT -เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ แต่หยุดสูบเมื่อ 20 ปีที่แล้ว -Dx: COPD with AE with Atrial fibrillation with Pneumonia -มีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าป่วย ปฏิบัติตัวดี แต่เป็นเหตุสุดวิสัยที่มีอาการปอดอักเสบ	ผู้ป่วยมีอาการนำมาที่สำคัญ คือ ไอ และหายใจหอบ รายที่ 1 เพิ่มอาการนำ คือ ไข้ -ผู้ป่วยทั้ง 2 มีประวัติการเคยสูบบุหรี่ -ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีวินิจฉัยโรคเป็นเหมือนแต่รายที่ 2 มีอาการของของโรคหัวใจแทรกซ้อน -ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	-Temp 39.7°C, P 130 bpm, R 40 bpm, BP 152/89 mmHg -FEV1=41%, POST=47%, FEV1/FVC 73%, POST=72%: Severe obstruction, O₂ sat 91% -น้ำหนัก 40 kg /ส่วนสูง 150 cm / BMI 17.77 kg/m²	-Temp 36.5°C, P 104 bpm, R 32 bpm, BP 140/80 mmHg -FEV1=85%, POST=89%, FEV1/FVC=92%, POST= 89% ผล Normal spirometry, O₂ sat 93% -น้ำหนัก 75 kg /ส่วนสูง 185 cm / BMI 21.91 kg/m²	-ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงของโรค COPD with AE มากกว่า -ผู้ป่วยรายที่ 1 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของ กอร์ดอน (ต่อ)

แบบแผนที่	การประเมิน/สรุปผลการประเมิน		การวิเคราะห์
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (ต่อ)	- ฟัง Lung พบ Crepitation with Wheezing, Chest X-ray พบ Both lung perihilar infiltration, EKG พบ Tachycardia - Na 126 mmol/dL - CBC ผิดปกติ คือค่า WBC 1,1500 cell/mm ³ , Lymphocyte 16%, Neutrophil 77%, Hct 33%, Hb 10.4 mg/dL, MCHC 31.8 g/dL - มีอาการเบื่ออาหาร	- ฟัง Lung พบ Wheezing, Chest X-ray พบ Cardiomegaly, Both lung perihilar infiltration, EKG พบ Atrial fibrillation (AF) with Tachycardia - Lymphocyte 16% - ค่า K 2.9 mmol/L - รับประทานอาหารปกติ	ตรวจร่างกายพบ ลักษณะเสียงปอด เหมือนกัน คือ Wheezing - ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีค่า CBC และ อิเล็กโตรลัยท์ ผิดปกติ - มีความอยากอาหาร ต่างกัน
3. การขับถ่าย	ปกติ	ปกติ	ปกติ
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	- ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง - ออกกำลังกายโดยการเดินรอบ ๆ บ้าน	- ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง - ออกกำลังกายโดยการเดินรอบ ๆ บ้าน	- ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกายเหมือนกัน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	- นอนหลับวันละ 7 ชั่วโมง กลางคืน 7 ชั่วโมง กลางวัน 1 ชั่วโมง และมีเวลาพักผ่อนเพียงพอ	- นอนหลับวันละ 7 ชั่วโมง กลางคืน 6 ชั่วโมง กลางวัน 1 ชั่วโมง และมีเวลาพักผ่อนเพียงพอ	- ผู้ป่วยมีการพักผ่อนนอนหลับเหมือนกัน
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	- จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 - มีสติสัมปชัญญะดี ถามตอบรู้เรื่อง - การมองเห็น การได้ยินและรับรส ปกติ	- จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 - มีสติสัมปชัญญะดี ถามตอบรู้เรื่อง - การมองเห็น การได้ยินและรับรส ปกติ	- ผู้ป่วยทั้ง 2 มี สติสัมปชัญญะและ การรับรู้ปกติ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง และ ไม่ท้อแท้	- การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง เมื่อและไม่ท้อแท้	- ผู้ป่วยทั้ง 2 มีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ปกติ
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	- ทำบทบาทการเป็นพ่อบ้านที่ดี เป็นมิตรที่ดีกับเพื่อนบ้าน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อพยาบาลที่ให้การดูแล	- ทำบทบาทการเป็นปู่หรือตาที่ดี เป็นมิตรที่ดีกับเพื่อนบ้าน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อพยาบาลที่ให้การดูแล	- ผู้ป่วยทั้ง 2 ทำ บทบาทและ สัมพันธภาพ ปกติ





ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของ กอร์ดอน (ต่อ)

แบบแผนที่	การประเมิน/สรุปผลการประเมิน		การวิเคราะห์
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	
9. เพศและ การเจริญพันธุ์	-เพศชาย/ อายุ 62 ปี -ไม่มีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	-เพศชาย/ อายุ 79 ปี -ไม่มีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	ผู้ป่วยทั้ง 2 มีเพศและ การเจริญพันธุ์ ปกติ
10. การปรับตัว และการเผชิญ กับความเครียด	-สามารถอยู่กับโรค เมื่อมี ภาวะแทรกซ้อน คือ โรคปอดอักเสบ ทำ ให้หอบมากขึ้น ต้องรับรักษา วิตกกังวล เล็กน้อย -ประเมิน 2 Q ได้ 0 คะแนน	-สามารถอยู่กับโรค เมื่อมี ภาวะแทรกซ้อน คือ โรคปอดอักเสบ ทำ ให้หอบมากขึ้น ต้องรับรักษา วิตกกังวล เล็กน้อย -ประเมิน 2 Q ได้ 0 คะแนน	-ผู้ป่วยทั้ง 2 มีการ ปรับตัว และการเผชิญ กับความเครียด โดยมี อาการวิตกกังวล
11. คุณค่าและ ความเชื่อ	-มีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ แผนปัจจุบัน -นับถือศาสนาพุทธ ไม่เชื่อมนาย	-มีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ แผนปัจจุบัน -นับถือศาสนาพุทธ ไม่เชื่อมนาย	-ผู้ป่วยทั้ง 2 มีคุณค่า และความเชื่อปกติ

จากการวิเคราะห์ผลที่ได้จากการประเมินโดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน พบผู้ป่วยมีปัญหาคือแบบแผนที่ 1 การรับรู้ ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ โดยพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองว่าเป็นโรค COPD ถ้าดูแลตนเองไม่ดีกว่าผู้อื่นจะทำให้เกิดโรค Pneumonia ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบได้ และแบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร โดยพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติและมีภาวะซีด ทำให้การทดสอบสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry มีค่าต่ำกว่ารายที่ 1 ประกอบกับรายที่ 2 มีไข้สูง ทำให้มีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเพิ่มการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้ค่า O₂ sat ต่ำกว่ารายที่ 2 และการติดเชื้อที่ปอดส่งผลให้เกิดการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้นเช่นเดียวกัน โดยส่งผลให้รายที่ 1 มีอาการพร่อง ออกซิเจนมากกว่า ส่วนแบบแผนอื่นๆ ตั้งแต่แบบแผนที่ 3-11 ไม่พบปัญหาจากการประเมินและซักประวัติ

ตารางที่ 2 อาการแสดงผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติและการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
9 เมษายน 64	20 มิถุนายน 64
แรกรับ 19.19 น.	แรกรับ 9.02 น.
-รู้สึกตัวดี ลักษณะตัวเล็กและผอมแห้ง ท่าทางอ่อนเพลีย มีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย	-รู้สึกตัวดี ลักษณะสูงโปร่งสมส่วน ท่าทางอ่อนเพลีย ไม่มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย
-Temp 39.7°C, P 112 bpm, R 40 bpm, BP 152/89 mmHg, O ₂ sat 91%	-Temp 36.5°C, P 120 bpm, R 32 bpm, BP 140/80 mmHg, O ₂ sat 93%
-ฟัง Lung พบ Crepitation with Wheezing, สมรรถภาพปอด Severe obstruction, Chest X-ray พบ Both lung perihilar infiltration, EKG พบ Tachycardia	-ฟัง Lung พบ Wheezing สมรรถภาพปอด Normal spirometry, Chest X-ray พบ Cardiomegaly, Both lung perihilar infiltration, EKG พบ Atrial fibrillation (AF) with Tachycardia



ตารางที่ 2 อาการแสดงผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติและการรักษา (ต่อ)

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
-ดูแลให้ O₂ cannula 3 LPM, Keep O₂ sat > 92%, ดูแลพ่นยา Berodual (2:2) 1 Nebule NB stat x II ห่างกัน 15 นาที, ดูแลให้ Dexamethasone 5 mg q 6 hr -ค่า Na 126 mmol/dL, ดูแลให้ 0.9%NSS 60 ml/hr -CBC ผิดปกติคือค่า WBC 1,1500 cell/mm³, Lymphocyte 16%, Neutrophil 77%, Hct 33%, Hb 10.4 mg/dL, MCHC 31.8 g/dL -ยาที่ใช้กับผู้ป่วยต่อเนื่อง ได้แก่ Seretide 2 puff พ่น bid, Ceftriaxone 2 gms vein OD, Roxithromycin 1x2 oral pc x 5 days, Amlodipine 1x1 oral pc, Simvastatin 1x1 oral hs, Theodur 1x2 oral pc, Bromhexine 1x3 oral pc, Paracetamol 1 tab oral prn q 4-6 hr -หลังให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยตลอดทั้งคืน Temp 36.9-37.7°C, P 96-102 bpm, R 28-32 bpm, BP 118/70-132/80 mmHg, O₂ sat 95%, หลับพักผ่อนได้, I/O เข้า 1,200 ml ออก 1,000 ml 10 เมษายน 64 -ติดตามค่า Na 139 mmol/dL -พ่นยา Berodual และให้ Dexamethasone ต่อเนื่อง -ตลอดทั้งวัน Temp 36.9-37.5°C, P 88-90 bpm, R 24-28 bpm, BP 122/78-136/82 mmHg, O₂ sat 94-96%, รับประทานอาหารได้ หลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O: 1,990/1,700 ml 11 เมษายน 64 -พ่นยา Berodual และให้ Dexamethasone ต่อเนื่อง, แพทย์ให้ Off O₂ cannula, Off 0.9%NSS -ตลอดทั้งวัน Temp 36.6-37.1°C, P 80-88bpm, R 24-26 bpm, BP 130/82-142/86mmHg, O₂ sat 96-97%, รับประทานอาหาร หลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ, I/O เข้า 1,860/1,690 ml	-ดูแลให้ O₂ cannula 3 LPM, Keep O₂ sat > 92%, ดูแลให้ Amiodarone 150 mg+5%D/W 100 ml vein 30 ml then Amiodarone 100 mg+5%D/W 100 ml vein in 24 hr, If BP>90/60 mmHg, HR<90 bpm off Amiodarone, ดูแลพ่นยา Berodual (2:2) 1 Nebule NB stat x II ห่างกัน 15 นาที, ดูแลให้ Dexamethasone 5 mg q 6 hr, ดูแลให้ 0.9%NSS KVO -ค่า K 2.9 mmol/L, ดูแลให้ E.KCL 30 ml oral x II ห่างกัน 3 ชั่วโมง -ผล CBC ผิดปกติ คือค่า Lymphocyte 16% -หลังให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยตลอดทั้งวัน Temp 36.7-36.9°C, P 100-112 bpm, R 26-28 bpm, BP 130/70-135/83 mmHg, O₂ sat 96%, รับประทานอาหารได้ หลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/Oเข้า 2,280/2,100 ml -ยาที่ใช้กับผู้ป่วยต่อเนื่อง ได้แก่ Seretide 2 puff พ่น bid, Ceftriaxone 2 gms vein OD, Azithromycin 2x1 oral pc x 5 days, Amlodipine 1x1 oral pc, Enalapril 1x1 oral pc, Bromhexine 1x3 oral pc, warfarin 1 x hs จันทร-เสาร์, warfarin 2 x hs อาทิตย์ 21 มิถุนายน 64 -BP 148/104 mmHg, ดูแลให้ Captopril 1 tab oral stat, หลังให้ 1 ชั่วโมง BP 136/92 mmHg -ติดตามค่า K พบว่า K 4.2 mmol/L -พ่นยา Berodual และให้ Dexamethasone ต่อเนื่อง, แพทย์ให้ Off O₂ cannula, Off 0.9%NSS -ตลอดทั้งวัน Temp 36.7-37.1°C, P80-88 bpm, R 24-26 bpm, BP 122/70-135/90 mmHg, O₂ sat 95-97%, แพทย์ให้ Off Amiodarone รับประทานอาหาร หลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ, I/O เข้า 2,320/2,120 ml



ตารางที่ 2 อาการแสดงผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติและการรักษา (ต่อ)

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
12 เมษายน 64 -D/C Today, Continuous Roxithromycin 1x2 oral pc ให้ครบ 5 days, Seretide 2 puff พ่น bid, Amlodipine 1x1 oral pc, Bromhexine 1x3 oral pc, -F/U 1 week with CBC	22 มิถุนายน 64 -พ่นยา Berodual และให้ Dexamethasone ต่อเนื่อง -ตลอดทั้งวัน Temp 36.6-37.0°C, P78-86 bpm, R 22-24 bpm, BP 128/72-135/90 mmHg, O ₂ sat 95-97%, หลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O เข้า 2,030/1,940 ml 23 มิถุนายน 64 -D/C today, Continuous Azithromycin 2x1 oral pc ให้ครบ 5 days, Seretide 2 puff พ่น bid, Amlodipine 1x1 oral pc, Enalapril 1x1 oral pc, Bromhexine 1x3 oral pc, warfarin 1 x hs จันทร-เสาร์, warfarin 2 x hsอาทิตย์ -F/U 1 week with CBC

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย Chest X-ray พบ Both lung perihilar infiltration ดูแลให้ O₂ cannula ดูแลพ่นยา Berodual x II ห่างกัน 15 นาที ดูแลให้ Dexamethasone vein พ่นยาต่อเนื่อง Seretide ยาละลายเสมหะ Bromhexine ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone vein รายที่ 1 EKG พบ Tachycardia และ BP สูง ดูแลให้ยา Amlodipine และ Simvastatin oral ดูแลให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน Roxithromycin มีไข้สูง ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol มีระดับ Na ต่ำ ดูแลให้ 0.9%NSS รายที่ 2 EKG พบ Atrial fibrillation (AF) with Tachycardia ดูแลให้ Amlodipine 1x1 oral pc, Enalapril 1x1 oral pc, warfarin มี BP สูง ดูแลให้ Captopril ดูแลให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน Azithromycin มีระดับ K ต่ำ ดูแลให้ E.KCl oral และผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มี I/O balance รับประทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ อาการดีขึ้นตามลำดับ ได้รับยากลับบ้านเป็นยาปฏิชีวนะรับประทานต่อเนื่อง ยาลดความดันโลหิตและยาขยายหลอดลมเหมือนกัน โดยรายที่ 1 รับยาด้านเกล็ดเลือดรักษา AF กลับบ้าน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3 วันเท่ากัน

ตารางที่ 3 สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนที่	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	1. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	1. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ 2. มีภาวะติดเชื้อที่ปอด	1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ 2. มีภาวะติดเชื้อที่ปอด



ตารางที่ 3 สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

แบบแผนที่	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (ต่อ)	3. ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้สูง	3. มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและลิ้มเลือดอุดตัน เนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Fibrillation (AF) with Tachycardia atrial fibrillation
	4. มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง	4. มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง
	5. มีภาวะ Hyponatremia	5. มีภาวะ Hypokalemia
	6. มีภาวะทุพโภชนาการ	6. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องสารน้ำสารอาหาร
3. การขับถ่าย	ไม่มี	ไม่มี
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ไม่มี	ไม่มี
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่มี	ไม่มี
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	ไม่มี	ไม่มี
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ไม่มี	ไม่มี
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	ไม่มี	ไม่มี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มี	ไม่มี
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	1. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
11. คุณค่าและความเชื่อ	ไม่มี	ไม่มี

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและประเมินผล

ระยะแรกรับ	
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ O: RR 40 bpm, ค่า EFV1 41%, สมรรถภาพปอด Severe obstruction, Wheezing+Crepitation both lung, CXR พบ both lung perihilar infiltration Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน	วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ O: RR 32 bpm, ค่า EFV1 85%, Lung มี Wheezing, CXR พบ Both lung perihilar infiltration Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน





ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและประเมินผล (ต่อ)

ระยะแรกรับ (ต่อ)	
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การพยาบาล: 1) ดูแลให้ O ₂ Cannula 3 LPM, Keep O ₂ sat >92%, 2) ดูแลให้ยาพ่น Berodual (2:2) จำนวน 1 Nebule NB stat x II ห่างกัน 15 นาทีและยา Seretide 2 puff พ่น bid 3) ดูแลให้ Dexamethasone vein 4) ดูแลให้ยาขยายหลอดลม Theodur 5) ดูแลให้ยาละลายเสมหะ Bromhexine 6) จัดผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา 7) ประเมิน V/S, O ₂ sat และอาการแสดงของภาวะ พร่องออกซิเจน 8) สอนและแนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ 9) แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ออกแรงหรือพูดโดยไม่จำเป็น 10) สอนและแนะนำวิธีใช้ยาขยายหลอดลม Seretide ที่มีประสิทธิภาพ ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน R 28-32 bpm, O ₂ sat 95% เสียง Crepitation with Wheezing ลดลง	การพยาบาล: 1) ดูแลให้ O ₂ Cannula 3 LPM, Keep O ₂ sat >92%, 2) ดูแลให้ยาพ่น Berodual (2:2) จำนวน 1 Nebule NB stat x II ห่างกัน 15 นาที และยา Seretide 2 puff พ่น bid 3) ดูแลให้ Dexamethasone vein 4) ดูแลให้ยาละลายเสมหะ Bromhexine 5) จัดผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา 6) ประเมิน V/S, O ₂ sat และอาการแสดงของภาวะ พร่องออกซิเจน 7) สอนและแนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ 8) แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ออกแรงหรือพูดโดยไม่จำเป็น 9) สอนและแนะนำวิธีใช้ยาขยายหลอดลม Seretide ที่มีประสิทธิภาพ ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน RR 26-28 bpm, O ₂ sat 96% เสียง Crepitation with Wheezing ลดลง
วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 2 มีภาวะติดเชื้อที่ปอด O: WBC 1,1500 cell/mm ³ , Lymphocyte 16%, Neutrophil 77%, Chest X-ray พบ Both lung perihilar infiltration Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อที่ปอด การพยาบาล: 1) ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gms vein OD, Roxithromycin 1x2 oral pc x 5 days 2) สอนและแนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการ หมักหมมของเชื้อโรค 3) ประเมิน V/S โดยเฉพาะ Temp. 4) แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะ 5) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วย 6) ติดตามประเมินอาการติดเชื้อแทรกซ้อนทุกระบบ 7) ติดตามผล Chest X-ray และ CBC	วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 2 มีภาวะติดเชื้อที่ปอด O: Lymphocyte 16%, Chest X-ray พบ Both lung perihilar infiltration Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อที่ปอด การพยาบาล: 1) ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gms vein OD, Azithromycin 2x1 oral pc x 5 days 2) สอนและแนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการ หมักหมมของเชื้อโรค 3) ประเมิน V/S โดยเฉพาะ Temp. 4) แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะ 5) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วย 6) ติดตามประเมินอาการติดเชื้อแทรกซ้อนทุกระบบ 7) ติดตามผล Chest X-ray และ CBC



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและประเมินผล (ต่อ)

ระยะแรกรับ (ต่อ)	
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ Chest X-ray พบ Improve Pneumonia	ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ Chest X-ray พบ Improve Pneumonia
วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้สูง O: Temp 39.7°C, EKG พบ Tachycardia Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและไข้ลดลง การพยาบาล: 1) ดูแลให้ยา Paracetamol (500) 1 tab prn q 4-6 hr 2) เช็ดตัวลดไข้ ใช้เวลา ประมาณ 15 นาที 3) แนะนำวิธีการเช็ดตัวลดไข้ให้แก่ญาติ 4) ประเมิน V/S ทุก 4 ชม. โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายและชีพจร 5) จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก งดการให้พลังงานและการเผาผลาญ อันจะส่งผลให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ประเมินผล: ผู้ป่วยมีไข้ลดลง สุขสบายขึ้น Temp 36.9-37.7°C, P 96-102 bpm	วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและลิ้นเลือดอุดตัน เนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Fibrillation (AF) with Tachycardia atrial fibrillation O: EKG พบ AF with Tachycardia Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว การพยาบาล: 1) ดูแลให้ O ₂ Cannula 3 LPM 2) ดูแลให้ยา Amiodarone vein drip เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ 3) ดูแลให้ยา Warfarin เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ 4) สังเกตอาการ CHF ได้แก่ แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ และปัสสาวะออกน้อย 5) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดการใช้ออกซิเจน 6) จำกัดน้ำดื่มและบันทึกสารน้ำเข้าออก ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ CHF, HR ลดลง และ EKG ไม่พบ AF
วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 4 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล S: ญาติถามว่า “คุณตาจะเป็นอันตรายไหม” Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล การพยาบาล: 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และมีท่าที่เป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และตอบข้อซักถามด้วยวาจาที่สุภาพ 3) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค และแผนการรักษาของแพทย์ 4) เปิดโอกาสให้พบแพทย์ และเป็นสื่อกลางในการพูดคุยระหว่างญาติกับแพทย์	วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 4 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล S: ญาติถามว่า “คุณตาจะหายเป็นปกติไหม” Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล การพยาบาล: 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และมีท่าที่เป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และตอบข้อซักถามด้วยวาจาที่สุภาพ 3) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค และแผนการรักษาของแพทย์ 4) เปิดโอกาสให้พบแพทย์ และเป็นสื่อกลางในการพูดคุยระหว่างญาติกับแพทย์



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและประเมินผล (ต่อ)

ระยะแรกรับ (ต่อ)	
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล หน้าตาแจ่มใสขึ้น และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคครั้งนี้	ประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล หน้าตาแจ่มใสขึ้น และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคครั้งนี้
ระยะต่อเนื่อง	
วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง O: BP สูง โดยไม่มีประวัติ ช่วงของ BP 136/82-152/89 mmHg Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก การพยาบาล: 1) ดูแลให้ยา Amlodipine 1x1 oral pc และ Simvastatin 1x1 oral hs พร้อมกับสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ไอ คอแห้ง ใจสั่น 2) ประเมิน V/S โดยเฉพาะ BP 3) ให้ผู้ป่วย Bed rest ราบกวนน้อยที่สุด 4) ควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม 5) บันทึกและติดตาม I/O ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการเลือดออกในสมอง ระดับ BP 122/78-136/82 mmHg	วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง O: มีประวัติเป็น HT ช่วงของ BP 135/83-148/104 mmHg Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก การพยาบาล: 1) ดูแลให้ยา Captopril 1 tab oral stat 2) ดูแลให้ยา Amlodipine 1x1 oral pc, Enalapril 1x1 oral pc พร้อมกับสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ไอ คอแห้ง ใจสั่น 3) ประเมิน V/S โดยเฉพาะ BP 4) ให้ผู้ป่วย Bed rest ราบกวนน้อยที่สุด 5) ควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม 6) บันทึกและติดตาม I/O ประเมินผล: ผู้ป่วยมีไม่อาการเลือดออกในสมอง ระดับ BP 122/70-135/90 mmHg
วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 2 มีภาวะ Hyponatremia O: Na 129 mmol/L Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hyponatremia การพยาบาล: 1) ดูแลให้ 0.9%NSS vein drip 60 ml/hr 2) ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากกินอาหาร 3) ประเมินภาวะ Hyponatremia ได้แก่ ปากแห้งคอแห้ง กล้ามเนื้อกระตุก คลื่นไส้อาเจียน อ่อนล้า 4) บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย 5) ติดตามผลการตรวจเลือดหา Sodium	วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 2 มีภาวะ Hypokalemia O: K 2.9 mmol/L Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypokalemia การพยาบาล: 1) ดูแลให้ E.KCL 30 ml oral x II q 3 hr 2) ประเมินอาการ Hypokalemia ได้แก่ อึดการเต้นหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเกร็งตะคริวและท้องอืด/ท้องผูก 3) ดูแลให้ 0.9%NSS KVO เพื่อตั้ง K กลับ 4) บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย 5) ติดตามผลการตรวจเลือดหา Potassium



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและประเมินผล (ต่อ)

ระยยะต่อเนื่อง (ต่อ)	
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hyponatremia ค่า Na 139 mmol/L ในวันต่อมา	ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypokalemia ค่า K 4.2 mmol/L ในวันต่อมา
วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 3 มีภาวะทุพโภชนาการ O: BMI 17.77 kg/m ² , Hct 33%, Hb 10.4mg/dL, MCHC 31.8 g/dL และ เบื่ออาหาร Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ การพยาบาล: 1) อธิบายข้อมูลพยาธิสภาพของโรคต่อภาวะทุพโภชนาการ 2) อธิบายผลดีของการรับประทานอาหารขณะเจ็บป่วย 3) แนะนำให้ทำความสะอาดปากและฟัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร 4) จัดอาหารให้ผู้ป่วยโดยเน้นโปรตีนและธาตุเหล็ก เพื่อเสริมสร้างการสร้าง RBC 5) ชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อประเมินน้ำหนักและคำนวณ BMI ประเมินผล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้พอควร น้ำหนักก่อนจำหน่าย ลดลงจาก 40 kg เหลือ 39 kg ซึ่งเน้นให้คำแนะนำการรับประทานอาหารก่อนจำหน่าย	วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะพร่องสารน้ำ สารอาหาร O: การหายใจหอบและติดเชื้ ทำให้เกิดการสลายพลังงานมากขึ้น Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ การพยาบาล: 1) อธิบายข้อมูลพยาธิสภาพของโรคต่อการขาดสารน้ำสารอาหาร 2) อธิบายผลดีของการรับประทานอาหารขณะเจ็บป่วย 3) แนะนำให้ทำความสะอาดปากและฟัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร 4) จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้บริการ และไม่เป็นอาหารรสเค็ม 5) ชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อประเมินว่าน้ำหนักขึ้นจากสาเหตุโรค CHF หรือเพิ่มปกติ ประเมินผล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้พอควร น้ำหนักก่อนจำหน่ายลดลงจาก 75 kg เหลือ 74 kg ซึ่งเน้นให้คำแนะนำความสำคัญของสารอาหาร
ระยยะก่อนจำหน่าย	
วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 1 ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน O: ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพ COPD แต่ไม่สามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบได้ Obj: เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	วินิจฉัยปัญหาข้อที่ 1 ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน O: ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพ COPD แต่ไม่สามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบได้ Obj: เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและประเมินผล (ต่อ)

ระยะก่อนจำหน่าย (ต่อ)	
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การพยาบาล: ดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้หลัก DMETHOD ได้แก่ D: ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค COPD ที่มีภาวะ AE ครั้งนี้มีปัจจัยมาจากการเป็น Pneumonia M: แนะนำการใช้ยา Continuous Roxithromycin 1x2 oral pc ให้ครบ 5 วัน Seretide 2 puff พ่น bid, Amlodipine 1x1 oral pc, Bromhexine 1x3 oral pc โดยรับประทานยาและพ่นยาอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ AE อันจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และรักษาความดันโลหิต E: แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมโรค COPD ทั้งฝุ่นละอองและสัตว์เลี้ยงที่มีขน และความสะอาดและถูกสุขลักษณะของสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในสูงอายุ T: แนะนำการดูแลเบื้องต้น เช่น การพ่นยาและการดูแลตนเองขณะมีอาการหอบ การไอเพื่อขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ การเช็ดตัวลดไข้ การรับประทานยาลดไข้ H: การส่งเสริมสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อาการ COPD กำเริบ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพปอด ทำจิตใจและอารมณ์ให้ผ่อนคลาย ทำจิตใจให้เบิกบาน ทำงานอดิเรกนั่งสมาธิฟังเพลง เพื่อลดภาวะเครียด รวมถึงงดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด O: การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามภาวะติดเชื้อที่ปอด และไปรับยาตามนัดที่คลินิก COPD และแนะนำหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการเรียกรถ 1669 ถ้าเกิดฉุกเฉิน D: แนะนำอาหารครบ 5 หมู่ สำหรับผู้ป่วย HT โดยเน้นการลดอาหาร หวาน มัน เค็ม แต่เน้นการเพิ่มพลังงานจากโปรตีนเนื้อปลาและโปรตีนตระกูลถั่ว การดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร เพื่อขับเสมหะ งดชา กาแฟ น้ำหวาน น้ำอัดลม เน้นการรับประทานผักและผลไม้ทุกชนิด	การพยาบาล: ดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้หลัก DMETHOD ได้แก่ D: ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค COPD ซึ่งถ้าเป็นมานานและไม่ควบคุม จะทำให้เกิด ภาวะ AF M: แนะนำการใช้ยา Continuous Azithromycin 2x1 oral pc ให้ครบ 5 วัน Seretide 2 puff พ่น bid, Amlodipine 1x1 oral pc, Enalapril 1x1 oral pc, Bromhexine 1x3 oral pc, warfarin 1 x hs จันทร-เสาร์, warfarin 2 x hs อาทิตย์ โดยเน้นยาพ่นและควบคุมดันโลหิต รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจาก warfarin E: แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมโรค COPD ทั้งฝุ่นละอองและสัตว์เลี้ยงที่มีขน และความสะอาดและถูกสุขลักษณะของสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในสูงอายุ T: แนะนำการดูแลเบื้องต้น เช่น การพ่นยาและการดูแลตนเองขณะมีอาการหอบ การไอเพื่อขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ การเช็ดตัวลดไข้ การรับประทานยาลดไข้ H: การส่งเสริมสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อาการ COPD กำเริบ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพปอด ทำจิตใจและอารมณ์ให้ผ่อนคลาย ทำจิตใจให้เบิกบาน ทำงานอดิเรกนั่งสมาธิฟังเพลง เพื่อลดภาวะเครียด รวมถึงงดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด O: การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามภาวะติดเชื้อที่ปอด และไปรับยาตามนัดที่คลินิก COPD และแนะนำหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการเรียกรถ 1669 ถ้าเกิดฉุกเฉิน D: แนะนำอาหารครบ 5 หมู่ สำหรับผู้ป่วย HT โดยเน้นการลดอาหาร หวาน มัน เค็ม แต่เน้นการเพิ่มพลังงานจากโปรตีนเนื้อปลาและโปรตีนตระกูลถั่ว การดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร เพื่อขับเสมหะ งดชา กาแฟ น้ำหวาน น้ำอัดลม เน้นการรับประทานผักและผลไม้ทุกชนิด



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและประเมินผล (ต่อ)

ระยะก่อนจำหน่าย (ต่อ)	
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกลับเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ เเสบพล้นช้าบ่อยๆ และรับรู้ถึงการดูแลตนเองขณะเป็น โรคความดันโลหิตด้วย	ประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกลับเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ เเสบพล้นช้าบ่อยๆ เข้าใจในการป้องกันการเกิด PA Hypertension และ Right-sided heart failure และ รับรู้ถึงการดูแลตนเองขณะเป็นโรคความดันโลหิตด้วย

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในระยะแรกได้รับ มีวินิจัยการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ 1) มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ ดูแลให้ O₂ Cannula ดูแลให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual และยา Seretide ดูแลให้ยาต้านการอักเสบ Dexamethasone ยาละลายเสมหะ Bromhexine สอนและแนะนำการไอขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ 2) มีภาวะติดเชื้อที่ปอด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะแบบฉีด Ceftriaxone และยาปฏิชีวนะแบบรับประทาน ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ติดตามประเมินอาการติดเชื้อแทรกซ้อน ผล Chest X-ray และ CBC ส่วนปัญหาข้อที่ 3 ในระยะนี้ รายที่ 1 พบว่า ไม่สุขสบายเนื่องจากไอสูง ดูแลให้ยา Paracetamol เช็ดตัวลดไข้พร้อมแนะนำญาติผู้ป่วย ดูแลให้พักผ่อนและลดการใช้พลังงาน ส่วนรายที่ 2 พบว่า มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ ดูแลให้ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ Amiodarone ยาต้านเกล็ดเลือดป้องกันการหลอดเลือดหัวใจ Warfarin สังเกตอาการภาวะหัวใจวาย ได้แก่ แขนงหน้าอก นอนราบไม่ได้ และปัสสาวะออกน้อย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดการใช้ออกซิเจน จำกัดน้ำดื่มและบันทึกสารน้ำเข้าออก ระยะต่อเนื่อง ปัญหาที่เหมือนกันคือ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ดูแลให้ยา Amlodipine รายที่ 1 เพิ่มการดูแลให้ยา Simvastatin รายที่ 2 เพิ่มการดูแลให้ยา Captopril และ Enalapril ดูแลให้ผู้ป่วยทั้ง 2 Bed rest รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และติดตาม I/O ส่วนปัญหาข้อ 2 มีความแตกต่างโดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Hyponatremia ดูแลให้ 0.9%NSS vein ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ประเมินภาวะ Hyponatremia ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง กล้ามเนื้อกระตุก คลื่นไส้อาเจียน อ่อนล้า ติดตาม I/O และระดับ Sodium รายที่ 2 มีภาวะ Hypokalemia ดูแลให้ E.KCL ประเมินภาวะ Hypokalemia ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเกร็ง ตะคริว และท้องอืด/ท้องผูก ดูแลให้ 0.9%NSS เพื่อดึง K กลับ ติดตาม I/O และระดับ Potassium และปัญหาข้อที่ 3 รายที่ 1 มีภาวะทุพโภชนาการ และรายที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะพร่องสารน้ำสารอาหาร การพยาบาลเหมือนกันคืออธิบายข้อมูลพยาธิสภาพของโรคต่อภาวะทุพโภชนาการ อธิบายผลดีของการรับประทานอาหารขณะเจ็บป่วย การทำความสะอาดปากและฟัน เน้นโปรตีน ชั่งน้ำหนักทุกวันเพื่อประเมินน้ำหนักในระยะก่อนจำหน่าย วางแผนการจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในระยะโรคสงบและป้องกันการเกิด COPD กำเริบซ้ำ ด้วยการใช้นวัตกรรม DMETHOD โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพปอด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การรับประทานยาและการพ่นยาตามแผนการรักษา



อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยโรค COPD ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน พบประเด็นสำคัญจากการให้การพยาบาล ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และที่สำคัญคือความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา พยาบาลต้องมีความเข้าใจถึงการพยาบาลผู้ป่วย COPD ระยะเฉียบพลันหรือกำเริบว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยต้องให้ออกซิเจนตามความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น O₂ cannula และพ่นยาขยายหลอดลม พร้อมทั้งต้องประเมินเสียงผิดปกติของลมผ่านปอดเพื่อประเมินการขยายหลอดลม ร่วมกับการฉีดยา Dexa เพื่อลดบวมของหลอดลมเพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่งซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพลอยศุภางค์ ชุ่มสระน้อย⁸ และการศึกษาของบุญสว่าง พิลาสภา⁹ 2) ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดการกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันครั้งนี้ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นนี้ และสามารถให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็วเพื่อลด Toxin ของเชื้อแบคทีเรียในร่างกายที่กระตุ้นการสร้างเยื่อเมือกให้อุดตันทางเดินหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบายของนภารัตน์ อมรพุมิสถาพร¹ และ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease¹⁰ 3) โรค COPD มักเกิดภาวะแทรกซ้อนกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน คือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะความดันโลหิตสูง พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ และสามารถให้การพยาบาลโดยดูแลให้ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องและทัน่วงที เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิตผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพลอยศุภางค์ ชุ่มสระน้อย⁸ 4) การวางแผนการจำหน่ายโดยเน้นการฟื้นฟูสภาพปอด และการดูแลตนเองเพื่อให้โรคสงบ พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำและสอนสาธิตให้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยสามารถทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดได้หลายวิธี ได้แก่ การจัดทำเพื่อระบายเสมหะ การฝึกการหายใจเพื่อลดอาการเหนื่อย การออกกำลังกาย การบริหารร่างกายทั่วไป การบริหารเฉพาะส่วน การทำโยคะ กายภาพบำบัดทรวงอก เช่น เทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางการให้การรักษาทายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแผนกกายภาพบำบัด สถาบันโรคทรวงอก¹¹ และการศึกษาของ Min Zhang และคณะ¹² ทั้งนี้กิจกรรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานของปอดได้ รักษาตนเองให้โรคอยู่ในระยะสงบได้ตลอดไป

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจะต้องได้รับยาพ่นขยายหลอดลมและยาต้านการอักเสบเพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง การให้ออกซิเจนเพื่อบำบัด และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดสาเหตุของการเกิดมีอาการกำเริบ รวมถึงการดูแลภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสิ่งสำคัญคือการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในเรื่องการหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดภาวะติดเชื้อ เช่น การอยู่ในที่แออัด หลีกเลี่ยงผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจและการใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในกลุ่มคนจำนวนมากและแออัด เพื่อป้องกันอาการกำเริบ

**ข้อเสนอแนะ**

จากการพยาบาลผู้ป่วยโรค COPD ที่มีอาการกำเริบ ทั้ง 2 ราย มีประเด็นที่เป็นข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1) การสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้รับออกซิเจนแบบ Cannula เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางการให้ออกซิเจนเป็นแนวทางเดียวกัน 2) การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากโรค COPD ที่มีอาการกำเริบ 3) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะโรคสงบ 4) สร้างระบบการส่งตัวผู้ป่วย โรค COPD กลับบ้าน และประสานหน่วยงานปฐมภูมิใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือ PCU เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) สร้างแผนพบสำหรับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรค COPD ต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีช่องทางในการหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และ 6) สร้างแผนพบสำหรับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยมีช่องทางในการหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

1. นภรัตน์ อมรพนิษฐาพร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicin_ebook1/COPD.pdf
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2565.
3. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2023 [Cited 2023 Oct 26]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
4. Cheng SL, Lin CH. COPD Guidelines in the Asia-Pacific regions: Similarities and differences. Diagnostics 2021; 11(7): 1153. doi: 10.3390/diagnostics11071153. PubMed PMID: 34202503.
5. กรมการแพทย์. รายงานสถานะสุขภาพข้อมูลกลางสารสนเทศ ในสังกัดกรม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://medinfo.dms.go.th/public-health/sta_report.php
6. วัชร บัญสวัสดิ์. Asthma and COPD: similarities and differences [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://cimjournal.com/pulmo-conference/asthma-and-copd/>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาร่วมกับโรงพยาบาลพะเยา. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/40137.pdf>
8. พลอยศุภางค์ ชุ่มสระน้อย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา กรกฎาคม-กันยายน 2564; 6(3): 51-4.
9. บุญสว่าง พิลาโสภา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา มกราคม-มีนาคม 2566; 8(1): 232-43.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2022 Report [Internet]. 2021 [Cited 2023 Oct 26]. Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf



11. แผนกายภาพบำบัด สถาบันโรคทรวงอก. แนวทางการให้การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ccit.go.th/lung/document/COPD+Home.pdf>
12. Zhang M, Xv G, Luo C, Meng D, Ji Y. Qigong Yi Jinjing Promotes Pulmonary Function, Physical Activity, Quality of Life and Emotion Regulation Self-Efficacy in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pilot Study. J Altern Complement Med 2016; 22(10): 810-7. doi: 10.1089/acm.2015.0224. PubMed PMID: 27487437.

