



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับภาวะฝืนปอด

เจตนา ใจรัก *

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของประชากรทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2000 มีผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิตประมาณ 2,750,000 คน เป็นอัตราการตาย ร้อยละ 4.8 และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของโลก สำหรับในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คนต่อประชากร 100,000 คน จัดเป็นโรคสำคัญลำดับที่ 5 ของประเทศไทย¹

จากสถิติโรงพยาบาลชยันตนาธนเรนทร มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2564 - 2566 จำนวน 311 ราย 325 ราย และ 396 รายตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 140 ราย 188 รายและ 230 รายตามลำดับ² ซึ่งจากสถิติพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเป็นแล้ว มีการอุดกั้นหลอดลมไม่สามารถแก้ไขให้กลับเป็นปกติได้ ซึ่งอาการจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอุดกั้นของหลอดลม พยาบาลเป็นวิชาชีพมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ขณะอาการกำเริบและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เมื่ออาการสงบ³ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญ ในการแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับภาวะฝืนปอดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจร่างกายและวินิจฉัยโรคได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับภาวะฝืนปอด

คำจำกัดความ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยโรค 2 โรค ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชยันตนาธนเรนทร

พยาธิสภาพ

การอุดกั้นทางเดินหายใจแบ่งออกเป็น 2 ส่วนเกิดจากถุงลมปอดโป่งพองทำให้แรงดันลมออกจากปอดลดลงและแรงดึงต่างหลอดลมลดลง เป็นผลให้หลอดลมแฟบลงเวลาหายใจออก และส่วนที่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ส่วนของหลอดลมที่มีการอักเสบ และเกิดผนังหลอดลมบวม หลอดลมหดตัน และมีเสมหะอุดตันที่กระตุ้นให้มีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ซึ่งเมื่อเซลล์เม็ดเลือดขาวดังกล่าวถูกกระตุ้นจะมีการสร้างและหลั่ง Cytokines อย่างต่อเนื่อง⁴ ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ มีการตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสียการยืดหยุ่นของเนื้อปอด เกิดการจำกัดการไหลของอากาศ และมีอากาศค้างในปอด เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำตามมา เมื่อผู้ป่วยมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำเป็นเวลานาน จะมีผลทำให้หลอดเลือดปอดเกิดการหดตัว และเกิดความดันในหลอดเลือดปอดสูง ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างขวาขยายขนาดใหญ่ และหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Cor pulmonale) ในที่สุด

ปัจจัยเสี่ยง

1. การขาดสาร Alpha - 1 antitrypsin ซึ่งเป็นภาวะที่ติดต่อกันทางพันธุกรรมแต่พบได้น้อยกว่าร้อยละ 10
2. ปัจจัยด้านอายุ โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า
3. ปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า
4. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ประวัติการป่วยเป็นวัณโรคปอด ส่วนปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วย ได้แก่ ควันบุหรี่ การสัมผัสฝุ่นและสารเคมีจากการประกอบอาชีพและมลภาวะ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิงชีวมวล⁵

ระบาดวิทยา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการตายและความพิการที่สำคัญ โรคนี้มักจะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 8 - 10 เท่า เนื่องจากผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง⁶

อาการและอาการแสดง

อาการของโรคนี้จะรุนแรงขึ้นตามระยะ ซึ่งในระยะแรก ๆ อาจไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยความรุนแรงของอาการนี้ขึ้นอยู่กับความเสียหายของปอด โดยอาการที่พบบ่อย มีดังนี้ อาการไอเรื้อรัง และมีเสมหะ โดยเฉพาะในช่วงเวลาเช้าหลังตื่นนอน อาการหอบเหนื่อย เวลาทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะเวลาที่ออกแรง หายใจได้ลำบาก แน่นหน้าอก และมีเสียงหวีดได้ในลำคอ เกิดการติดเชื้อที่ปอดได้บ่อย ๆ และอาการอื่น ๆ อาจเกิดขึ้นได้ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้น

เช่น ไอเป็นเลือด ปากและเล็บเป็นสีม่วง เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด แขน ขา หรือข้อเท้าบวม หากมีอาการเหล่านี้ ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไป

ภาวะแทรกซ้อน

1. ภาวะความดันโลหิตเลือดปอดสูง
2. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
3. โรคหัวใจ ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
4. โรคกระดูกพรุนเนื่องจากได้รับยาสเตียรอยด์
5. ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ
6. มะเร็งปอดเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกับหลายสาเหตุ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่
7. โรคซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกหดหู่ เครียดจนเกิดอารมณ์ทางด้านลบที่ก่อให้เกิดโรค

ซึมเศร้า

การรักษา

1. การกำจัดเสมหะ จะช่วยให้มีเสมหะค้างอยู่ในหลอดลมน้อยลง ช่องของหลอดลมจะใหญ่ขึ้น ช่วยลดแรงที่ใช้ในการหายใจ และยังช่วยลดการติดเชื้อในหลอดลม
2. การให้ออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด
3. การให้ยาขยายหลอดลม
4. การให้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic)
5. การให้ยาจำพวกสเตียรอยด์
6. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ไอและมีเสมหะในหลอดลมมากขึ้นจากมลพิษทางอากาศ ทำให้ระคายเคืองหลอดลม หัวใจวาย เลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น

สรุปสาระสำคัญของการศึกษากรณีตัวอย่าง

กรณีศึกษาชายไทยอายุ 60 ปี รูปร่างผอม สูง ผิวสองสี น้ำหนัก 46 กิโลกรัม สูง 175 เซนติเมตร สถานภาพแยก ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ

อาการสำคัญ

ไอ ไอมีเสมหะมากขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

อาการปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยง่าย เดินได้ไม่ถึง 100 เมตร ต้องหยุดพัก ไอบางครั้งต้องพ่นยาฉุกเฉินเกือบทุกครั้ง ที่เปลี่ยนอิริยาบถ 1 วันก่อนมามีเสมหะเหนียว มีไข้หนาวสั่น เวลากลางคืน ยังไม่ได้รับการรักษาที่ไหน

ประวัติส่วนตัวและประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 - 50 ปี เฉลี่ยวันละ 20 มวน เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทรา 4 ปี ผู้ป่วยต้องพ่นยาฉุกเฉินเกือบทุกครั้ง ที่เปลี่ยนอริยาบถ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่อยากออกไปไหนหรือทำอะไร แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตัวเองได้ อยู่บ้านกับบุตร ภรรยาแยกทางกัน บ่นท้อแท้ เบื่อหน่ายตัวเอง ที่ต้องเป็นภาระของลูก มารับตรวจตามนัดต่อเนื่อง ถ้าเหนื่อยมากจะให้ญาติมารับยาแทน บางครั้งซื้อยาพ่นเพิ่มเอง เนื่องจากยาพ่นหมดก่อนนัด

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนผิดปกติ 6 แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลจากการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ต้องพ่นยาฉุกเฉินเกือบทุกครั้ง ที่เปลี่ยนอริยาบถ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยรูปร่างผอม ดัชนีมวลกาย 15.02 รับประทานอาหารครั้งละ 3 - 4 ช้อน ครบ 3 มื้อ

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มศักยภาพ มีอาการเหนื่อยไม่สามารถออกกำลังกายได้

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย พักผ่อนได้น้อยลง วันละ 4 - 5 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยบ่นท้อแท้ เป็นภาระของลูก

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวการเผชิญกับความเครียด ผู้ป่วยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ บ่นท้อแท้ เบื่อหน่ายตัวเอง รู้สึกว่าตนเป็นภาระกับลูกมาก เนื่องจากลูกเป็นผู้หารายได้หลัก

อาการและอาการแสดง

แรกเริ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ มีอาการเหนื่อย ไม่หอบ ไอมีเสมหะสีขาวข้น สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที ชีพจร 150 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/60 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด = 92% แพทย์ให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยให้ยาพ่นขยายหลอดลม และรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แรกเริ่มที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย มีไข้ต่ำ ๆ ไอ มีเสมหะสีขาวเป็นพัก ๆ การตรวจร่างกาย ฟังปอดมีเสียง Wheezing และ Crepitation ทั้งสองข้าง มี barrel - shape ได้รับการรักษา ดังนี้ Berodual (1 : 3) NB ทุก 20 นาที 3 ครั้ง Dexamethasone 8 mg. IV stat ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, Bun, Cr, Electrolyte, LFT, EKG 12 lead, CXR A - P, Sputum AFB x 3 วัน NPO ยกเว้นยา ระหว่างเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

ทำตามสั่งได้ ยังมีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 - 30 ครั้งต่อนาที แพทย์สั่งให้ On HFNC F 60 T 34 FiO₂ 0.4 keep SpO₂ 92% ออกซิเจนในเลือด 96% ดูแลจัดทำอนศิริระสูง 30 - 45 องศา ไอ มีเสมหะสีขาว ฟังปอดมีเสียง Wheezing ทั้ง 2 ข้าง ดูแลพ่นยา Berodual (1 : 3) NB prn. ทุก 6 ชั่วโมง แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่ม และ CT CHEST พบ Necrotizing pneumonia involving entire RUL. Pulmonary emphysema with a large emphysema/bleb at LUL ผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย เวลาถูกนั่งบนเตียง อ่อนเพลีย ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ปัสสาวะสีเหลืองใสออก 1,200 ml ใน 24 ชั่วโมง ติดตามผล BUN. = 33 mg/dl Cr. = 1.50 mg/dl ผู้ป่วยนอนหลับได้ 5 - 6 ชั่วโมง

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายภายหลังเข้ารับการรักษา 9 วัน ผู้ป่วยสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันได้ เริ่มลงข้างเตียงได้ หายใจ room air ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไอนาน ๆ ครั้ง ไม่มีเสมหะ ออกซิเจนในเลือด 97% พักผ่อนได้ แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน นัดตรวจ หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ เหนื่อยน้อยลง พ่นยาได้ถูกวิธีและใช้ยาพ่นฉุกเฉินน้อยครั้งลง พุคคุยระบายความรู้สึกกับลูกมากขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น เป็นมี้อละ 8 - 10 ซ่อน น้ำหนักขึ้น 3 กิโลกรัม ผลตรวจเลือดปกติ สัญญาณชีพปกติ ออกซิเจนในเลือด = 100%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ณ งานผู้ป่วยนอก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพ ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการมีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อยเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถเดินได้ไม่ถึง 100 เมตร ต้องหยุดพักเป็นระยะ”
2. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อย หอบ ไอมีเสมหะสีขาวข้นมากขึ้น 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล
3. อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที ชีพจร 150 ครั้งต่อนาที ออกซิเจนในเลือด = 92 - 96%
4. ปอดมีเสียง Wheezing และ Crepitation ทั้งสองข้าง มี barrel - shape

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ไม่เกิดภาวะ Cyanosis
เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับออกซิเจนในเลือดปลายนิ้วไม่น้อยกว่า 97% หายใจ 20 - 24 ครั้งต่อนาที
2. ผู้ป่วยไอลดลงและมีเสมหะลดลง
3. ไม่มีภาวะ Cyanosis ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ผิวน้ำงอุน ไม่มีภาวะเขียวคล้ำ และเชื่อบุเป็น

สีชมพู ไม่มีอาการสับสนหรือกระสับกระส่าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและประเมินอัตราการหายใจ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง เพราะการพักผ่อนบนเตียงจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ทำให้อาการเหนื่อยอ่อนเพลียลดลง
3. แนะนำผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจ
4. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพราะการไออย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ลดการคั่งของเสมหะที่ปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้เพิ่มขึ้น
5. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพราะการประเมินสัญญาณชีพจะช่วยให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน
6. ถ้าผู้ป่วยมีอาการขาดออกซิเจนมาก ติดตามสังเกตการทำหน้าที่ของไต เพราะไตอาจเสียหายที่จากการขาดออกซิเจน และการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
8. ติดตามระดับอุณหภูมิร่างกาย

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีภาวะ Cyanosis หายใจเหนื่อยเป็นพัก ๆ ไม่มีอาการหอบ ไอ มีเสมหะสีขาว ผู้ป่วยได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้เนื่องจากการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการตัวร้อน มีไข้ อุณหภูมิแรกรับ 37.7 องศาเซลเซียส
2. แรกรับ CBC พบ WBC, Neutrophil และ Lymphocyte สูงกว่าปกติ
3. ผู้ป่วยไอ มีเสมหะสีขาวข้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดไข้ให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายปกติ
2. เพื่อลดการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายปกติ ระหว่าง 36.3 - 37.4 องศาเซลเซียส
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า WBC อยู่ระหว่าง 400000 - 600000 uL

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดเชื้อในร่างกาย

2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนลดการเผาผลาญ
3. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วยเมื่อมีไข้ 38 องศาเซลเซียส และให้ยาตามแผนการรักษาของ

แพทย์ คือ Paracetamol

4. ขณะผู้ป่วยมีไข้ หากมีอาการหนาวสั่น ดูแลรักษาความอบอุ่นของร่างกาย
5. ดูแล Check vital sign ทุก 4 ชั่วโมง
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Ceftriazone 1 gm vein OD ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อลดลง
ขอวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
(ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย จำนวน 3 ครั้งก่อนจำหน่าย)

ขอวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากไม่สามารถทำทางเดิน
การหายใจให้โล่งจากทางเดินหายใจถูกอุดกั้นจากการคั่งค้างของเสมหะมาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ฟังปอดมีเสียง Wheezing ทั้งสองข้าง
2. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย มีใจต่ำ ๆ ไอมีเสมหะ
3. อัตราการหายใจ 28 - 30 ครั้งต่อนาที
4. On HFNC F60 T 34 FiO₂ 0.4 keep SpO₂ 92%
5. ออกซิเจนในเลือด 96 %

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการไอลด ปริมาณเสมหะลดลง ฟังปอดปกติ ไม่มีเสียง Wheezing
2. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20 - 24 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
2. สังเกตลักษณะการไอ การอุดกั้นทางเดินหายใจ ลักษณะของเสมหะ
3. จัดให้ออนในท่าศีรษะสูง
4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ
5. ดูแลให้ออกซิเจน HFNC F60 T 34 FiO₂ 0.4 keep SpO₂ 92%
6. กระตุ้นให้อาบน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ

7. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่าหรือเดิน ไปนั่งที่เก้าอี้ และสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบหรือไม่

8. ประเมินสัญญาณชีพ ติดตามจังหวะการเต้นของหัวใจทุกชั่วโมง

9. สังเกตสีของผิวหนัง อัตราการหายใจ เสียงปอด ติดตามฟังเสียงปอด ทุก 4 ชั่วโมง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจปกติ 20 - 24 ครั้ง/นาที เหนื่อยเวลาไอเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย อัตราการหายใจ 28 - 30 ครั้งต่อนาที แพทย์สั่งให้ O_2 HFNC F60 T 34 FiO_2 0.4 keep SpO_2 92% ออกซิเจนในเลือด 96 % ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา ไอ เสมหะสีขาว ฟังปอดยังมีเสียง Wheezing ทั้ง 2 ข้าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ความทนทานต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากอ่อนเพลีย หายใจลำบากและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

4 ปีก่อน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องพ่นยาฉุกเฉินเกือบทุกครั้งที่เปลี่ยนอิริยาบถ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้คล้ายปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้คล้ายปกติ สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม โดยประเมินจากอาการ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น หอบหายใจตื้น หายใจแรง เหงื่อออก สีผิวเปลี่ยน

2. สอบถามผู้ป่วยและขอจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด

3. ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ออกแรงน้อยและช่วยปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ไหว

4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ นอนในท่าที่สบายอากาศถ่ายเทได้ดี

5. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง

6. ดูแลให้ออกซิเจน HFNC F60 T 34 FiO_2 0.4 keep SpO_2 92%

การประเมินผล

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ภายหลังจากเข้ารับการรักษา 9 วัน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เริ่มลงข้างเตียงได้ หายใจ room air ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไอนาน ๆ ครั้ง ไม่มีเสมหะ ออกซิเจนในเลือด 97% พักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีไข้ ไอมีเสมหะ
2. CT CHEST พบ Necrotizing pneumonia involving entire RUL. Pulmonary emphysema with a large emphysema/bleb at LUL

วัตถุประสงค์

เพื่อลดภาวะติดเชื้อที่ปอดและป้องกันการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายปกติ
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า WBC และ CHEST ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic และ Sterile technique
4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriazone 2 gm IV drip OD, Azitromycin 250 mg 2 tab oral stat
5. ติดตามผลการส่งสิ่งคัดหลั่งตรวจเพาะเชื้อและผล CXR เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เริ่มลงข้างเตียงได้ หายใจ room air ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไอนาน ๆ ครั้ง ไม่มีเสมหะ ออกซิเจนในเลือด 97% พักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับอาการของโรคเนื่องจากมีอาการรุนแรงมากขึ้น
2. ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายตัวเอง ที่ต้องเป็นภาระของลูก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ลดความวิตกกังวลสามารถเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง
2. ผู้ป่วยและญาติบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานยา การบริหารการหายใจ การควบคุมและป้องกันการกำเริบของโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย
2. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของ ผู้ป่วย เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติซักถาม
3. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความผิดปกติของการหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ การปรับตัวในเรื่องการทำกิจกรรมต่าง ๆ วิธีการรักษาการไอหืด ฤทธิ์และพิษข้างเคียงของยา การระบายเสมหะ การบริหารการหายใจ เทคนิคการไอที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจว่า จะดูแลตนเองได้เมื่อเกิดปัญหาขึ้น
4. สอนวิธีการฟื้นฟูสภาพ ให้กำลังใจผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยา การบริหารการหายใจ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อได้ดี

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้ติดตามและประสานงานกับเจ้าหน้าที่งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ร่วมกัน โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับการสอนการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยยึดหลัก METHOD กับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

M : Medication (การรับประทานยา) แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่องตามแผน

E : Environment (การจัดการสิ่งแวดล้อม) แนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดเป็น ระเบียบ หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีฝุ่นและสิ่งกระตุ้น

T : Treatment (การปฏิบัติตามแผนการรักษา) คำแนะนำเกี่ยวกับ โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ซึ่งสอดคล้อง กับแผนการรักษาของแพทย์

H : Health (สุขภาพ) อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพและโรคที่เป็นอยู่ แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน

O : Out Patient Referral แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามวันเวลาที่แพทย์นัด

D : Diet (การรับประทานอาหาร) การเลือกอาหารที่ให้ประโยชน์และเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการใช้ยาพ่นยาและการควบคุมอาการ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติการไอหืดว่ายาพ่นหมดก่อนนัด บางครั้งต้องซื้อยาพ่นเอง พ่นยาแล้ว อาการไม่ทุเลาเนื่องจากผู้ป่วยยังไอหืดพ่นไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถเข้าใจพันควบคุมอาการได้ถูกวิธี ไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายวิธีเข้าใจพันได้ถูกวิธี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการเข้าใจพันโดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด
2. สอน/สาธิตการเข้าใจพันสำเร็จรูป ดังนี้
 - 2.1 การเข้าใจพันสำเร็จรูป การสูดยาควรให้ห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 - 5 นาที เพื่อให้การสูดยาครั้งแรกออกฤทธิ์ การพ่นยาครั้งต่อไปจะได้เข้าลึกมากขึ้น
 - 2.2 ก่อนเข้าใจยาควรเขย่าขวด เพื่อให้ยาเข้ากันดี
 - 2.3 อุปกรณ์ที่ใช้กับเครื่องพ่น ล้างทำความสะอาดและเก็บไว้ในที่แห้ง
3. แนะนำกำจัดหรือหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคือง
4. หลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้คนที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ
5. การไอแรง ๆ มาก ๆ ทำให้ระคายเคืองต่อหลอดลมเล็ก ๆ แม้เป็นการไอที่มีเสมหะต่องหาวิธีระบายเสมหะออก
 6. ดูแลความสะอาดของปากและฟัน โดยการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
 7. แนะนำผู้ป่วย และญาติให้สังเกตลักษณะ สี กลิ่นของเสมหะ
 8. แนะนำการออกกำลังกายโดยเริ่มทีละน้อย
 9. การออกกำลังกาย ก่อนทำกิจกรรมต้องฝึกให้ผู้ป่วยหายใจด้วยการห่อปากเพื่อป้องกันการปิดเร็วของหลอดลม และช่วยให้ระยะเวลาการหายใจออกนานขึ้น
 10. ประเมิน SIX MINUTE WALK ปีละ 1 ครั้ง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถสาธิตเข้าใจพันควบคุมอาการได้ถูกวิธี สามารถตอบคำถามได้

วิจารณ์และขอเสนอแนะ

1. ปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และ สังคม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาของโรค ซึ่งค่อย ๆ เพลิดเพลิน ๆ จึงทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมตามมา เช่น ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่กำลังใจที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยจะลดลงเมื่อภาวะของโรคเลวลงอาจมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเมื่อผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย สมาชิกในครอบครัวอาจจะทอดทิ้ง หรือปกป้องมากเกินไป ถ้าผู้ป่วยถูกทอดทิ้งอาจจะรู้สึกตกใจหรือ

เรียกร้องมากขึ้น แต่หาได้รับการปกป้องมากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และแยกตนเอง ดังนั้น จึงควรมีการวางแผนการพยาบาลโดยการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และญาติให้ความรู้และคอยช่วยเหลือ ชี้แนะสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถพึ่งพาตนเองและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขาดความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยผู้ป่วยต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อควบคุมโรค พยาบาลต้องอาศัยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักการดูแลรักษา เมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพปอด เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ

บรรณานุกรม

- กรณีการ์ นิยะสม. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจล้มเหลว.
กรณีศึกษา.วารสารวิจัยและการพัฒนาระบบสุขภาพ.
- โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2565 2566.
- สีบตระกูล ตันตลานุกูล ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา และสุริยา ฟองเกิด. (2566). ผลของ
โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัวที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพการทำงาน
ของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital "วช." .
- กัลยรัตน์ สัจจัมรทร, ศศิธร กระจายกลาง, และเพ็ญจันทร์ วันแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ The development of care model for patient
with ChronicObstructive Pulmonary Disease in Surin Hospital. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 4
กันยายน2566]<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/>
- อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย และรุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์. (2556). อายุรศาสตร์ทัน
ยุค 2555. กรุงเทพฯ : ภาควิชาอายุรศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- จเร บุญเรือง,จอม สุวรรณโณ, เจนเนตร พลเพชร, เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์ และลัดดา เขียมวงศ์.
(2560).ปัจจัยทำนายการกำเริบจับปล้นรุนแรงในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาล
โรคหัวใจและทรวงอก.
- Gordon M. Gordon's 11 Functional Health Pattern [Internet]. [cited 2022 January 20]. Available
from: <http://www.postnbsn.blogspot.com/2019/05/gordons-11-functional-healthpattern.html>.