

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะ การกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน
(Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 4 พฤษภาคม 2565 รวมระยะเวลาดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD)

ความหมายของโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างของปอด มีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาธิสภาพของปอดที่ถูกทำลายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ประกอบไปด้วยพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) หรือเป็นร่วมกันทั้งสองโรค อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักเกิดขึ้นซ้ำๆ และค่อยๆ เลวลงเรื่อยๆ อาการที่พบบ่อยคือหายใจลำบาก (dyspnea) โดยเฉพาะเวลาที่ออกแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกที่ว่าตนเองนั้นป่วยอยู่ตลอดเวลา เพียงออกแรงเล็กน้อยก็เกิดอาการเหนื่อยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างคนทั่วไปได้ กิจกรรมทางกายหลายอย่างถูกจำกัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (นภรัตน์ อมรพุดิ, 2564)

สาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุส่งเสริมการกำเริบของโรค ได้แก่

1. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุส่งเสริมที่สำคัญที่สุด โรคนี้พบในประชากรที่สูบบุหรี่มากกว่าประชากรที่ไม่สูบบุหรี่ถึงประมาณ 20 เท่า สารต่างๆในบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลม และถุงลม ซึ่งมีฤทธิ์ต่อหลอดลมคือ ทำให้การทำงานของเยื่อหลอดลมเสียหาย และทำให้เซลล์ขับเมือกหลังน้ำมูกมากขึ้น ทำให้สิ่งแปลกปลอมเข้าสู่หลอดลม ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง และทำลายหลอดลมฝอยขนาดเล็กและถุงลมไปทีละน้อย เมื่อการทำลายมากถึงขนาดที่ปอดเสื่อมสมรรถภาพ ก็จะมีอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. การติดเชื้อ (Infection) พบว่าการติดเชื้อของทางเดินหายใจเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาการของโรครุนแรง (acute exacerbation) ขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากเชื้อไวรัส แบคทีเรียชนิดต่าง ๆ ก็ได้
3. มลภาวะ (Air pollution) การสูดหายใจเอาควัน ฝุ่นละออง เข้าไปในปอดนานๆจะเป็นตัวเร่ง ทำให้เกิดอาการของ COPD ได้ เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่
4. พันธุกรรม (Heredity) ในคนที่พร่อง serum alpha 1 – antitrypsin พบว่าเป็น COPD ได้ ตั้งแต่อายุน้อย ซึ่งตามปกติโรคนี้อาจพบมากในคนที่มียอายุ 40 ปี ขึ้นไป
5. อายุ เมื่ออายุมากขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง เยื่อเหนียวและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยลง ทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย
6. สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่
 - 6.1 การเจริญที่ผิดปกติของหลอดลม มีการแบ่งแยกผิดปกติหรือการได้รับสารพิษ ขณะอยู่ในครรภ์
 - 6.2 ผนังของถุงลมที่บางจะถูกทำลายได้ง่ายด้วยenzyme โดยเฉพาะelastin การล้มเหลว ของหลอดน้ำเหลือง และหลอดเลือดที่จะเผาผลาญสารต่าง ๆ และป้องกันการรวมตัวของสารพิษ
 - 6.3 ภาวะภูมิแพ้ (สันติ ยอมประโคน, 2558)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหอบหืด และถุงลมโป่งพองแตกต่างกัน แต่มีหลาย ๆ อย่างเหมือนกัน ลักษณะและความก้าวหน้าของ COPD พอสรุปได้ ดังนี้

1. มีเสมหะในหลอดลม ผนังหลอดลมบวม การระบายของอากาศในถุงลมไม่เท่ากัน ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อหรือจากภูมิแพ้
2. ถุงลมบางส่วนโป่งพอง บางส่วนแฟบ
3. การขยายของทรวงอกลดลงจากการอุดกั้นที่เกิดขึ้นตลอดเวลาของหลอดลม มีอากาศขังอยู่ในปอด และทรวงอกจะขยายมากขึ้น
4. มีการทำลายของเนื้อปอด (Lung parenchyma) และปอดจะสูญเสียความยืดหยุ่น ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดความดันในปอดสูงขึ้น (เป็นลบน้อยลง) ซึ่งทำให้หลอดลม Bronchiole และ Bronchi แฟบ
5. เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงจากน้ำหนักของ Viscera ในช่องท้อง
6. Tidal volume , Vital capacity และ Inspiratory reserve ซึ่งจำเป็นสำหรับการไอที่มี ประสิทธิภาพจะลดลง เนื่องจากการยืดขยาย ของทรวงอกลดลง
7. ผู้ป่วยจะหายใจลำบากมากขึ้น ต้องออกแรงหายใจ ทำให้อ่อนเพลีย ไปไหนไม่ค่อยไหว ต้องนั่ง ๆ นอน ๆ อยู่ในบ้าน ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่น ๆ นอกเหนือจากที่เคยใช้ช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ หน้าท้อง ต้องเป่าปากเวลาหายใจออก เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ลมหายใจออกนานขึ้น
8. ในที่สุดการระบายของอากาศในถุงลม (Alveolar ventilation) ของผู้ป่วยจะลดลงอย่างมาก และเป็นอย่างถาวร เกิดมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ขาดออกซิเจน และร่างกายมีภาวะเป็นกรดจากการหายใจ (Chronic respiratory acidosis) เนื่องจากกลุ่มอาการของการอุดกั้นทางเดินหายใจมีอากาศคั่งอยู่ในถุงลม ผนังหลอดลมอ่อนแอ และถุงลมขาด ทำให้ถุงลมบางส่วนแฟบ บางส่วนโป่งพอง กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ยมากขึ้น และเป็นอย่างเรื้อรัง
9. เมื่อภาวะของผู้ป่วยเลวลงเรื่อย ๆ การขาดออกซิเจนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงลง การทำงานของไตผิดปกติ เพิ่ม permeability ของหลอดเลือดฝอย และทำให้เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น (Polycythemia) เปื่ออาหารและน้ำหนักลดลง
10. เพิ่มตัว Buffer ของร่างกาย โดยการที่พยายามปรับชดเชยต่อภาวะที่ร่างกายเป็นกรดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (วไลพร หงส์พันธ์, 2557)

อาการ และอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะมากขึ้น อาการเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อยปีละ 3 เดือน และต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกายมาก ต่อมาจะเหนื่อยแม้เมื่อออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ฟังปอดจะได้ยินเสียงรอกโค (Rhonchi) หรือเสียงวี๊ด (Wheeze) ทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออกส่งผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น (วไลพร หงส์พันธ์, 2557)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้น

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้ผู้ที่เป็มืออาการหายใจลำบากเกิดขึ้น ส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดน้อยลง กิจกรรมทางกายถูกจำกัด มีอาการอ่อนเพลีย ไม่สามารถใช้แรง หรือออกกำลังกายได้ตามปกติ (สันติ ยอมประโคน, 2558) และแบบแผนการนอนหลับ จากการที่ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น การยืดหยุ่นของปอด และหลอดลมเสียความสมดุล ทำให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเกิดภาวะหายใจลำบาก

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอาจทำให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึก การมีคุณค่าในตนเองลดลง สิ้นหวัง กลัว ไม่สุขสบาย คับข้องใจ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จในการใช้ชีวิตเนื่องจากต้องเจ็บป่วยตลอดเวลา เข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ และไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อที่จะดูแลตนเองได้ จึงทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (วไลพร หงส์พันธ์, 2557)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอาการเจ็บป่วยอยู่บ่อยครั้ง จึงทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษามากขึ้นไม่ว่าจะเป็น ค่ายา ค่าออกซิเจน ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถที่จะประกอบอาชีพได้ตามปกติ ความสามารถในการทำงานได้น้อยลง ต้องออกจากงานทำให้มีรายได้น้อยลง จึงต้องพึ่งพาครอบครัวมากขึ้น เกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในครอบครัว ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อสังคมได้

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่สำคัญ

1. การติดเชื้อ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้อาการกำเริบผู้ป่วยที่มีไข้มีน้ำมูก ไอ หรือมีเสมหะเปลี่ยนสี อาจเกิดจากเชื้อไวรัส เนื่องจากใช้หวัด หลอดลมอักเสบ และปอดบวมจากเชื้อ Streptococcus pneumoniae หรือ Hemophilus influenza
2. ภาวะหัวใจวาย ในผู้ป่วย COPD ที่มีการอุดกั้นของหลอดลมอย่างเรื้อรังจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ หน้าที่การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดไม่ สมบูรณ์ ผู้ป่วย COPD มักจะมีการติดเชื้อของทางเดินหายใจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด Acute exacerbation bronchitis ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน
3. Cor -pulmonale โรคหัวใจข้างขวาล้มเหลวเนื่องจากโรคของเนื้อปอดและ pulmonary vascular bed เมื่อ pulmonary vascular bed อุดตันจะเกิดความดัน ในปอดสูงขึ้น (pulmonary hypertension) ทำให้เลือดมาที่เนื้อปอดไม่ได้จึงเกิด hypoxia
4. Spontaneous pneumothorax การมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด พบได้ไม่มากนักในผู้ป่วย COPD อันตรายที่อาจพบได้มักขึ้นอยู่กับขนาดของลม และความรุนแรงของโรค ซึ่งจะทำให้ภาวะ hypoxemia เลวลง
5. Giant bullar การมี bullar ขนาดใหญ่มักพบในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของหลอดลมเรื้อรังและ ถุงลมโป่งพอง ในเนื้อเยื่อของปอดมีถุงโป่ง(bullae) แทรกอยู่ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ในการเกิด spontaneous pneumothorax เมื่อ bullae ขนาดใหญ่จะเบียดเนื้อเยื่อของปอดทำให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

การรักษา

1. การให้ออกซิเจนแบบควบคุม (controlled oxygen therapy) ปรับอัตราการไหลของ ออกซิเจน เพื่อให้ได้ SaO₂ หรือ SpO₂ 90-92 %

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน การรักษา(ต่อ)

2. ยาขยายหลอดลม ใช้ B2- agonist หรือ B2 – agonist ร่วมกับ anticholinergic โดยใช้ metred dose inhaler ผ่านทาง spacer 4-6 puff หรือให้ผ่านทาง nebulizer ถ้าไม่ดีขึ้นสามารถให้ซ้ำได้ทุก 20 นาทีในช่วงโมงแรก หรือจนเกิดผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นเร็วหรือผิจัดหงวะ
3. corticosteroid ให้ในรูปของยาฉีด dexamethasone 5- 10 mg หรือ hydrocortisoneขนาด 100-200 mg เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชม. หรือรับประทานยา prednisolone 30 mg และเมื่อดีขึ้นแล้วจึง เปลี่ยนเป็น prednisolone รับประทาน 30 -40 mg ต่อวัน จนครบเวลา 10 -14 วัน
4. antibiotic โดยยาที่เลือกใช้ควรออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อได้กว้าง เช่น beta-lactam/ beta –lactamase inhibitor, cephalosporin หรือ fluoroquinolone ที่ครอบคลุมเชื้อ streptococcus ได้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อฟื้นฟูและเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย

- 1.การให้ความรู้กับผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค การใช้ยาชนิดต่างๆ อาการข้างเคียงของการใช้ยา เทคนิคการพ่นยา และการให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างละเอียดจะทำให้ผู้ป่วยลดความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น
- 2.กายภาพบำบัด การสอนการไอเพื่อขับเสมหะ การฝึกการหายใจที่ถูกต้อง (pursed-lip breathing) และการผ่อนคลาย ก็จะช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้
- 3.การออกกำลังกาย จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เช่น การเดิน เป็นต้น
- 4.การให้การสนับสนุนทางด้านสังคมและจิตใจ การให้กำลังใจผู้ป่วยจากบุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล ก็เป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation)

ความหมายของโรค

ภาวะอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเฉียบพลัน หรือ Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการไอมากขึ้น มีเสมหะเพิ่ม เปลี่ยนสี ได้รับยาขยายหลอดลมและยา Steroid อย่างเร่งด่วน หรือนอนโรงพยาบาล

สาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- การสูบบุหรี่ ทั้งจากผู้สูบเองโดยตรง หรือได้รับควันบุหรี่จากคนรอบข้าง
- มลภาวะ และสารพิษต่างๆ
- การติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ (วไลพร หงส์พันธ์, 2557)

การรักษา

1. การให้ออกซิเจนเพื่อให้ได้ SaO₂ หรือ SpO₂ 88-92 %
2. การให้ยาขยายหลอดลม Berodual 1 NB nebulizer ทุก15 นาที 3 ครั้ง หรือจนเกิดผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นเร็วหรือผิจัดหงวะ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน การรักษา(ต่อ)

3. corticosteroid ให้ในรูปของยาฉีด dexamethasone 5- 10 mg หรือ hydrocortisone ขนาด 100-200 mg เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชม. หรือรับประทานยา prednisolone 30 mg และเมื่อดีขึ้นแล้วจึง เปลี่ยนเป็น prednisolone รับประทาน 30 -40 mg ต่อวัน จนครบเวลา 10 -14 วัน

4. antibiotic โดยยาที่เลือกใช้ควรออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อได้กว้าง เช่น beta-lactam/ beta -lactamase inhibitor, cephalosporin หรือ fluoroquinolone ที่ครอบคลุมเชื้อ streptococcus ได้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation)

1. ประเมินภาวะการหายใจลำบาก
2. ดูแลให้ออกซิเจนเพื่อให้ได้ SaO₂ หรือ SpO₂ 88-92 %
3. จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศาเพื่อให้กระบังลมลดต่ำลงปอดขยายตัวได้เต็มที่ ทำให้หายใจได้สะดวกเพิ่มขึ้น
4. ดูแลให้ยาขยายหลอดลม Berodual 1 NB nebulizer ทุก 15 นาที 3 ครั้ง และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา คือ หัวใจเต้นเร็วหรือผิดจังหวะ
5. ดูแลให้ corticosteroid ให้ในรูปของยาฉีด dexamethasone 5- 10 mg หรือ hydrocortisone ขนาด 100-200 mg เข้าหลอดเลือดดำทุก ตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ (Antibiotic) ตามแผนการรักษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะ การกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี รูปร่างผอม ผิวดำแดง ช่วยเหลือตนเองได้ดี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 อาศัยอยู่กับภรรยาและลูกสาว สิทธิการรักษา บัตรทอง

แหล่งที่มาของข้อมูล ผู้ป่วย , ญาติ , เวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 เวลา 13.23 น.

วันที่รับไว้ดูแล วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 เวลา 14.35 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 4 พฤษภาคม 2565 เวลา 13.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 4 พฤษภาคม 2565 เวลา 13.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน **รวมวันที่รับไว้ดูแล** 4 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

หายใจหอบเหนื่อยขณะนั่ง 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ จึงมาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว แพทย์วินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมกลับบ้าน ขณะอาศัยอยู่ที่บ้านพยามไม่สม่ำเสมอ แต่มาตรวจตามนัดทุกเดือน

7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหอบเหนื่อยพยามที่บ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงมาตีกอบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการพยาม Beradual 1 NB ทุก 15 นาที 3 ครั้งแต่ยังหอบเหนื่อยอยู่ ใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 30-32 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือด 86 % อุณหภูมิ 37.4 องศา อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/74 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายไปตีกายูรกรรมชาย ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลา 4 วัน หลังจากนั้นอาการดีขึ้น หอบเหนื่อยลดลง แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยรักษาตัวต่อเป็นเวลา 3 วัน อาการหายใจดีขึ้น แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ และนัดมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ

6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจหอบเหนื่อย พยามเองที่บ้าน 2 ครั้ง อาการทุเลาลง ไอมีเสมหะมากขึ้น

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น พยามเองที่บ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงมาตีกอบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล แกร็บที่ตีกอบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือด (O2 sat) 94 % อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/77 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงปอด wheezing both lung แพทย์วินิจฉัย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation) จึงพิจารณาให้เข้ารับรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้

ปฏิเสธการแพ้ยา การแพ้อาหาร

ประวัติสารเสพติด

ดื่มสุรามากกว่า 10 ปี ปัจจุบันเลิกดื่มสุราประมาณ 4-5 ปี สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวันเป็นเวลามากกว่า 10 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ ประมาณ 4 มวนต่อวัน

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตรวจร่างกายแรกรับ

รูปร่าง น้ำหนัก 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI = 21.45

ผิวหนัง ผิวดำแดง ลักษณะเป็นคนผิวแห้ง ไม่มีรอยจ้ำเลือดตามร่างกาย ไม่มีบาดแผล ไม่มีก้อนผิดปกติ

ศีรษะ ศีรษะทรงกลม สมมาตรกันดี คลำไม่พบก้อน

ใบหน้า ใบหน้ารูปกลม สมมาตรกันดี คลำไม่พบก้อน ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต ไม่มีมุมปากตก

ตา ตา และคิ้วสมมาตรกันดี รูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี มองเห็นชัดเจนดี

Lower conjunctiva ไม่ซีด ไม่มีอาการปวดตา ลืมตาหลับตาได้ปกติ

จมูก ลักษณะปีกจมูกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี โพรงจมูกไม่วมแดง ได้กลิ่นปกติเท่ากันทั้งสองข้าง

ไม่มีกดเจ็บบริเวณไซนัส คลำไม่พบก้อน

ปาก มีริมฝีปากบางเรียวสีปากคล้ำ ไม่แห้ง เยื่อช่องปากชุ่มชื้นดี ไม่มีอาการอักเสบหรือบวมแดง

ขากรรไกรสบกันดี สภาพฟันปกติ เหงือกไม่อักเสบ ช่องปากสะอาดดี

คอ การเคลื่อนไหวของคอตี คลำไม่พบก้อนไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

หู ลักษณะของใบหูสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้าง คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ภายนอกหูไม่มีอาการอักเสบ

การได้ยินปกติ

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก

ทรวงอกมีลักษณะอกถังเบียร์ (Barrel chest) เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่งเท่ากัน ลักษณะการ

หายใจเหนื่อยเล็กน้อย การขยายตัวของปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที

ฟังปอดได้ยินเสียง Wheezing both long X-ray No infiltration มีลักษณะ Hyperinflation

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เสียงหัวใจเต้นปกติจังหวะสม่ำเสมอ คลำชีพจรได้สม่ำเสมอ ปลายเล็บมือ Capillary refill 3 วินาที

ระบบโลหิตและต่อมน้ำเหลือง

ไม่มีรอยจ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง ไม่มีภาวะเลือดออก ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และขาหนีบไม่โต

ระบบประสาท

ระดับความรู้สึกตัวปกติ Coma score 15 (E4V5M6) ถามตอบรู้เรื่อง มือ แขน ขา ทำงาน

ประสานกันดี ประสาทสัมผัสการรับรู้ความรู้สึกปกติ ปฏิกริยาการตอบกลับปกติ ตรวจไม่พบ

ความ ผิดปกติของ Reflex ใดๆ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (ต่อ)

ระบบทางเดินอาหาร

ลักษณะท้องราบ ไม่มีผื่น หรือรอยโรค คลำไม่พบก้อนเนื้อ ไม่มี Guarding , ไม่มี Tenderness
ท้องไม่อืดตึง เสียงการ เคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ตับและม้ามไม่โต

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

แขน - ขา เท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีผิดรูป สามารถใช้กำลังแขนขาได้ตามปกติ ทำกิจกรรมต่างๆได้

ระบบสภาพจิตใจและอารมณ์

สีหน้าแสดงความวิตกกังวล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจนับเม็ดเลือดแดง (Complete blood count หรือ CBC) วันที่ 1 พฤษภาคม 2565

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	11160 cells/uL	4030-10770 cells/uL	สูงกว่าปกติ
Neutrophil	86 %	48.7-71.0 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	11 %	21.1 - 42.1 %	ต่ำกว่าปกติ
Eosinophil	1 %	0 - 9 %	ปกติ
Basophil	0 %	0 - 1 %	ปกติ
Momocyte	2%	3 - 11 %	ต่ำกว่าปกติ
RBC	5.07 cells/uL	4.03 - 5.55 cells/uL	ปกติ
HBG	9.3 g/dL	12.8 - 16.1 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
HCT	38 %	38.2 48.3 %	ต่ำกว่าปกติ
PLT.count	324000 cells/uL	140000 - 400000 cells/uL	ปกติ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจ Electrolyte Blood Chemistry วันที่ 1 พฤษภาคม 2565

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	20 mg/L	9 - 20 mg/L	ปกติ
Creatinine	1.20 mg/L	0.66 - 1.25 mg/L	ปกติ
eGFR	57.13	> 90	ต่ำกว่าปกติ
Na:Sodium	139 mmol/L	137 - 145 mmol/L	ปกติ
K:Potassium	4.31 mmol/L	3.50 - 5.10 mmol/L	ปกติ
Cl:Chloride	101 mmol/L	98 - 107 mmol/L	ปกติ
ECO2:Carbondioxide	31.3 mmol/L	22.0 - 30.0 mmol/L	สูงกว่าปกติ
Anion gap	11 mmol/L	8 - 16 mmol/L	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจพิเศษ

ผลการตรวจทางรังสี เอกเรย์ปอด (Chest x-ray) no infiltration มีลักษณะ Hyperinflation การวินิจฉัยของแพทย์

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute exacerbation)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 เวลา 14.35 น.

แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เวลา 14.35 น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ทำทางอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 26-28 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือด (O₂ sat) 94% อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126 /74 มิลลิเมตรปรอท ฟังปอด Wheezing both lung ประเมินการหายใจ ดูแลนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง และปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่ ให้ออกซิเจนทางจมูก (O₂ cannular) 3 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลม Beradual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษา ประเมินผลข้างเคียงของยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบผลข้างเคียงของการใช้ยา ดูแลให้ Dexamethasone 8 mg ทางหลอดเลือดดำ จากนั้นให้ Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยลดลง พักได้มากขึ้น ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ที่แขนซ้ายไม่บวมแดง ผู้ป่วยให้ประวัติว่าไอบ่อย ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น ไอแล้วเหนื่อย แนะนำจิบยาแก้ไอเมื่อบวมเมื่อมีอาการ และรับประทานยา Flumucil 1 x 3 po pc แนะนำจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะและหายใจได้สะดวกเพิ่มขึ้น ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน คุณลักษณะการหายใจและอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ร่วมกับผู้ป่วยเคยมีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อนเมื่อ 7 เดือนก่อน ญาติมีสีหน้าไม่สบายใจ คอยซักถามอาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จึงอธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ให้กับผู้ป่วยและญาติรับทราบ ผู้ป่วยและญาติรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ มีการอธิบายก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ขณะพักผู้ป่วยยังมีเหนื่อยเป็นช่วงๆ

วันที่ 2 พฤษภาคม 2565 เวลา 10.00 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ หายใจเหนื่อยน้อยลง อัตราการหายใจ 24- 26 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือด (O₂ sat) 95% อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 111 /68 มิลลิเมตรปรอท ให้ออกซิเจนทางจมูก (O₂ cannular) 3 ลิตรต่อนาที On NSS lock ที่แขนซ้ายไม่บวมแดง ผู้ป่วยยังมีไอมีเสมหะเป็นช่วงๆ แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถขับเสมหะได้ดียิ่งขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 2 พฤษภาคม 2565 เวลา 10.00 น. (ต่อ)

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าขยับตัวนิทหนอยก็เหนื่อย จะลุกเข้าห้องน้ำก็เหนื่อยง่าย พบว่าผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ดูแลจัดวางสิ่งของต่างๆไว้ใกล้มือผู้ป่วย เพื่อให้หยิบใช้ได้อย่างสะดวก แนะนำการลดกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก และให้ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงเพื่อลดการใช้พลังงาน แพทย์พิจารณาลด Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ฟังปอด ยังมี Wheezing both lung พิจารณาให้ พ่น Beradual MDI 4 puff ทุก 4 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีแรงกดยาพ่นน้อยทำให้กดได้ไม่สุดในแต่ละครั้ง แอ้งกล้ามเนื้อเพื่อประเมินการพ่นยา พบว่าผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้ถูกต้องได้มากขึ้น 90 % แต่จะมีอาการมือสั่นบ้าง ทำให้พ่นได้ลำบากเล็กน้อย จึงต้องใช้ spacer ช่วยและแนะนำให้ญาติช่วยกดยาในการพ่นแต่ละครั้ง เพื่อให้การพ่นยามีประสิทธิภาพมากขึ้น และสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงของยา และดูแลให้ Theophylline (200) 1x1 po ก่อนนอน

วันที่ 3 พฤษภาคม 2565 เวลา 10.00 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี เหนื่อยน้อยลง อัตราการหายใจ 22- 24 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือด (O₂ sat) 95% อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123 /71 มิลลิเมตรปรอท ให้ออกซิเจนทางจมูก (O₂ cannular) 3 ลิตรต่อนาที On NSS lock ที่แขนซ้ายไม่บวมแดง ฟังปอด ยังมี Expiratory Wheezing both lung พิจารณาให้ พ่น Beradual MDI 4 puff เมื่อมีอาการประเมินการพ่นยาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้ดีขึ้นแม้แรงกดยายังน้อยอยู่ แต่ญาติสามารถช่วยกดยาพ่นให้ผู้ป่วยได้ดี ดูแลให้ Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง จากการซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยยังมีการสูบบุหรี่อยู่วันละ 4 มวน และมีประวัติพ่นยาไม่สม่ำเสมอ จึงให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการกำเริบของโรค และสอบถามเกี่ยวกับความต้องการในการอยากเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการอยากเลิกบุหรี่จึงส่งปรึกษางานจิตเวชเพื่อช่วยแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมต่อไป ระหว่างวันผู้ป่วยไม่หอบเหนื่อย สามารถหายใจได้โดยไม่ต้องใช้ออกซิเจน ระดับออกซิเจนในเลือด 97 %

วันที่ 4 พฤษภาคม 2565 เวลา 10.00 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 22- 24 ครั้งต่อนาที หายใจได้โดยไม่ต้องใช้ออกซิเจน ระดับออกซิเจนในเลือด 98 % อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อ นาที ความดันโลหิต 120 /76 มิลลิเมตรปรอท ฟังปอด ไม่มี Wheezing จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง จึงแนะนำวิธีการดูแลตนเองที่บ้านเช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค เช่น การสูบบุหรี่ ควันต่างๆ ส่งเสริมให้ญาติให้กำลังใจผู้ป่วยและเสริมแรงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ แนะนำการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และฉีควัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง ให้สวมผ้าปิดจมูกเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้าไปอยู่ในแหล่งชุมชน แนะนำการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการกับอาการหอบเหนื่อยเมื่ออยู่ที่บ้าน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 1 เดือน และดูแลส่งHHC ตามระบบ ผู้ป่วยพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เป็นระยะเวลา 3 วัน อยู่ในความดูแลเป็นระยะเวลา 4 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ
2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจหอบเหนื่อย
3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วย
4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 64 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2564 ด้วยอาการ 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ จึงมาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว แพทย์วินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมกลับบ้าน ขณะอาศัยอยู่ที่บ้านพ่นยาไม่สม่ำเสมอและมาตรวจตามนัดทุกเดือน 7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหอบเหนื่อยพ่นยาที่บ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงมาตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการพ่นยา Beradual 1 NB ทุก 15 นาที 3 ครั้งแต่ยังหอบเหนื่อยอยู่ ใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 30-32 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือด 86 % อุณหภูมิ 37.4 องศา อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/74 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายไปตึกอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลา 4 วัน หลังจากนั้นอาการดีขึ้น หอบเหนื่อยลดลง แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยรักษาตัวต่อเป็นเวลา 3 วัน อาการหายใจดีขึ้น แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ และนัดมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจหอบเหนื่อย พ่นยาเองที่บ้าน 2 ครั้ง อาการทุเลาลง ไอมีเสมหะมากขึ้น 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น พ่นยาเองที่บ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงมาตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล แพทย์พิจารณาให้เข้าพักรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

แรกวันที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายเวลา 14.35น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ทำทางอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 26-28ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือด (O2 sat) 94% อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126 /74 มิลลิเมตรปรอท ฟังปอด Wheezing both lung ผลการตรวจทางรังสี เอกเรย์ปอด (Chest x-ray) no infiltration มีลักษณะ Hyperinflation ประเมินการหายใจ ดูแลนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง และปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่ ให้ออกซิเจนทางจมูก (O2 cannular) 3 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลม Beradual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษา ประเมินผลข้างเคียงของยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบผลข้างเคียงของการใช้ยา ดูแลให้ Dexamethasone 8 mg ทางหลอดเลือดดำ จากนั้นให้ Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยลดลง พักได้มากขึ้น ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ที่แขนซ้ายไม่บวมแดง ผู้ป่วยให้ประวัติว่าไอบ่อย ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น ไอแล้วเหนื่อย แนะนำจิบยาแก้ไอมะขามป้อมเมื่อมีอาการ และรับประทานยา Flumucil 1 x 3 po pc แนะนำจิบน้ำอุ่นบ่อยๆเพื่อช่วยละลายเสมหะและหายใจได้สะดวกเพิ่มขึ้น ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน ดูลักษณะการหายใจและอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ร่วมกับผู้ป่วยเคยมีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อนเมื่อ 7 เดือนก่อน ญาติมีสีหน้าไม่สบายใจ คอยซักถามอาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จึงอธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ให้กับผู้ป่วยและญาติรับทราบ ผู้ป่วยและญาติรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ มีการอธิบายก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ขณะพักผู้ป่วยยังมีเหนื่อยเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยให้ประวัติว่าขยับตัวนิดหน่อยก็เหนื่อย จะลุกเข้าห้องน้ำก็เหนื่อยง่าย พบว่าผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ดูแลจัดวางสิ่งของต่างๆไว้ใกล้มือผู้ป่วย เพื่อให้หยิบใช้ได้อย่างสะดวก แนะนำการลดกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก และให้ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงเพื่อลดการใช้พลังงาน แพทย์พิจารณาลด Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ฟังปอด ยังมี Wheezing both lung พิจารณาให้ พ่น Beradual MDI 4 puff ทุก 4 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีแรงกดยาพ่นน้อย ทำให้กดได้ไม่สุดในแต่ละครั้ง แฉ่งแก๊สเพื่อประเมินการพ่นยา พบว่าผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้ถูกต้องได้มากขึ้น 90 % แต่จะมีอาการมือสั่นบ้าง ทำให้พ่นได้ลำบากเล็กน้อย จึงต้องใช้ spacer ช่วย และแนะนำให้ญาติช่วยกดยาในการพ่นแต่ละครั้ง เพื่อให้การพ่นยามีประสิทธิภาพมากขึ้น และสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงของยา และดูแลให้ Theophylline (200) 1x1 po ก่อนนอน ฟังปอด ยังมี Expiratory Wheezing both lung พิจารณาให้ พ่น Beradual MDI 4 puff เมื่อมีอาการ ประเมินการพ่นยาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้ดีขึ้น แม้แรงกดยายังน้อยอยู่ แต่ญาติสามารถช่วยกดยาพ่นให้ผู้ป่วยได้ดี ดูแลให้ Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง จากการซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยยังมีการสูบบุหรี่อยู่วันละ 4 มวน และมีประวัติพ่นยาไม่สม่ำเสมอ จึงให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการกำเริบของโรค และสอบถามเกี่ยวกับความต้องการในการอยากเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการอยากเลิกบุหรี่จึงส่งปรึกษางานจิตเวชเพื่อช่วยแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมต่อไป รวมทั้งค้นหาสาเหตุของการพ่นยาไม่สม่ำเสมอพบว่า ผู้ป่วยไม่มีแรงกดยาทำให้ไม่อยากพ่นยาเองที่บ้าน จึงได้แนะนำให้ญาติช่วยกดยาพ่นและใช้อุปกรณ์ช่วย ทำให้การพ่นยามีประสิทธิภาพมากขึ้น ระหว่างวันผู้ป่วยไม่หอบเหนื่อย สามารถหายใจได้โดยไม่ต้องใช้ออกซิเจน ระดับออกซิเจนในเลือด 97 % จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง จึงแนะนำวิธีการดูแลตนเองที่บ้านเช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค เช่น การสูบบุหรี่ ควีนต่างๆ ส่งเสริมให้ญาติให้กำลังใจผู้ป่วยและเสริมแรงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ แนะนำการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง ให้สวมผ้าปิดจมูกเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้าไปอยู่ในแหล่งชุมชน แนะนำการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการกับอาการหอบเหนื่อยเมื่ออยู่ที่บ้าน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 1 เดือน และดูแลส่ง HHC ตามระบบ รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 4 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1.เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษา จากผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมายให้การพยาบาล 1 ราย เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โดยเลือกโรคที่น่าสนใจเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ป้องกันได้โดยการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง
- 2.รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
- 3.ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแบบแผนการรักษาของแพทย์
- 4.ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูล
- 5.นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
- 6.ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการดูแลพยาบาลตามแผนที่กำหนด
- 7.สรุปการปฏิบัติการดูแลพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 8.ปรับปรุงแก้ไข ทบทวน ความถูกต้อง และความเหมาะสมของผลงาน
- 9.จัดทำรูปเล่ม ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตัวอักษรและรูปแบบทั้งก่อนพิมพ์ และหลังพิมพ์ เอกสาร

4.3. เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้ผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถพยายายทอดลมได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถฝึกการไอขับเสมหะและฝึกการหายใจได้ อย่างเหมาะสม
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย ด้วยโรคเดิม

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation) จำนวน 1 ราย รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 เวลา 14.35 น. ถึงวันที่ 4 พฤษภาคม 2565 เวลา 13.00 น.รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 4 วัน

5.2 เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายนี้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีความปลอดภัย มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถดูแลตนเองได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ทราบถึงปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
2. ทราบถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งในการพยาบาลต้องพยายามให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค การปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม การใช้ยาพ่นที่ถูกวิธีเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาล กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะนอกจากพยาบาลที่หออผู้ป่วยจะให้การพยาบาลเฉพาะแล้ว การให้ความสำคัญของการสอนสุขศึกษาในหออผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้มีการทำอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยนอนในหออผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงจะมีเวลาในการสร้างความคุ้นเคย เรียนรู้และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีซึ่งทำให้การสอนสุขศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยด้วยโรคเดิม
5. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการได้ดียิ่งขึ้น
6. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะ การกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation) เกิดจากการที่ร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้นบางอย่างในการทำให้เกิดการกำเริบของโรค ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้พบว่า ยังมีการสูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ โดยผู้ป่วยสูบบุหรี่ต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 10 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ 4 มวนต่อวัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นไปค่อนข้างยาก และต้องใช้เวลา ซึ่งผู้ป่วยยังมีความเชื่อว่าบุหรี่ไม่มีผลต่อการกำเริบของโรค พยาบาลจึงต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคในผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรักษาโรคให้อยู่ในภาวะสงบได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation) มักจะเกิดจากการควบคุมโรคได้ไม่ดีและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีประวัติพ่นยาไม่สม่ำเสมอ จากแรงกดในการพ่นยาน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมพ่นยา ส่งผลให้โรคกำเริบและเกิดจากการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญทำให้โรคกำเริบ

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การค้นหาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายและการดำเนินของโรคในแต่ละระยะ
2. ควรสอนวิธีการพ่นยาที่ถูกต้องและประเมินการพ่นยาก่อนกลับบ้านทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการพ่นยาและสามารถพ่นยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรจัดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งต่อชุมชน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

10.การเผยแพร่ผลงาน

11.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาววิชุดา ชัยมิ่ง ผู้เสนอ มีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... วิชุดา ชัยมิ่ง
 (นางสาววิชุดา ชัยมิ่ง)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่)..... 19 / มีนาคม / 2565
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาววิชุดา ชัยมิ่ง	วิชุดา ชัยมิ่ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*นางฉวี เล็กนารี*

(นางสาวฉวี เล็กนารี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *9 / มกราคม / 2566*

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ต่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) *9 / มกราคม / 2566*

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....*A*

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) *๒๗ / มกราคม / ๒๕๖๖*

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....*2๗ มค*
(นายประภาส ผูกดวง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) *27 ม.ค. 2566*

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

นพ.สจจ.

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

- 1.เรื่อง คู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2.หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (อัชฌาณัฐ วังโสม, 2559) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดเนื่องมาจากความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากกระตุ้นก่อให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นฟูกลับไม่เต็มที่ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive) และส่งผลเสียไม่ใช่เฉพาะระบบหายใจเท่านั้น แต่เกิดผลกระทบต่ออวัยวะหรือระบบอื่นๆ (extrapulmonary effects) ด้วย (นภรัตน์ อมรพุดิ, 2564) จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปีค.ศ. 2030 สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา และมีอัตราการเสียชีวิต 40 คนต่อประชากร 100,000 คนในปี 2561 (กรมการแพทย์สถาบันโรคทรวงอก, 2562) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญของประเทศ โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยในระดับต้นๆ เป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป และเมื่อต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งต้องใช้งบประมาณในการดูแลสูงขึ้น (วไลพร หงส์พันธ์, 2557)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 327 ราย, 358 ราย และ 355 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ในปี 2563 - 2565 คือ 68 ราย, 59 ราย และ 61 ราย ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) โดยสาเหตุในการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admit) คือ 1.การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค 2.การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม 3. การพ่นยาไม่ถูกวิธี ดังนั้นในหน่วยงานหรือบุคลากรต้องตระหนัก ค้นคว้า หาแนวทางเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีทักษะในการพ่นยาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถฝึกการหายใจและบริหารปอดได้อย่างเหมาะสม และการจัดการกับอาการของโรคเบื้องต้นได้อย่างถูกวิธี ซึ่งในปัจจุบันหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ได้มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ฝึกทักษะการพ่นยา แนะนำวิธีการหายใจที่เหมาะสมกับโรค โดยการพูดคุยและแนะนำแบบปากเปล่า พบปัญหาว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางครั้งมีการหลงลืม ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการฝึกทักษะต่างๆ ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคกลับมาอีกครั้ง ดังนั้นผู้เสนอผลงาน จึงมีแนวคิดจัดทำคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค ทบทวนวิธีการพ่นยา การบริหารปอด และการจัดการกับอาการของโรคเบื้องต้นขณะอยู่ที่บ้านได้ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกำเริบของโรคได้มากยิ่งขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวความคิดข้อเสนอ

การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการระคายเคืองต่อปอดที่เกิดจากฝุ่นและก๊าซ ซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือ คิวินจากการสูบบุหรี่ จากการตรวจสมรรถภาพปอดจะมีการลดลงของปริมาณของลมหายใจที่วัดจากการหายใจออกเต็มที่ และรวดเร็วภายใน 1 วินาที (Force Expiratory Volume in One Second:FEV1) พบว่าในผู้ที่สูบบุหรี่จะมีค่าเฉลี่ยของจากการสูบบุหรี่ FEV1 น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยที่สำคัญรองลงมาจากการสูบบุหรี่คือการสัมผัสฝุ่นและสารเคมี (Air pollution) จากการประกอบอาชีพ ซึ่งจากประเทศไทย พบว่ามลพิษภายในอาคาร จากการเผาผลาญเชื้อเพลิงประเภทไม้ซากฟืน มูลสัตว์ในการประกอบอาชีพ เพื่อการประกอบอาหารและการให้ความร้อน ซึ่งทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (สันติ ยอมประโคน, 2558) อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักเกิดขึ้นช้าๆและค่อยๆเลวลงเรื่อยๆ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถดำรงชีวิตประจำวัน และลดการกำเริบของโรคให้ได้นั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับการป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำเริบของโรคบ่อยครั้งส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง รวมทั้งการบรรเทาอาการหายใจลำบากจำเป็นต้องใช้ยาขยายหลอดลม การใช้ยาที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะในการพ่นยาที่ถูกต้อง ซึ่งการใช้ยาไม่ถูกต้องส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ ยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะ การทำหน้าที่เลวลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิม อาจส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจที่แยลง เกิดภาวะ respiratory failure ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น คุณภาพชีวิตเลวลง เพิ่มอัตรา การทุพพลภาพและเสียชีวิตมากขึ้น (อชฌมานัฐ วังโสม, 2559)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) เนื่องจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การพ่นยาไม่ถูกวิธีและขาดทักษะต่างๆในการดูแลตนเองที่บ้าน ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน การฝึกทักษะการพ่นยา การหายใจและการจัดการกับอาการของโรคเบื้องต้นของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admit) โดยใช้แนวคิด PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งเป็นการปรับปรุงกระบวนการของการทำงาน โดย 1.Plan คือ การวางแผน 2.DO คือ การปฏิบัติตามแผน 3.Check คือ การตรวจสอบ 4. Act คือ การปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม หรือ การจัดทำมาตรฐานใหม่ ซึ่งถือเป็นพื้นฐานของการยกระดับคุณภาพ (สุธาสนี โปธิจันทร์, 2565) มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เริ่มจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการซักประวัติ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวม และนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดทำคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้น หลังจากนั้นจึงนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายต่อไป

ดังนั้นผู้เสนอจึงมีแนวคิดจัดทำคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำคู่มือแสดงความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการพ่นยา การบริหารปอด และการจัดการกับอาการของโรคเบื้องต้น โดยคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะช่วยให้สะดวกในการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคแม้ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม เพื่อลดโอกาสในการเกิดการกำเริบของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายได้รับคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน
3. เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Re- admit) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระยะเวลาดำเนินการ

มีนาคม 2566 - พฤษภาคม 2566

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนแนวทางการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. พัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเนื้อหา ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการกำเริบของโรคอาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ วิธีการบริหารปอดที่เหมาะสม วิธีการพ่นยาที่ถูกต้อง และวิธีการจัดการกับอาการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน
3. ประชุมชี้แจง กำหนดแนวทางให้บุคลากรในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และเสนอหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อมอบหมายงานให้พยาบาลในเวรรับผิดชอบเกี่ยวกับการสอนสุขศึกษากับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติตามแนวทางการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน
5. เก็บรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการให้ความรู้กับผู้ป่วยและร่วมประชุมภายในหอผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนางานต่อไป

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลใช้คู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านทุกราย
3. ลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ (Re- admit) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลใช้คู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 100 %
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย 100 %
3. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้คู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการกลับมารักษาค่า (Re- admit) น้อยกว่าร้อยละ 10

(ลงชื่อ) วิชดา ไชยมิ
 (นางสาววิชดา ชัยมิ่ง)
 ผู้ขอประเมิน
 (วันที่) 14 / ธันวาคม / 2565