

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง จัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำเรื่องวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย  
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เสนอโดย

นางสาวไพลิน พิชัยณรงค์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 263)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินการที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 14 วัน ( 19 ตุลาคม 2552 – 1 พฤศจิกายน 2552)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่มีลักษณะ airflow limitation แบบ progressive และ not fully reversible ส่วนใหญ่เป็นผลจากการระคายเคือง และการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจและเนื้อปอด สาเหตุสำคัญ เกิดจากฝุ่นและก๊าซ ที่สำคัญที่สุด คือ คาร์บอนหุหรี โดยทั่วไปมักมีความหมายรวมถึงโรค 2 โรค คือ chronic bronchitis และ pulmonary emphysema chronic bronchitis หรือโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นชื่อโรคที่นิยามจากอาการทางคลินิก กล่าวคือผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังมีเสมหะ โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น pulmonary emphysema หรือ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นชื่อโรคที่นิยามจากการที่มีพยาธิสภาพการทำลายของถุงลม และส่วนปลายสุดของหลอดลมที่มีถุงลม (respiratory bronchiole) โดยมีการขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยาก

### ปัจจัยเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย
  - 1.1 ลักษณะทางพันธุกรรม ที่สำคัญ คือ ยีนส์ที่ทำให้เกิดการขาดสาร antitrypsin ซึ่งมีรายงานพบได้ในประเทศไทยมีการสำรวจพบว่า น้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้ป่วย COPD เป็นโรคขาดสาร antitrypsin 8
  - 1.2 ภาวะ bronchial hyperresponsiveness มีผลส่งเสริมให้เกิดโรคง่ายขึ้น
  - 1.3 การเจริญเติบโตของปอดในช่วงวัยเด็ก ถ้ามีปัจจัยรบกวนจะทำให้สมรรถภาพปอดผิดปกติ
2. ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม
  - 2.1 คาร์บอนหุหรี เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคนี้ พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย COPD เกิดจากคาร์บอนหุหรี แต่ผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะป่วยเป็น COPD ไม่ถึงร้อยละ 20 แสดงว่ามีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง
  - 2.2 มลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะที่สำคัญคือ การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรต่าง ๆ (diesel exhaust)
  - 2.3 การติดเชื้อในระบบการหายใจในวัยเด็ก
  - 2.4 เศรษฐฐานะ พบมีความชุกเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำ

### อาการ

อาการของผู้ป่วย ได้แก่ หอบเหนื่อยซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ และ/หรือ ไอเรื้อรังมีเสมหะ โดยเฉพาะในช่วงเช้า ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สำคัญคือการสูบบุหรี่มาก ควรทำการสืบค้นเพิ่มเติมต่อไปเพื่อวินิจฉัยโรค อาการอื่นที่พบได้ คือ แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีดในกรณีที่มีอาการอื่น ๆ เช่น ไอ

เป็นเลือด หรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมอื่นเสมอที่สำคัญคือวัณโรค มะเร็งปอดและหลอดลมโป่งพอง

#### อาการแสดง

การตรวจร่างกายในระยะแรกอาจไม่พบความผิดปกติ เมื่อการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้นอาจตรวจพบลักษณะของ airflow limitation และ air trapping เช่น prolonged expiratory phase, increased chest A-P diameter hyper-resonance on percussion และ diffuse wheezes ฯลฯ ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของหัวใจด้านขวาล้มเหลว

#### การวินิจฉัยโรค

1. การตรวจทางรังสีวิทยา ภาพรังสีทรวงอกมีประโยชน์น้อยสำหรับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่น ในผู้ป่วย emphysema อาจพบ ลักษณะ hyperinflation คือ กะบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็ก ในผู้ป่วยที่มี cor pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวาและ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และ peripheral vascular marking ลดลง การตรวจ High Resolution CT (HRCT) ไม่มีความจำเป็นในการวินิจฉัย COPD แต่อาจช่วยในการแยกโรคอื่น

2. การตรวจสมรรถภาพปอด การตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้สไปโรเมทรีซ์ มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคและจัดลำดับความรุนแรง โดยจะพบลักษณะของ airflow limitation โดยค่า FEV1 / FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 และแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ร่วมกับอาการของโรค สำหรับค่า FVC ในระยะแรกจะปกติหรือลดลงเล็กน้อย ต่อมาเมื่อมี airflow limitation มากขึ้น ค่า FVC จะน้อยกว่าปกติได้ ในรายที่มีค่า FVC ลดต่ำมากโดยที่ค่า FEV1 ลงไม่มากต้องหาสาเหตุร่วมอื่น ๆ ด้วย การตรวจสมรรถภาพปอดอื่น ๆ อาจพบมีการเพิ่มขึ้นของค่า residual volume (RV), total lung capacity (TLC) และ RV/TLC ส่วนค่า diffusing capacity ต่อ carbon monoxide (DLco) อาจลดลง

3. การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง การตรวจระดับก๊าซในเลือดแดงมีประโยชน์เพื่อช่วยประเมินความรุนแรงของโรค และวางแผนติดตามการรักษา ในระยะแรกค่า PaO<sub>2</sub> จะปกติ เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น จะพบมีค่า PaO<sub>2</sub> ต่ำลง เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นอีก ค่า PaCO<sub>2</sub> จะสูงขึ้น

#### การวินิจฉัยแยกโรค

ที่สำคัญ คือ โรคหืด ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดลมโป่งพองและโรคต่าง ๆ ของ bronchiole อาการและอาการแสดงจะ มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา มี exacerbation รุนแรงมากและบ่อย สมรรถภาพปอด FEV1 < 30 % ของค่ามาตรฐาน

#### การรักษา

จุดมุ่งหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ

1. การบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง
2. ป้องกันการกำเริบของโรค

3. คงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุด

4. ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

โดยแบ่งการรักษาเป็นช่วงระยะสงบ (stable COPD) และช่วงที่มีการกำเริบของโรค (acute exacerbation of COPD)

### การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตกลับคืนสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และครอบครัว

1. การสังเกต และประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินระดับความรู้สึกตัว การได้รับออกซิเจนในเลือดอย่างเพียงพอ
2. การให้การบำบัดตามแผนการรักษา ได้แก่ การได้รับยาขยายหลอดลม การให้ยาปฏิชีวนะ
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว และช่วยให้สมองและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
4. ดูแลความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน สิ่งแวดล้อมและความสุขสบายอื่น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลีย
5. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ให้สารน้ำ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ โดยให้การพยาบาลอย่างถูกเทคนิคและปราศจากเชื้อ ฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ อาการหอบเหนื่อย ผิวกายเขียวคล้ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกคับข้องใจ รับฟัง และสังเกตพฤติกรรมการแสดงความรู้สึกโกรธของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้เวลาที่นานพอที่ผู้ป่วยจะได้ระบายความวิตกกังวล กลัว พร้อม ๆ กับการให้การสนับสนุนให้กำลังใจ
7. ประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง ให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

### เภสัชวิทยา

1. aminophylline(theophylline) ขอบ่งใช้ บรรเทาอาการหอบหืด การพยาบาลห้ามฉีดทางกล้ามเนื้อ วัตถุประสงค์ยาเพื่อระวังความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ และอาการชัก
2. dexamethasone ขอบ่งใช้ รักษาอาการแพ้อย่างเฉียบพลัน cerebral edema เนื่องจากเนื้องอกในสมอง craniotomy หรือ head injury การพยาบาล สังเกตและประเมินอาการข้างเคียง เช่น มีเลือดในอุจจาระ อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ น้ำหนักเพิ่ม 1 กิโลกรัมต่อวัน หรือ 21 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ หัวใจเต้นผิดปกติ หวหวะ ปวดท้อง ให้รับรายงานแพทย์
3. berodual ขอบ่งใช้ ยาขยายหลอดลม การพยาบาล วัตถุประสงค์ยา ติดตามดูหน้าที่ของปอด พยายามแผนการรักษา

4. ceftriazone ข้อบ่งใช้ ใช้รักษาอาการติดเชื้อแบคทีเรียบริเวณทางเดินหายใจ การพยาบาลเฝ้าระวังการเกิด anaphylaxis โดยติดตามอาการและอาการแสดงในการให้ยาครั้งแรก ได้แก่ pruritis, urticaria, angioedema, respiratory distress (bronchospasm), hypotension

5. lorazepam ข้อบ่งใช้ ใช้ในการจัดการโรควิตกกังวล คลายกังวลและทำให้ง่วงนอน การพยาบาล ระวังสัญญาณชีพ ระวังอุบัติเหตุหกล้มเนื่องจากอาการง่วง

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่อง และขั้นตอนการดำเนินการ

##### สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกประมาณว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive bronchitis: COPD) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 6 และเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน จากการเจ็บป่วยลำดับที่ 12 ของโลก ในปี พ.ศ. 2543 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีก 2.74 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคนี้อาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 3 และเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยลำดับที่ 5 ของโลก ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เป็นโรคนี้อีกประมาณร้อยละ 3.5 – 7 ของประชากรในปัจจุบัน ความเจ็บป่วยของโรคนี้อาจมีผลกระทบต่อทั้งในแง่ของคุณภาพชีวิตและการสูญเสียชีวิตซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี เชื้อชาติไทย มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากมา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย สามัญ 20/10 วันที่ 19 ตุลาคม 2552 เวลา 10.30 นาฬิกา ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอ และขอย้ายผู้ป่วยมารักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร ให้ยาบรรเทาอาการหอบเหนื่อย aminophylline 500 มิลลิกรัม ผสมใน 5 %D/W 500 มิลลิลิตร อัตราการไหล 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงพ่นขยายหลอดลม berodual 1 หลอดทุก 2 ชั่วโมง ให้ยาลดการอักเสบ dexamethasone 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ขณะมีอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขจนภาวะการหายใจหอบเหนื่อยดีขึ้น แพทย์ตรวจอาการผู้ป่วยและพิจารณาถอดท่อหลอดลมคอ เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2552 ให้ออกซิเจนทางท่อสอดจมูก 3 ลิตรต่อนาที ได้รับยาตามแผนการรักษา ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาลจนอาการของผู้ป่วยทุเลาลง สามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมไปพักฟื้นรักษาตัวและสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ 20/14 ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2552 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

##### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เพื่อประโยชน์ต่อผู้มารับบริการและหน่วยงาน
2. ศึกษาและรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากตำราเอกสารทางวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ

3. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูล ประเมินสภาวะร่างกายของผู้ป่วย

4. เรียบเรียงเนื้อหาภาคทฤษฎีและกรณีศึกษาเฉพาะราย สรุปปัญหาทางการพยาบาล เรียงตามลำดับความสำคัญ

5. นำข้อมูลทั้งหมดมาเรียบเรียงเป็นเอกสาร แล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบทบทวนความถูกต้อง และความเหมาะสมของผลงาน

6. ตรวจสอบก่อนพิมพ์ และหลังพิมพ์

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)

ไม่มี

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี เลขที่ภายนอก 5971/52 เลขที่ภายใน 12032/52 สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย ภูมิลำเนาจังหวัดกรุงเทพมหานคร รูปร่างสมส่วน มาโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 5 ปี รักษาโดยการรับประทานยา และพ่นยา รับประทานต่อเนื่อง ไม่มีประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร เคยสูบบุหรี่เมื่อ 20 ปีก่อนปัจจุบันเลิกสูบ ไม่มีประวัติเสพยาใดๆ 3 เดือนก่อนเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเวลา 1 เดือนกว่า อาการดีขึ้นแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน โดยให้ยาไปรับประทานที่บ้านและพ่นยาเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ไอมีเสมหะ หายใจมีเสียงวี๊ด (wheezing) ตลอดเวลา วัดสัญญาณชีพพบค่าความดันโลหิต 138/79 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 95 เปอร์เซ็นต์ ให้ออกซิเจนทางท่อสอดจมูก 3 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยพ่นยา berodual 1 หลอดจำนวน 3 ครั้งติดต่อกัน ให้ยาลดการอักเสบ dexamethasone 8 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันที หลังจากพ่นยา ขยายหลอดลมอาการไม่ดีขึ้น จึงรับไว้รักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายสามัญ 20/10 แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายสามัญ 20/10 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยตามตอบรู้เรื่อง มีอาการ หายใจหอบเหนื่อย และกระสับกระส่ายแพทย์ให้ออกซิเจนทางท่อสอดจมูก 3 ลิตรต่อนาที วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท ส่งเลือดตรวจ อิเล็กโทรลไลต์ ผลการตรวจพบ โซเดียม 137.2 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 135-145 มิลลิโมลต่อลิตร) โพแทสเซียม 3.36 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ 108 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร) ไบคาร์บอเนต 26 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 8-20 มิลลิโมลต่อลิตร) ตรวจการทำงานของไต BUN 17.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 12-20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ตรวจทางระบบโลหิตวิทยาผลการตรวจเม็ดเลือดขาว 10,200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร), neutrophils 58.5เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-75), lymphocytes 11.1 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20-50), monocytes

6.9 เฟอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 2-10), eosinophils 4.4 เฟอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 1-6), basophils 0.5 เฟอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 0-1) ความเข้มข้นของเลือด 34.2 เฟอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 36-48 เฟอร์เซ็นต์) ฮีโมโกลบิน 15.2 กรัมเฟอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 14-18 กรัมเฟอร์เซ็นต์) จำนวนเกร็ดเลือด 250,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 150,000-450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ผู้ป่วยมีอาการหายใจล้มเหลว แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal tube) เบอร์ 8 ระดับความลึก 21 เซนติเมตร ตำแหน่งมุมปาก และขอย้ายเข้ามารักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2552 เวลา 12.30 นาฬิกา เพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจหอบเหนื่อย และมีอาการกระสับกระส่าย สัญญาณชีพเรกรับ อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 138 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/70 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 92 เฟอร์เซ็นต์ แพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร โดยให้ออกซิเจน 40 เฟอร์เซ็นต์ ปริมาตร 500 ลูกบาศก์เซนติเมตร อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ตั้งเครื่องแบบควบคุมการหายใจ การรักษาแพทย์ได้ให้ยา dexamethasone 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง พ่นยา berodual 1 หลอดทุก 2 ชั่วโมง aminophyline 500 มิลลิกรัม ผสมใน 5 %D/W 500 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ อัตรา 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง prednisolone 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ceftriazone (ขนาด 1 กรัม) ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง chlopheniramine เพื่อลดน้ำมูก ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน lorazepam (1 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกและใส่สายสวนปัสสาวะ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest x-ray) วันที่ 19 ตุลาคม 2552 : the heart is of normal size with infiltration both upper lobes ให้อาหารทางสายยางให้อาหารทางจมูกเป็นอาหารปั่นความเข้มข้น (2:1) จำนวน 300 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ น้ำระหว่างมือจำนวน 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจล้มเหลว อัตราการหายใจ 24-28 ครั้งต่อนาที กระสับกระส่าย เหงื่อออกเต็มตัว สีหน้าอิดโรย การพยาบาล สังเกตลักษณะการหายใจหลังจากใส่เครื่องช่วยหายใจ วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายโดยจัดให้ออนพักผ่อน ให้ยารักษาอาการหอบเหนื่อย aminophyline 500 มิลลิกรัม ผสมใน 5 %D/W 500 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง dexamethasone 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง prednisolone 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพโดยเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ การเต้นของหัวใจเด่นไม่เป็นจังหวะ และอาการชัก ให้ยาขยายหลอดลม berodual 1 หลอด พ่นขยายหลอดลมทุก 2 ชั่วโมงพร้อมทั้งสังเกตการหายใจโดยดูว่าทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ช่วยเหลือขณะทำกิจกรรมต่างๆ จัดท่า high fowler's position เพื่อให้กระบังลมหย่อน ทรวงอกขยายตัวได้เต็มที่ เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะออกให้มากที่สุด และเมื่อไม่มีอาการเหนื่อยช่วยทำกายภาพบำบัดส่วนทรวงอก (chest physical therapy) การประเมินผลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงพบว่า อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 24-28 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 96 เฟอร์เซ็นต์ไม่มีภาวะcyanosis และวันที่ 23 ตุลาคม 2552 แพทย์ได้หยุดการให้ยา aminophyline, dexamethasone และ prednisolone แต่ยังคงมียาพ่นต่อเนื่อง และสั่งยา xanthium 200 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เย็น แพทย์เริ่มพิจารณาให้ยา เครื่องช่วยหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจใน mode CPAP (continuous positive airway pressure) สลับกับการใช้ออกซิเจน t-piece 10 ลิตร

ต่อมาที่ ทุก 1 ชั่วโมง ช่วงระยะเวลา 1-2 วันแรกหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 1 ชั่วโมงสลับกับ  
 การใช้ออกซิเจน t-piece 10 ลิตรต่อนาทีนาน 4 ชั่วโมง กลางคืนใส่เครื่องช่วยหายใจตลอด การพยาบาล วัดสัญญาณ  
 ชีพทุก 1 ชั่วโมงการประเมินผลพบว่า อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ความ  
 อิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 95-98 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีภาวะcyanosis แพทย์จึงให้ออกซิเจน t-piece 10 ลิตรต่อ  
 นาทียาวนานขึ้น ผู้ป่วยหายใจสะดวกและพักผ่อนนอนหลับได้ แผนการหยาเครื่องช่วยหายใจเริ่มยาวนานขึ้นโดยให้  
 ออกซิเจน t-piece 10 ลิตรต่อนาทีในเวลากลางวัน 12 ชั่วโมงสลับกับใช้เครื่องช่วยหายใจใน mode CPAPในเวลา  
 กลางคืน 12 ชั่วโมง การพยาบาล วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงพบว่า อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้งต่อนาที  
 อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 70- 90 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 98 เปอร์เซ็นต์ไม่มี  
 ภาวะcyanosis หลับได้เป็นพักๆ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ขั้นตอนต่อไปคือให้ผู้ป่วยหายใจเองใช้ออกซิเจน t-piece 10  
 ลิตรต่อนาทีโดยไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจตลอดวันเป็นเวลา 2 วันการพยาบาลประเมินระดับความรู้สึกตัว วัดสัญญาณ  
 ชีพทุก 1 ชั่วโมงพบว่า อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 80- 90 ครั้ง  
 ต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 96-98 เปอร์เซ็นต์ไม่มีภาวะcyanosis มีหลับได้เป็นพักๆ ไม่มีอาการ  
 หอบเหนื่อย วันที่ 30 ตุลาคม 2552 แพทย์จึงพิจารณาให้ถอดท่อหลอดลมคอทางปาก ได้ให้การพยาบาลก่อนถอดท่อ  
 หลอดลมคอทางปากโดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการถอดท่อหลอดลมค่ออก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติ  
 ตามได้อย่างถูกต้อง ดูแลเสมหะในปากและในท่อหลอดลมคอ ก่อนถอดท่อหลอดลมค่ออกเพื่อป้องกันการสำลักเอา  
 เสมหะในปากลงสู่ปอดเมื่อพร้อมคลุมออกจากกระเปาะลม (cuff) และตัดเชือกผูกท่อแนะนำให้ผู้ป่วยอ้าปากพร้อม  
 ดึงท่อหลอดลมค่ออกและให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาทีนาน 8 ชั่วโมง การพยาบาลวัดความอิ่มตัวของ  
 ออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 95 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีภาวะ cyanosis ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้นยิ้มแย้มและแสดงความดีใจ จึง  
 เปลี่ยนมาใส่ออกซิเจนทางท่อสอดจมูก 3 ลิตรต่อนาที การพยาบาลที่ให้คือ วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง การ  
 ประเมินผล อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-24 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 70- 100 ครั้งต่อนาที  
 ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 97 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาสีหน้า  
 วิตกกังวล นอนไม่หลับ การพยาบาลอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอ การให้ยาผลเสียที่ได้รับหากไม่  
 รักษา พร้อมทั้งให้กำลังใจ การสื่อสารเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกับฟังปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้  
 กระดาษและปากกาในการเขียนบอกความต้องการหรือหากต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติมจากพยาบาลก็ใช้กริ่งกดเรียกได้  
 ตลอดเวลา ให้ยา lorazepam (1 mg) 1 เม็ด ทานก่อนนอน การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นให้ความร่วมมือใน  
 การรักษาเป็นอย่างดี เข้าใจเรื่องอาการ และแผนการรักษา นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ทรพยาเกิดภาวะ  
 เครียดเนื่องจากการเจ็บป่วยของสามีและสามีแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวใส่ภรรยา ภรรยามีสีหน้าเครียด พร้อมทั้งถาม  
 อาการของสามีบ่อยครั้ง ผู้ป่วยแสดงอาการไม่พอใจที่ภรรยาทำอะไรไม่ถูกใจ การพยาบาลให้ข้อมูลแก่ภรรยาเรื่อง  
 อาการ การรักษาการวางแผนร่วมกันการเข้าใจถึงสภาพจิตใจในสภาวะเจ็บป่วยปลอบใจและให้กำลังใจพร้อมทั้ง  
 แสดงความช่วยเหลือหากญาติต้องการ การประเมินผล ภรรยามีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น มาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ผู้ป่วย  
 เลี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกาย จากการใช้เครื่องช่วยหายใจนานเกิน 48 ชั่วโมงและคาสายสวนปัสสาวะ มีเสมหะ



ลักษณะเหลวใส การพยาบาล วัตถุประสงค์หุ้มร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ทำความสะอาดร่างกายเช็ดตัวเข้า-เย็น ป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลเสมหะโดยยึดหลัก aseptic technique เปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ ทุก 7 วัน ตรวจสอบไม่ให้มีน้ำค้างสายเครื่องช่วยหายใจและเอน้ำจากสายเครื่องช่วยหายใจทุก 2 ชั่วโมงทำความสะอาดปากและฟัน โดยการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ขณะให้อาหารทางสายยางทางจมูกจัดท่านั่งศีรษะสูง 45 องศาเพื่อป้องกันการสำลัก ให้ยา chlopheniramine เพื่อลดน้ำมูก ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ให้ยา ceftriazone (ขนาด 1 กรัม) ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง วันที่ 26 ตุลาคม 2554 เจาะเลือดส่งตรวจโลหิตวิทยา ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สังเกตสี ลักษณะกลิ่นและปริมาณของปัสสาวะ ให้น้ำระหว่างมือจำนวน 1,000 มิลลิลิตรต่อวันตามแผนการรักษา ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็น หมั่นบีบคลึงสายสวนคาปัสสาวะป้องกันการเกิดตะกอนอุดตัน ระวังไม่ให้สายปัสสาวะตกท้องช้าง เพราะจะทำให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับและการไหลออกของปัสสาวะไม่สะดวก ยกกระดานสูงปัสสาวะสูงขึ้นห่างจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตรเพื่อป้องกันการเกาะตัวของเชื้อโรคจากพื้นสู่ระบบทางเดินปัสสาวะ ก่อนและหลังการเทปัสสาวะใช้สำลีแอลกอฮอล์เช็ดทุกครั้งพร้อมใส่จุกปิดและให้อยู่ในระบบปิด การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีไข้ วัตถุประสงค์หุ้มร่างกาย 36.3-36.7 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีอาการเหนื่อย ไอเป็นพัก ๆ มีเสมหะสีขาวขุ่น ปริมาณเล็กน้อย วันที่ 26 ตุลาคม 2554 แพทย์หุคให้ยา ceftriazone และยา chlopheniramine ผลการตรวจเม็ดเลือดขาว 10,600 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร, neutrophils 76.5เปอร์เซ็นต์, lymphocytes 13.1 เปอร์เซ็นต์, monocytes 6.9 เปอร์เซ็นต์, eosinophils 3.8 เปอร์เซ็นต์, basophils 0.5 เปอร์เซ็นต์ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest x-ray) วันที่ 25 ตุลาคม 2552 : the heart is of normal size with decrease infiltration both upper lobes ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน วันที่ 26 ตุลาคม 2552 ถอดสายสวนคาปัสสาวะออก การพยาบาลเพิ่มเติมแนะนำผู้ป่วยให้ปัสสาวะใส่กระบอกรองรับปัสสาวะ สังเกตภายหลังจากถอดสายสวนปัสสาวะในเวลา 8 ชั่วโมง มีปัสสาวะอย่างน้อย 200 มิลลิลิตร การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ จำนวน 900 มิลลิลิตรในเวลา 8 ชั่วโมงลักษณะปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอนไม่มีอาการปวด แสบ ชัด เวลาปัสสาวะ สรุปลักษณะปัสสาวะไม่มีอาการติดเชื้อในระบบทางหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ และไม่มีอาการติดเชื้อในร่างกาย ผู้ป่วยอาจได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เพียงพอ และอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล การพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกร่างกายของผู้ป่วย อาการอ่อนเพลีย ความตึงตัวของผิวหนัง การได้รับอาหารในแต่ละมื้อ โดยวิธีให้อาหารทางสายยางทางจมูกเป็นอาหารปั่นความเข้มข้น (2:1) จำนวน 300 มิลลิลิตรวันละ 4 มื้อ และน้ำ 50 มิลลิลิตรต่อมื้อ น้ำระหว่างมือจำนวน 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสีหน้าสดชื่น ผิวหนังมีความตึงตัวดี ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ โซเดียม 135.20 มิลลิโมลต่อลิตร, โพแทสเซียม 3.52 มิลลิโมลต่อลิตร, กลอไรด์ 100 มิลลิโมลต่อลิตร, ไบคาร์บอเนต 22 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 8-20 มิลลิโมลต่อลิตร) วันที่ 30 ตุลาคม 2552 ถอดสายยางให้อาหารทางจมูกออก โดยแพทย์เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อน 3 มื้อต่อวัน แต่ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บคอหลังจากถอดท่อหลอดลมคอทางปาก การพยาบาลเพิ่มเติม ดูแลลักษณะผู้ป่วยรับประทานอาหาร ให้กำลังใจและสอบถามความต้องการของผู้ป่วย แนะนำให้ญาติจัดซื้ออาหารมาให้ผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยรับประทานอาหาร

ได้ 10-12 คำต่อมือ ผู้ป่วยร่างกายแข็งแรงขึ้นสามารถลุกนั่งและรับประทานอาหารเองได้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วันจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย การพยาบาลช่วยพลิกตะแคงตัว นวดบริเวณหน้าท้องเพื่อกระตุ้นการขับถ่าย กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยได้แก่ผักและผลไม้ ให้ยา senokot ครั้งละ 2 เม็ดก่อนนอน การประเมินผล พบว่าผู้ป่วยได้รับน้ำวันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร ปัสสาวะ วันละ 1,200-2,200 มิลลิลิตร ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ต่อวันลักษณะแข็งต้องใช้แรงเบ่งมากทำให้เหนื่อยมากขึ้น การพยาบาลจึงต้องล้วงอุจจาระให้ผู้ป่วย การประเมินผลผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ไม่บ่นแน่นอึดอัดท้อง ผายลมได้ดี ถ่ายอุจจาระเอง 1-2 วันต่อครั้งไม่มีปัญหาท้องผูกแพทย์จึงหยุดให้ยาระบาย วันที่ 30 ตุลาคม 2552 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สีน้ำแฉะใสขึ้น วัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 113/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ใส่ออกซิเจนทางท่อสอดจมูก 3 ลิตรต่อลิตร ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะออกเองได้ รับประทานอาหารได้ครบทุกมื้อ แพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมได้ จึงย้าย ไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ 20/14 ส่งต่อปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องคือ อาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวซ้ำ ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ท้องผูก ภาวะจิตสับสน รวมถึงการค้นหาสาเหตุของการนอนโรงพยาบาลซ้ำ เมื่อไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถลุกขึ้นทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2552

## 7. ผลสำเร็จของงาน

จากการให้ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ในระหว่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบปัญหา 6 ปัญหา ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข จนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและ ถอดท่อหลอดลมคอ ถอดสายยางให้อาหารทางจมูกและถอดสายสวนปัสสาวะได้ สภาพของผู้ป่วย ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ลุกนั่งรับประทานอาหารได้เอง ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการของโรค และให้พยาบาลที่สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นแพทย์จึงย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ 20/14 อีก 1 วันไม่พบอาการผิดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆจึงอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2552 รวมวันนอน 12 วัน

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เป็นแนวทางปฏิบัติ การพัฒนาทักษะความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้จากการให้คำแนะนำของพยาบาลในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ พบว่าพยาบาลขาดการค้นหาสาเหตุที่ผู้ป่วยต้องเข้ามานอนในโรงพยาบาลซ้ำ และไม่ได้ยื่นแก่ผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้าเนื่องจากไม่มีแพทย์ประจำในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม อุปกรณ์ของเครื่องช่วยหายใจไม่เพียงพอต่อการใช้งาน บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลอย่างรวดเร็ว

## 10. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาล ควรค้นหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำและประสานงานกับพยาบาลเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีแพทย์ประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
3. ควรมีสุนัขเครื่องช่วยหายใจดูแลด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจโดยเฉพาะ
4. ควรจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....ไพลิน พิษัยณรงค์.....

(นางสาวไพลิน พิษัยณรงค์)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....12...../.....ก.ค...../.....2554.....

ลงชื่อ.....สมปอง กล่อมขาว.....

(นางสาวสมปอง กล่อมขาว)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

ลงชื่อ.....ชววิทย์ ประดิษฐบาทุกา.....

(นายชววิทย์ ประดิษฐบาทุกา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง

หมายเหตุ: ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับในช่วง เวลา 19 ตุลาคม 2552-1 พฤศจิกายน 2552

คือ นายชววิทย์ ประดิษฐบาทุกา

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวไพลิน พิชัยณรงค์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

( ตำแหน่งเลขที่ รพก. 263 ) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

เรื่อง จัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำเรื่องวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**หลักการและเหตุผล**

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินหายใจ จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2551-2553) เฉลี่ยปีละ 45 ราย ปอดของผู้ป่วยจะเกิดการอักเสบเรื้อรังทำให้มีเยื่อเมือกเกิดขึ้นมาก มีการตีบแคบของหลอดลม และส่วนของถุงลมที่ถูกทำลายจะมีการขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร ทำให้การไหลเวียนของอากาศในปอดเป็นไปอย่างยากลำบากมีการดำเนินของโรคอยู่ตลอด อาการของผู้ป่วยจะทรุดลงเรื่อย ๆ และเมื่อเป็นโรคนี้แล้ว การใช้ยาขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการจะไม่สามารถทำให้สภาวะของหลอดลมกลับมาอย่างเดิม การรักษาจึงเป็นการบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกันการกำเริบของโรค และคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้ให้เสื่อมลงช้าที่สุด ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษา รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด และการใช้ยาอย่างถูกวิธี เพื่อจะได้นำความรู้เหล่านี้ไปใช้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย จึงได้จัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำเรื่องวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย**

1. เพื่อเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติสามารถดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้
3. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

**กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ**

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่พยาบาลมักจะเป็นผู้สนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำด้วยตนเองไม่ได้ แต่เมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาล พยาบาลต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองเพียงใด บริการทางการพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยนั้น จะเป็นในรูปแบบของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือดังนี้ คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งโอเร็ม (Orem,1991) เรียกการพยาบาลแบบนี้ว่าระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในระบบนี้ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล โดยผู้ป่วยจะได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากพยาบาลดังนี้

1. การชี้แนะ พยาบาลชี้แนะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้เลิก และใช้วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้เลือก และตัดสินใจการดูแลตามความเหมาะสม

2. การสนับสนุน พยาบาลคอยให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ รับฟังปัญหา ให้กำลังใจ จัดหาข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ

3. การสอน เป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการพัฒนาความรู้ความสามารถ หรือทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพโดยให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตัว การให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการดูแลตนเอง เช่น ฝึกการบริหารปอด การฝึกไอ เป็นต้น

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น จัดหาเอกสารสื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ และมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษา เช่น การใช้ยาพ่น การฝึกบริหารสมรรถภาพปอด ตลอดจนสามารถปรับตัวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง และสามารถดูแลรักษาตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การให้ความรู้และการสนับสนุนส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการจัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำเรื่องวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดจะช่วยพัฒนาความสามารถและทักษะของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ส่งเสริมสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารักษาที่โรงพยาบาล  
2. แนะนำในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบไปด้วย

2.1 โรค สาเหตุ อาการ อาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.2 ภาวะสุขภาพบำบัดทรวงอก โดยวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารการหายใจหรือการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลมร่วมกับการหายใจแบบห่อปาก โดยมีภาพประกอบ (การออกกำลังกาย ได้แก่ การอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย การบริหารต่าง ๆ)

2.3 การออกกำลังกาย ได้แก่ การอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย การบริหารต่าง ๆ

3. นำข้อมูลมาเรียบเรียง และจัดพิมพ์เป็นเอกสารประกอบคำแนะนำ

4. นำเอกสารที่จัดพิมพ์เสนอให้หัวหน้าหน่วยงาน และผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

5. จัดทำเอกสาร และ นำเอกสารที่จัดพิมพ์แจกให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ประเมินผลหลังให้ความรู้กับผู้ป่วย

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 28 วัน ในโรคเดิม

#### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
2. อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงเหลือร้อยละ 10
3. หน่วยงานมีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับพยาบาลจำนวน 2 ชุด

ลงชื่อ.....ไพลิน พิษขจรศักดิ์

(นางสาวไพลิน พิษขจรศักดิ์)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 12 / ก.ค. / 2554