

ผลงานประกอบการพิจารณาบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมอย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ

เสนอโดย

นางสาววัชรินทร์ หาญกล้า

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 488)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 12 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม 2550 ถึง วันที่ 9 มกราคม 2551)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงกลุ่มโรคที่มีลักษณะของทางเดินหายใจภายในปอดตีบแคบหรืออุดกั้นแบบเรื้อรัง แม้การอุดกั้นนี้สามารถกลับคืนได้แต่เป็นบางส่วนเท่านั้น และการอุดกั้นนี้ยังลุกลามเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ร่วมกับมีลักษณะของปฏิกิริยาการอักเสบที่ผิดปกติของปอดต่ออนุภาคของสารหรือก๊าซต่าง ๆ ที่เป็นพิษ การอุดกั้นดังกล่าวเกิดจากพยาธิสภาพที่ผนังหลอดลมส่วนล่างและถุงลมร่วมกัน โดยมีสัดส่วนมากน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย (ชายชาญ โพธิรัตน์ .2551 : 408)

สาเหตุ

1. การสูบบุหรี่ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณมากหรือระยะเวลาสูบนาน จะมีผลต่อหลอดลมอักเสบ ทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะเรื้อรัง อาการดังกล่าวจะรุนแรงขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบบ่อยขึ้น และระยะเวลาในการสูบนานขึ้น แต่เมื่อหยุดสูบบุหรี่อาการต่าง ๆ จะลดน้อยลง
2. บุคคลที่สูดควันบุหรี่โดยไม่ได้สูบบุหรี่ บุคคลเหล่านี้มักอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแต่ควันบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ส่วนใหญ่เป็นเด็กหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่สูบบุหรี่ประจำ
3. มลพิษในอากาศ (air pollution) ประกอบด้วย ฝุ่นละออง ควัน สารมีพิษ ก๊าซต่าง ๆ เช่น ไนโตรเจนไดออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ สารพวกไฮโดรคาร์บอนจากเครื่องยนต์ เมื่อหายใจเข้าไปทุก ๆ วันก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ
4. อายุ เพศ เชื้อชาติ สภาพแวดล้อมทางสังคมและอาหาร
 - 4.1 ในคนสูบบุหรี่และอายุมาก โอกาสของการเกิดโรคนี้นับว่ามากขึ้น
 - 4.2 เพศชายมีอาการทางระบบทางเดินหายใจจากการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง
 - 4.3 อัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบมากในคนผิวขาวมากกว่าผิวดำ
 - 4.4 อัตราการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคนฐานะทางเศรษฐกิจต่ำพบมากกว่าในคนฐานะทางเศรษฐกิจดี
 - 4.5 เด็กเกิดในครอบครัวที่มีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีโอกาสเกิดเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอนาคตได้มากขึ้น
5. อาชีพการงาน อาชีพบางอย่าง เช่น การทำเหมืองถ่านหิน โรงงานสีข้าว ช่างเชื่อมโลหะ เป็นต้น ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับการอุดกั้นของทางเดินหายใจ มีการลดลงของสมรรถภาพการทำงานของปอดและก่อให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น

6. การตอบสนองไวเกินของหลอดลม (hyperresponsive airway) ความไวของหลอดลมในการตอบสนองต่อสารที่มากกระตุ้นของแต่ละคนไม่เท่ากัน ในคนที่มีความไวในการตอบสนองต่อสารที่มากกระตุ้นมากจะมีการลดลงของสมรรถภาพการทำงานของปอดมากขึ้นตามลำดับ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เพิ่มขึ้น

7. ความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ (genetic abnormality) โดยขาดสาร Alpha 1 – antitrypsin ซึ่งมีหน้าที่ยับยั้ง neutrophil elastase ไม่ให้ทำลายเนื้อปอด พบมากในชาวยุโรปเหนือมากกว่าชาวเอเชีย

8. ภาวะติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเชื้อไวรัสมากกว่าเชื้อแบคทีเรีย และพบว่าการติดเชื้อแบคทีเรียมักเกิดตามหลังการติดเชื้อไวรัส

พยาธิวิทยา

เริ่มจากการสูดหายใจที่มีอนุภาคหรือก๊าซพิษเป็นประจำ ซึ่งมีสารอนุมูลอิสระ (oxidant) ต่าง ๆ มากมาย สารอนุมูลอิสระที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นจะไปกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มจำนวนของเซลล์เม็ดเลือดขาวจำนวนมากเพื่อทำลายสารพิษต่าง ๆ เกิดการระคายเคือง มีผลให้เกิดการเจริญงอกเกินของต่อมหลังมูกที่ผนังหลอดลม ทำให้มีการหลั่งมูกมากขึ้นกว่าปกติ เซลล์ขนกวัดของหลอดลมทำหน้าที่ได้น้อยลง การพัดโบกกำจัดมูกและสารพิษลดลง เกิดการคั่งของเสมหะในหลอดลมทำให้มีอาการไอเรื้อรังเพื่อขับเสมหะออกมา นอกจากนี้กล้ามเนื้อหลอดลมเจริญหนาตัวขึ้น ร่วมกับการคั่งค้างของเสมหะในหลอดลมส่งผลให้ผนังหลอดลมมีขนาดเล็กลง และผนังถุงลมที่อยู่รอบเกิดการอักเสบและถูกทำลายแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง การอักเสบของผนังหลอดลมขนาดเล็กทำให้มีการตีบแคบของหลอดลม ขณะเดียวกันการอักเสบและการทำลายของผนังถุงลมที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องทำให้ปอดเสียความยืดหยุ่นของหลอดลม และทำให้ช่องทางเดินอากาศของแขนงหลอดลมต่าง ๆ ที่อยู่ท่ามกลางถุงลมแฟบหรือแคบลง เพราะไม่มีแรงถ่างพุงให้คงสภาพเปิดเนื่องจากเส้นใยของผนังถุงลมที่คอยถ่างพุงผนังหลอดลมถูกทำลายจนเหลือปริมาณน้อยลงมาก ฉะนั้น การอุดกั้นทางเดินอากาศในผู้ป่วยโรคนี้ จึงเป็นผลร่วมกันของการอักเสบของหลอดลมขนาดเล็ก การทำลายผนังถุงลม การหดตัวของหลอดลม ตลอดจนการที่มีสารมูกหลังมากผิดปกติ

อาการและอาการแสดง

1. หอบเหนื่อย
2. อาการไอมีเสมหะเรื้อรัง เป็นอาการหนึ่งซึ่งพบบ่อยรองจากอาการหอบเหนื่อย
3. อาการอื่น ๆ นอกจากผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงทางกายแล้ว โรคนี้ยังมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจและอารมณ์อย่างรุนแรงอีกด้วย เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด โมโหง่าย ไม่มั่นใจ หดหู่ ซึมเศร้า หวาดกลัวและระแวง เป็นต้น หากมีปอดอักเสบหรือมีอาการกำเริบเฉียบพลันแทรกอาจทำให้หอบเหนื่อยจนอ่อนล้า กระสับกระส่ายหรือซึมลง หรือเข้าสู่ภาวะช็อก จนกระทั่งเสียชีวิตได้

การวินิจฉัย

1. รังสีวิทยา พบว่ามีสนามปอดใหญ่ขึ้นและดำ ไม่เห็นลายเส้นซึ่งเป็นลักษณะของหลอดเลือดและหลอดลม กะบังลมมีลักษณะแบนราบและทรวงอกมีความหนามากขึ้นจนบางครั้งผนังอกด้านหน้าบริเวณกระดูกสันอก (sternum) โด้งออกมา เนื่องจากปอดมี hyperinflation ทำให้ตำแหน่งของกะบังลมต่ำมากกว่าคนปกติ หัวใจมีขนาดเล็กลง อาจพบเงาของหัวใจห้องล่างขวาโตร่วมด้วย

2. การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas test)

การตรวจหาระดับก๊าซในเลือดแดงมีจุดประสงค์ คือ ช่วยในการวินิจฉัยโรค ประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่มีภาวะกำเริบของโรค และหาระดับค่าก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงเพื่อเป็นข้อบ่งชี้ในการให้ long term oxygen therapy

3. การทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอด (lung function test) มีจุดมุ่งหมายเพื่อ

- 3.1 ตรวจหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเริ่มต้น
- 3.2 ยืนยันการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 3.3 ประเมินความรุนแรงของโรค และติดตามการดำเนินของโรค
- 3.4 ดูการตอบสนองการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม

การรักษา

การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. การรักษาระยะอาการกำเริบปัจจุบันในโรงพยาบาล ได้แก่

- 1.1 ค้นหาและรักษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกำเริบของโรค เช่น ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น
- 1.2 การใช้ยาขยายหลอดลม การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมมีข้อดีคือ ออกฤทธิ์เร็วและฤทธิ์เฉพาะที่ ใช้ปริมาณยาเพียงเล็กน้อยก็เพียงพอสำหรับการรักษาและผลข้างเคียงของยามีน้อย
- 1.3 ยาต้านจุลชีพ (antibiotic drug) การใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะ acute exacerbation พบว่า ได้ประโยชน์มากกว่าที่จะไม่ให้
- 1.4 การกำจัดเสมหะ เพื่อลดการอุดกั้นของทางเดินหายใจในผู้ป่วย
- 1.5 การให้ออกซิเจน จุดประสงค์ที่สำคัญของการให้ออกซิเจนคือการแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน

1.6 การใช้เครื่องช่วยหายใจ (assisted ventilator)

2. การรักษาระยะยาวที่บ้าน ได้แก่

- 2.1 ป้องกันการดำเนินต่อไปของโรค โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด อยู่ในสถานที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปราศจากมลพิษทางอากาศ เช่น ฟันละออง ควันท่อไอเสียรถยนต์ เป็นต้น

2.2 ลดการอุดตันของทางเดินหายใจ ทำได้โดยการรักษาและป้องกันการติดเชื้อ การใส่ยาขยายหลอดลม

2.3 รักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยการให้วัคซีน การใส่ยาต้านจุลชีพ แพทย์มักให้ยาระยะสั้น 7 – 10 วัน และการให้ออกซิเจนระยะยาว วิธีที่ง่ายและนิยมที่สุดคือ การให้ออกซิเจนทางท่อสอดจมูก

2.4. การเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย เป็นการเพิ่มคุณภาพของชีวิต ทำให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย

2.4.1 การบริหารการหายใจ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการหายใจ ทำให้หายใจเข้าได้ดีขึ้น ลดงานของการหายใจ ทำให้รู้สึกเหนื่อยหอบลดลง

2.4.2 การฝึกผ่อนคลาย จะช่วยลดการใช้ออกซิเจน และลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

2.4.3 การฝึกออกกำลังกาย เป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะการออกกำลังกายช่วยรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อข้อต่อต่าง ๆ ให้มีการเคลื่อนไหว นอกจากนี้การออกกำลังกายช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดดีขึ้นอย่างมาก มีอาการเหนื่อยหอบลดน้อยลง สามารถออกแรงเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

การพยาบาล

1. สังเกตและประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพต่าง ๆ บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ติดตามผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ

2. ดูแลท่อหลอดลมคอและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยเคาะปอดให้ผู้ป่วยและดูดเสมหะ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและแร่ธาตุอย่างเพียงพอ

6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลหรือทำหัตถการต่าง ๆ ทุกครั้ง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

7. เปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมให้กำลังใจ หากอุปกรณ์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อกับญาติและเจ้าหน้าที่

8. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน สิ่งแวดล้อม และความสุขสบายอื่น ๆ

9. ให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้กลับบ้าน

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง พยาธิวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรคและการรักษา
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ทฤษฎีของมาสโลว์ ที่กล่าวว่า มนุษย์มีความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อากาศ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ความรัก และการยอมรับจากผู้อื่นว่าตนเองมีคุณค่า ต้องการการพึ่งพาซึ่งกันและกันในสังคม
4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease ; COPD) เป็นกลุ่มโรคที่มีลักษณะของทางเดินหายใจภายในปอดตีบแคบหรืออุดกั้นแบบเรื้อรัง เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา จากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นลำดับที่ 4 ของโลก ในปี พ.ศ. 2545 ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้สูงถึง 2.75 ล้านคนหรือร้อยละ 4.8 ของการเสียชีวิตทั่วโลก คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 มีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยเพิ่มและเสียชีวิตมากขึ้นเกือบ 2 เท่า ซึ่งจะเป็นสาเหตุเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรโลก ขณะที่สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง เช่น โรคปอดอักเสบ เอชไอและโรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้โรคนี้ยังเป็นโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมสูงมาก เนื่องจากก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญ ที่ต้องทำให้มารับการรักษาจากแพทย์ มาห้องฉุกเฉิน ขาดงาน และนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูลทางด้านวิชาการเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากตำราในห้องสมุด โรงพยาบาล สื่อวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพ และวารสารทางการแพทย์และพยาบาล
2. เลือกผู้ป่วยกรณีศึกษา โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี เชื้อชาติไทย HN 26445/47 AN 15451/50 มาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาวะที่มีการกำเริบเฉียบพลัน รับเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม วันที่ 29 ธันวาคม 2550 เวลา 00.10 นาฬิกา ได้รับการรักษาตามอาการของโรค ใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจประมาณ 9 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นสามารถถอดท่อหลอดลมคอได้ หายใจในบรรยากาศห้องได้ดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสาเหตุ

ที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาจนอาการของผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์ย้ายผู้ป่วยไปนอนสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ ไม่พบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 9 มกราคม 2551 เวลา 14.30 นาฬิกา

3. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาจัดทำเป็นเอกสาร นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อชี้แนะแนวทางและตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบ ใส่ท่อช่วยหายใจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขณะใส่ผู้ป่วยต่อต้าน ได้ยานอนหลับ (Diazepam) ทางหลอดเลือดดำ รับเข้าการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม แรกรับผู้ป่วยซึม หายใจทางท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดที่ควบคุมด้วยปริมาตร ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่มีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจ 20-25 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำ 79/41 มิลลิเมตรปรอทจากการใส่รับยานอนหลับทางหลอดเลือดดำ ให้สารน้ำ 0.9%NSS 600 มิลลิลิตรใน 30 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ ความดันโลหิตขึ้นมาอยู่ในระดับปกติ 119/76 มิลลิเมตรปรอท แรกรับผู้ป่วยไม่มีไข้ วัดอุณหภูมิได้ 36.6 องศาเซลเซียส แต่ผลการตรวจเม็ดเลือดขาวในเลือดทางห้องปฏิบัติการ 14,800 cell/cu.mm. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีลักษณะเป็นเส้นฝ้าขาวหนา ๆ กระจายอยู่ที่ปอดทั้งสองข้าง (Interstitial thickening at both lungs) แพทย์พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเซฟไตรอะโซน (Ceftriazone) 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง วันที่ 30 ธันวาคม 2551 ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส แพทย์เพิ่มยาปฏิชีวนะอะมิคิน (Amikin) 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยได้รับยา 12 วัน ไม่มีไข้เกิดขึ้น อุณหภูมิประมาณ 36.1-37.1 องศาเซลเซียส ผลการตรวจเม็ดเลือดขาวในเลือดทางห้องปฏิบัติการลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ 7,600 cell/cu.mm. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีลักษณะเป็นเส้นฝ้าขาวที่ปอดทั้งสองข้างลดลง แพทย์เปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะจากยาฉีดทางหลอดเลือดดำเป็นยารับประทาน อ็อกเมนดิน (Augmentin) 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร แรกรับผู้ป่วยได้รับการดื่มน้ำคอกอาหารทางปาก ใส่รับยาเซฟซอน (Zefxon) 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยลดกรดในกระเพาะอาหาร เจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด 1 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและประเมินภาวะน้ำตาลของผู้ป่วย ค่าน้ำตาลในเลือด 108 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมต่ำ 3.4 mmol/l ใส่รับการแก้ไขโดยให้ยาอิเล็กเซอร์โพแทสเซียม-คลอไรด์ (Potassium chloride elixir : Kcl elixir) 30 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง

2 ครั้ง หลังได้รับยาเลือดตรวจระดับโพแทสเซียมในเลือดขึ้นมาเป็น 4 mmol/l ต่อมาผู้ป่วยได้รับ
 เजाการให้อาหารปั่น (1:1) 250 มิลลิลิตร ทางสายยาง 4 เวลา ซึ่งผู้ป่วยรับได้ แพทย์เปลี่ยนยา
 ลดกรดที่ให้ทางหลอดเลือดดำเป็นยารับประทานไมราซิด (Miracid) 1 เม็ด ก่อนอาหาร 3 เวลา ผู้ป่วย
 มีภาวะท้องผูก ได้ยาระบายซีโนกอต (Senokot) 2 เม็ด รับประทานก่อนนอนทุกวัน และเหน็บยา
 ระบายดัลโคแลค (Dulcolax) 1 เม็ดทางทวารหนัก 1 ครั้ง หลังได้ยาผู้ป่วยมีการขับถ่ายปกติ ผู้ป่วยพัก
 รักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนาน 10 วัน อาการดีขึ้น ได้รับการถอดท่อหลอดลมคอ และย้าย
 ออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมในวันที่ 7 มกราคม 2551 เวลา 09.00 นาฬิกา ให้ผู้ป่วยพักฟื้นต่อที่
 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายประมาณ 3 วัน ผู้ป่วยหายใจในสภาพอากาศปกติได้โดยไม่มีอาการ
 เหนื่อยหอบ ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในระหว่างที่อยู่ในความดูแลพบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการเกิดพยาธิสภาพ
 ที่ปอด

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินและสังเกตอาการผิดปกติ บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ดูแล
 การทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ดูแลเสมหะและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนในปอดเพิ่มขึ้นจากการใส่ท่อหลอดลมคอ
 และเครื่องช่วยหายใจ

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อแทรกซ้อนในปอดเพิ่มขึ้นจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินและสังเกตอาการผิดปกติ บันทึกสัญญาณชีพทุก 1-4 ชั่วโมง
 ให้การพยาบาลตามหลักปราศจากเชื้อ สังเกตลักษณะของเสมหะ ดูแลความสะอาดปากและฟัน จัดทำ
 นอนศีรษะสูงและดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ใส่สายสวนตามหลักปราศจากเชื้อ
 ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้ง ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์วันละอย่างน้อย 2 ครั้งหรือทุก
 ครั้งที่ถ่ายอุจจาระและดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยา Elixir KCl ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้อไม่มีแรง ปฏิกริยาตอบสนอง (reflex) ต่าง ๆ ของร่างกายน้อยลง อาการอ่อนเพลีย กระจายน้ำ อาเจียนและท้องอืดได้ เป็นต้น ติดตามผลการตรวจโพแทสเซียมในเลือดทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ จากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ

กิจกรรมการพยาบาล ดูแลและประเมินบริเวณที่ให้สารน้ำทุก 2 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามหลักปราศจากเชื้อ เปลี่ยนสายและบริเวณที่ให้สารน้ำทุก 3 วัน

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารเองไม่ได้ จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความตึงตัวของผิวหนังและความชุ่มชื้นของริมฝีปาก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษา สังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค สถานะที่เป็นอยู่และแผนการรักษาพยาบาล

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและเอาใจใส่

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก จากการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องผูก

กิจกรรมการพยาบาล กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว ดูแลให้ได้รับยาระบายตามแผนการรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

7. ผลสำเร็จของงาน

ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะกำเริบของโรค เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมวันที่ 29 ธันวาคม 2550 เวลา 00.10 นาฬิกา ได้รับการรักษาตามอาการของโรคและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ ใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจประมาณ 9 วัน สามารถถอดท่อหลอดลมคอได้ แพทย์ย้ายผู้ป่วยไปนอนสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญอีก 3 วัน ไม่พบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้วันที่ 9 มกราคม 2551 เวลา 14.30 นาฬิกา รวมระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน สภาพผู้ป่วยก่อนพ้นจากความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี หายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ รับประทานอาหารได้ดี อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 85 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94 / 70 มิลลิเมตรปรอท

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
2. เป็นแนวทางปฏิบัติ การพัฒนาทักษะความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้จากการให้คำแนะนำของพยาบาลในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแล ฝ้าติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 – 60 นาที คุระดับความรู้สึกตัว บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากภาวะกำเริบของโรคอาจทำให้มีอาการหอบเหนื่อยจนอ่อนล้า กระสับกระส่ายหรือซึมลง หรือเข้าสู่ภาวะช็อก จนกระทั่งเสียชีวิตได้
2. การใช้เครื่องมือที่มีความยุ่งยากสลับซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เป็นต้น พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยสูงอายุ มีอาชีพค้าขายอยู่ริมถนน ซึ่งเต็มไปด้วยมลภาวะต่าง ๆ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค เมื่อผู้ป่วยหายหรืออาการทุเลาพอที่จะกลับบ้านได้

พยาบาลผู้ดูแลต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน โดยปรับให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถนำกลับไปปฏิบัติได้

10. ข้อเสนอแนะ

- 1. พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป อาจทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
- 2. หน่วยงานควรจัดให้มีการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เป็นต้น เพื่อให้เกิดทักษะ มีความชำนาญในการใช้เครื่องมืออย่างมีประสิทธิภาพ
- 3. พยาบาลควรมีการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับแบบแผนการดูแลตนเองที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)..... กชรินทร์ หาญกล้า

(นางสาวกชรินทร์ หาญกล้า)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(วันที่)..... 10 2 ส.ค. 2553

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... สิริมาลี น้อม (ลงชื่อ)..... อรรถ

(นางสาวสมปอง กล่อมขาว)

(นายสามารถ ดันอริยกุล)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

โรงพยาบาลกลาง

ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

(วันที่)..... 10 2 ส.ค. 2553

(วันที่)..... 10 2 / ส.ค. 2553

เอกสารอ้างอิง

- ชายชาญ โพธิรัตน์. “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.” ในนิติพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ. ตำราโรกระบบหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551.
- วิญญู มิตรานันท์. พยาธิวิทยากายวิภาค. กรุงเทพมหานคร : โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์, 2540.
- วิวัฒนา ถนอมเกียรติ. Chest x-ray เล่ม 1 พื้นฐานและหลักการวินิจฉัยโรค. พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์, 2551.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548.
- สุมาลี เกียรติบุญศรี. การดูแลรักษาโรกระบบหายใจในผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, 2550.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร : สีนประสิทธิ์ การพิมพ์, 2540.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร. การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซต, 2542.
- Bell, C. W., Blodgett, D., Goike, C. A. et.al. Home Care and Rehabilitation in Respiratory Medicine. Philadelphia. J.B. Lippincott comp., 1984.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาววัชรินทร์ หาญกล้า**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 488) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์
เรื่อง แนวทางการใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมอย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ

หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease ; COPD) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อ ที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา จากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นลำดับที่ 4 ของโลก ในปี พ.ศ. 2545 ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อันสูงถึง 2.75 ล้านคนหรือร้อยละ 4.8 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ในทศวรรษข้างหน้ามีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยเพิ่มและเสียชีวิตมากขึ้นเกือบ 2 เท่า คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเป็นสาเหตุเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรโลก ขณะที่การเสียชีวิตจากโรคอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง เช่น โรคปอดอักเสบ เอชไอวี และโรคหัวใจ เป็นต้น (ชายชาญ โพธิรัตน์ , 2551: 409)

นอกจากนี้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดเป็นกลุ่มโรคที่มีพยาธิสภาพของโรคที่เรื้อรัง การรักษาพยาบาลจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย รวมทั้งผลการตรวจต่าง ๆ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการรักษาเพื่อลดความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจของผู้ป่วยแต่ละรายให้ลดลง และเพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ตลอดจนช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญ แพทย์มักพิจารณาใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมร่วมกับการใช้ยารับประทาน การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมมีข้อดีคือ ออกฤทธิ์เร็ว ออกฤทธิ์เฉพาะที่ ใช้ปริมาณยาเพียงเล็กน้อยก็เพียงพอสำหรับการรักษา และผลข้างเคียงของยามีน้อย แต่เนื่องจากในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ จึงทำให้เกิดความสับสนและมีปัญหาในการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง ปัญหาที่มักพบบ่อยในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม (อัมพรพรรณ ธีรานูตร , 2542: 83) คือ

- การกดและสูดยาไม่สัมพันธ์กัน
- ยาดก้างในปาก
- หายใจเข้าเร็วเกินไป
- ไม่กลืนหายใจหลังจากสูดยาเข้าไป
- พ่นยาซ้ำในขณะที่ยังสูดหายใจในการพ่นครั้งแรกอยู่
- ใช้ยาน้อยหรือมากเกินไป

- ไม่เขย่าขวดยาก่อนใช้
 - เติงลำดับการใช้ยาไม่ถูกต้อง ในกรณีที่มียาพ่นมากกว่าหนึ่งชนิด เนื่องจากยาแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์เร็วหรือช้าต่างกัน
- ดังนั้นการแนะนำวิธีการใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมที่ถูกต้อง จะช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสที่จะเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม
2. ช่วยลดระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและลด

ภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมาย

ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลม สามารถใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมที่ถูกต้องวิธีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำให้การออกฤทธิ์ของยาในการใช้รักษาโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอาการหายใจหอบเหนื่อย ส่งเสริมให้อาการของผู้ป่วยทุเลาลง

การแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมที่ถูกต้องวิธีและมีประสิทธิภาพใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริเอ็ม (Self-care Theory) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีการเรียนรู้ในการกระทำ ผลของการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก แต่เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งในกรณีนี้พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือได้โดยการให้ความรู้ อธิบาย แนะนำ และสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และเน้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล (สมจิต หนูเจริญ, 2540: 90)

วิธีการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมมีหลายรูปแบบ (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542: 83) ได้แก่

1. MDI (Metered Dose Inhaler) เป็นการบรรจุยาลงในกระบอกพ่นยา ซึ่งถูกอัดไว้ด้วย Flurocarbon การกดแต่ละครั้งจะปล่อยยาพ่นออกมาในรูป aerosol เมื่อสูดเข้าไปในหลอดลมยาที่จะออกฤทธิ์ในการขยายหลอดลม วิธีการใช้มีดังนี้

- 1.1 เปิดฝาครอบออก เขย่ายาพ่นประมาณ 4 – 5 ครั้งก่อนสูดดม
- 1.2 ใช้ปากอมรอบปากกระบอกพ่นยา
- 1.3 เป่าลมออกทางปากช้า ๆ และให้ยาวที่สุด
- 1.4 สูดลมหายใจเข้าทางปากพร้อมกับกดยาพ่น สูดลมหายใจเข้าทางปาก

ซ้ำ ๆ และลึกประมาณ 3 – 5 นาที

1.5 กลั้วใจหนึ่งไว้ประมาณ 10 วินาที (นับในใจ 1 – 10 ซ้ำ ๆ) หรือนานเท่าที่จะกลั้วได้ แล้วจึงค่อยหายใจออก หากแพทย์แนะนำให้ใช้หลายครั้ง ในแต่ละครั้งจะต้องเขย่ายาฟันและทำตามข้อ 1.2 – 1.5 อีกครั้ง ควรทำความสะอาดปากทุกครั้งหลังเสร็จการพ่นยา

2. MDI with Spacer การพ่นยา MDI จำเป็นต้องมีการประสานกันระหว่างการกดและจังหวะการสูดลมหายใจ ซึ่งกรณีผู้ป่วยมีปัญหาในการสูดยากับการกดยา ผู้ป่วยหอบที่กลั้วหายใจไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ มักมีปัญหาทำให้ได้ยาไม่เต็มตามที่กำหนด การใช้กระบอกสำหรับต่อพ่นยา (Spacer) ทำให้สามารถเก็บยาไว้ได้ ช่วยลดปัญหาการกดและการสูดยาไม่สัมพันธ์กัน การใช้ MDI ควรใช้กระบอกสำหรับต่อพ่นยาทุกครั้ง เพื่อผลสัมฤทธิ์ของการรักษา ตัวกระบอกสำหรับต่อพ่นยามีหลายรูปแบบซึ่งคุณสมบัติไม่แตกต่างกัน แต่ควรพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสม

วิธีการใช้กระบอกสำหรับพ่นยามีวิธีปฏิบัติคล้ายกับวิธีใช้ MDI เพียงแต่หลังจากการเขย่ายา ขวดยา เปิดฝาขวดยาแล้วให้นำขวดยาไปต่อกับกระบอกสำหรับต่อพ่นยา โดยตั้งขวดขึ้นแล้วกดยา สูดหายใจเข้า – ออกผ่านกระบอกสำหรับต่อพ่นยา โดยสูดหายใจได้หลาย ๆ ครั้ง เพราะยังมียาตกค้างกระบอกสำหรับต่อพ่นยาอยู่

3. DPI (Dry Powder Inhaler) การพ่นยาวิธีนี้ต้องมีการประเมินผู้ป่วยว่าจะมีแรงพอที่สูดยาเข้าไปในปอดได้หรือไม่ เพราะไม่มีแรงดันจากกระบอกยาในการช่วยขับยาเหมือนกับ MDI วิธีในการพ่นยามีดังนี้

3.1 เปิดฝาครอบหลอดยาออกโดยการหมุนคลายเกลียว

3.2 จับหลอดยาดังขึ้น โดยให้บริเวณเกลียวหมุนอยู่ด้านล่าง หมุนส่วนเกลียวซึ่งเป็นฐานไปด้านหน้าจนสุด แล้วหมุนกลับจนได้ยินเสียงคลิก

3.3 หายใจออกทางปากเบา ๆ จนสุด

3.4 อมกระบอกยาโดยเม้มริมฝีปากบริเวณปากกระบอก สูดหายใจเข้าทางปากลึก ๆ เร็วและแรงพร้อมกับกลั้วหายใจ 10 วินาที เพื่อให้ยาซึมผ่านถึงถุงลม

3.5 เอากระบอกยาออก แล้วจึงหายใจออก ถ้าต้องการสูดซ้ำก็เริ่มขั้นตอน 3.3 – 3.5 ใหม่

3.6 ในการสูดครั้งต่อไปให้ปฏิบัติซ้ำขั้นตอน 3.2 – 3.5

4. Nebulization เป็นวิธีพ่นยาที่เกิดจากขบวนการตีของเหลวให้กลายเป็นฝอยละออง ส่วนใหญ่มักใช้ในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูลทางด้านวิชาการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพของหายหลอดเลือด จากตำราในห้องสมุดโรงพยาบาล สื่อวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพ และวารสารทางการแพทย์และพยาบาล
2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนสร้างแนวทางในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพของหายหลอดเลือด
3. นำข้อมูลจัดทำเป็นแผ่นพับ มีรูปภาพประกอบ พร้อมทั้งนำเสนอให้ผู้มีคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบ ปรับปรุงและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่สมบูรณ์
4. นำรูปแบบที่ได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงแล้วไปในการให้คำแนะนำผู้ป่วย
5. ติดตามประเมินผลหลังให้คำแนะนำโดยจัดทำเป็นแบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย แล้วนำไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบการให้คำแนะนำต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถใช้ยาฟื้นฟูสุขภาพหลอดเลือดได้อย่างถูกต้อง
2. พยาบาลมีความรู้และทักษะ สามารถให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาฟื้นฟูสุขภาพหลอดเลือดได้อย่างถูกต้อง
3. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด

ผู้ป่วยสามารถใช้ยาฟื้นฟูสุขภาพหลอดเลือดได้ถูกต้องมากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์

ลงชื่อ..... กิ่งจันทร์ หาญกล้า

(นางสาวจันทรินทร์ หาญกล้า)

ผู้ขอรับการประเมิน

02 ส.ค. 2553

เอกสารอ้างอิง

- ชายชาญ โพธิรัตน์. “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.” ในนิติพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ. ตำราโรกระบบหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2551.
- สุมาลี เกียรติบุญศรี. การดูแลรักษาโรกระบบหายใจในผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, 2550.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร : สีนประสิทธิ์ การพิมพ์, 2540.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร. การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซต, 2542.
- Bell, C. W., Blodgett, D., Goike, C. A. et.al. Home Care and Rehabilitation in Respiratory Medicine. Philadelphia. J.B. Lippincott comp., 1984.