



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

Nursing Care Patient Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation : A Case Study

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 29,2023)

ชลดา รัตนสุวรรณ¹

Chonlada Rattanasuwan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยชายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยบาดาล ระหว่างวันที่ 23-28 มิถุนายน 2565 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปีมาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน การพยาบาลในระยะวิกฤต ดูแลได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ยาขยายหลอดลม ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ฟันฟุสมรรถภาพปอด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 วัน ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการใช้สูงต่อเนื่อง อีก 1 วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ ในระยะฟื้นฟูส่งเสริมการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

คำสำคัญ การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การกำเริบเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study A male patient was admitted to Chai Badan Hospital between June 23-28, 2022 with the objective of improving the efficiency of nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations.

Result: The patient was a 60-year-old Thai male who experienced shortness of breath for 50 minutes before coming to the hospital and was diagnosed with acute exacerbation of COPD. Nursing care during the crisis included ensuring the patient received enough oxygen, intubation and mechanical ventilation, medication to dilate airways, infection prevention and control, administering bronchodilators and intravenous fluids, and restoring balance of fluids and electrolytes in the body. The patient was on assisted ventilation for 2 days and received oxygen therapy through a high-flow air-blending device for another day. The patient's condition gradually improved during the recovery period and was discharged to prevent recurrence of the disease.

Keywords: Nursing Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยบาดาล

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และได้รับการระบุว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นประมาณ 10% ของประชากรผู้ใหญ่ คาดว่าจะเป็นสาเหตุการตายอันดับสามทั่วโลกภายในปี 2573 ในปี 2543 มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2,750,000 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 48% และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโรคทางเดินหายใจและสาเหตุการตายอันดับห้า ทั่วโลกหลังโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และโรคเอดส์ ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1-3 เท่า ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ 40 รายต่อประชากร 100,000 คน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาได้ซึ่งทำให้เกิดอาการรุนแรง ผู้ดูแลควรมีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยมาตรฐานเพื่อชะลอการดำเนินของโรค ลดอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และปรับปรุงความสามารถในการใช้ชีวิตตามปกติ การลดอัตราการเสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและส่งผลต่อสุขภาพอนามัยและพฤติกรรมที่เหมาะสม การเข้าถึงแหล่งข้อมูล ความรู้ และการมีอายุยืนเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็มีโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและปัญหาสิ่งแวดล้อมด้วย อาชีพที่เกี่ยวข้องกับมลพิษเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการสูบบุหรี่ แม้ว่าภาครัฐและเอกชนจะมีการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่และสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ ความพยายามป้องกันและลดมลพิษไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจได้ ผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจมีแนวโน้มสูงขึ้นและการสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยทำให้ระยะเวลาการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ทำลายปอด และความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้เกิดการอักเสบ ติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจทำงานผิดปกติ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจมีอาการอุดกั้นทางเดินหายใจถาวร เป็นโรคเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับชีวิตของผู้ป่วยและอาจถึงแก่ชีวิต นำไปสู่ภาวะวิกฤตที่เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตสูงมาก

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหากลับไปรักษาซ้ำ ด้วยอาการเดิมอีกโดยไม่ได้วางแผนไว้ และเมื่อโรค รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบง่าย และไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ยังทำให้สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพไม่ได้ ค่ารักษาสูง และโรคร้ายแ่

ลง ผู้ป่วยอาจท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียคุณค่าในตนเอง คุณภาพชีวิตลดลง และอาจสูญเสียชีวิตได้ ดังนั้น การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจึงมีความสำคัญยิ่ง

การดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและความรุนแรงของโรค พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาล ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงสาเหตุของโรคและกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงสาเหตุของโรคและป้องกันตนเองจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษ พยาบาลมีบทบาทร่วมกับทีมแพทย์ในการเฝ้าระวัง วางแผนสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังไม่ให้อาการกำเริบ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง ดำเนินชีวิตและทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลจำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. นำข้อมูลที่ได้อภิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาล
5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษา เพื่อรวบรวมข้อมูล และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา
7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และจัดพิมพ์เผยแพร่

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย สถานภาพคู่ อายุ 60 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 รับไว้ในโรงพยาบาล 25 มิถุนายน 2565 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 28 มิถุนายน 2565 การวินิจฉัยโรค Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exaction เข้ารับการรักษาที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อวันที่



25 มิถุนายน 2565 เวลา 23.53 น ด้วยอาการสำคัญ 50 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย หอบมาก ไอบ่อย พ่นยา ลูกฉีน 3 ครั้งไม่ทุเลา เจ็บป่วยปัจจุบัน 5 ชั่วโมงก่อนผู้ป่วย บริเวณที่มีกลิ่นคาว มีอาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ พ่นยา ลูกฉีน 2 ครั้ง อาการทุเลา 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ เสมหะขาวขุ่น ไม่ได้รับการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรค COPD มา 2 ปี HT 2 ปี ขาดการรักษา 1 ปี ซ้ำๆ รับประทานเอง สูบบุหรี่มา 30 ปี 10 มวนต่อวัน ปัจจุบันยังไม่ เลิกสูบ สุราดื่มมานานๆ ครั้ง ประเมินสภาพร่างกายแรกรับ ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบมาก ไอบ่อยครั้ง เสมหะขาวขุ่น เหนียว มีไข้ร่วมด้วย ฟังเสียงปอดมี listing Bose lunch พบว่า มีเสียงลมผ่านเข้าปอดได้น้อย Poor Air ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ปริมาณออกซิเจน ในเลือด 92% ความดันโลหิต 145/80 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการ ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 25 มิถุนายน 2565) Complete Blood Count: White blood Count 13730 cells/mm³ Neutrophil 48% Lymphocyte 37% Hematocrit 50.8% Platelet count 287,000 cells/mm³ Biochemistry Na 143 mmol/L K 3.8 mmol/L Cl 109 mmol/L CO₂ 16.9 mmol/L AE 20.9 mmol/L BUN 21 mg/dl Creatinine 1.03 mg/dl GFR 48 Sputum gram Stain Moderate Gram Positive cocci

Film Chest วันที่ 23 มิถุนายน 2565 Infiltration both lung ได้รับการพ่นยา Berudual 1 NBX 3 dose ทุก 15 นาที อาการไม่ดีขึ้น พ่นยา Berudual MDI puff อาการไม่ดีขึ้น แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมาก มีภาวะ agitation ได้รับยากลุ่ม Sedative ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออก และใส่ท่อช่วยหายใจครั้งที่ 2 ได้รับยา Sedative ร่วมด้วย

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

รับส่งต่อจากห้องฉุกเฉินถึงห้องผู้ป่วยหนัก วันที่ 24 มิถุนายน 2565 เวลา 02.30 น ผู้ป่วยรู้ตัว กระสับกระส่าย ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 8 ตำแหน่ง 21 cms หายใจใช้กล้ามเนื้อ หน้าท้อง ปลายมือปลายเท้าเย็น SpO₂ 95% On Ventilator PCV Mode FiO₂ 0.4 IP 20 PEEP 5 T1 0.8 RR 18 หายใจ สัมพันธ์กับเครื่อง IV Secretion ขุ่นขาวเหนียวจำนวนมาก Suction Clear air ทุก 2 – 4 hr On Fantanyl (10:1) drip 5 ml/hr On Nifedipine (1:5) iv drip 5 ml/hr Titrate Keep BP ≤ 160/90 mmHg พ่นยาขยายหลอดลม Berudual 1 NB ทุก 4 hrs Ventolin 1:3 NB ทุก 4 hrs Dexamethazone 5

mg IV ทุก 8 hrs Seretide MDI 4 puff bid ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gms IV ทุก 8 hrs Omeprazole 40 mg IV OD On 5% D/N/2 1000 ml IV drip 80 ml/hr NPO 8 hrs Azithromycin (250 mg) 2 cap Oral ODac x 5 วัน Tamiflu (75 mg) 1 tab Oral bid pc x 5 วัน Flumucil (200 mg) 1 ซอง Oral tid pc Loratadine (10 mg) 1 tab Oral tid pc Theophylline 200 mg 1 tab Oral hs Manidipine (20 mg) ½ tab Oral ODPC off Nifedipine ให้อาหารเหลวทางสาย ยาง Off Fantanyl drip On Fantanyl 25 mg IV pm ทุก 4 hrs Monitor EKG Monitor O₂ Sat

วันที่ 25 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้ตัว On ET tube with Ventilator PCV Mode FiO₂ 0.4 IP 18 Ti 0.8 PEEP 5 RR 16 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง Secretion ลดลง พ่นยาขยาย หลอดลม Berudual MDI 4 puff ทุก 4 hrs & 4 pm for dyspnea Dexamethazone 5 mg IV 6 Hrs Control agitate On Fantanyl 25 mg IV pm 4 hrs. On Ventilator 36 hrs. Secretion ลดลง หายใจ no dyspnea เสียง wheezing ลดลง Off ET tube On HFNC 50 LPM ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ไม่มี เหนื่อยหอบ SPO₂ 99% ประสานนักกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพ ปอด

วันที่ 26 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้ตัว หายใจทุเลา เหนื่อยหอบ Lung minimal Expiratory Wheezing both Lung พ่นยาขยายหลอดลม Berudual 2 puff IV 4 Hrs. On O₂ Canular 3-5 LPM SpO₂ 99-100% Sputum C/S day 2 no growth Off ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ให้อาหารเหลวทางสาย ยางต่อ ย้ายไปยังตึกผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เพื่อวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้าน

วันที่ 27 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้ตัว Successful extubation On O₂ Canular 3 LPM try Room air SpO₂ ≤95% พ่นยาขยายหลอดลม Berudual MDI 2 puff ทุก 6 hrs pm for dyspnea off NG tube รับประทานอาหารอ่อน ปรึบ ยา Theophyllin 1 tab Oral hs Lorazepam 0.5 mg 1tab Oral OD pc Prednisolon (5 mg) 3tab Oral bid pc Augmentine (1 gm) 1tab Oral bid pc Loratadine (10 mg) 1 tab Oral hs

วันที่ 28 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรู้ตัว หายใจทุเลา เหนื่อย Room air SpO₂ 95-96% Lung clear สัญญาณชีพ ปกติ รับประทานอาหารอ่อน อาหารธรรมดาได้ วางแผน จำหน่าย พ่นยาขยายหลอดลม Berudual MDI 2 puff pm for dyspnea รับประทานยาปฏิชีวนะ ครบ 7 วัน ยากลุ่ม Steroid ครบ 5 วัน ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องก่อนจำหน่าย กลับบ้าน อธิบายถึงการรักษาต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงสาเหตุ กระตุ้นให้เกิดโรคปอดอุดกั้นกำเริบ การกลับเป็นซ้ำให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจ การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพปอด

การโออย่างมีประสิทธิภาพ การสังเกตอาการผิดปกติพบแพทย์
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อกลับบ้านใช้ชีวิตได้อย่างปกติ
จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน วันที่ 28 มิถุนายน 2565 รวม
ระยะเวลาในโรงพยาบาล 5 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1. ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หายใจเหนื่อยหอบ กระจกใส 2. เสมหะสีขาวขุ่นเหนียว I ซับออกเองไม่ได้ 3. ฟังเสียงปอดมีเสียง Wheezing Both lung poor Air 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสภาพผู้ป่วย สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน คือ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระจกใส หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หงุดหงิด ความดันโลหิตสูง ผิวซีด เหงื่อออก ริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียว มีภาวะหยุดหายใจ 2. ดูแลทำงานของเครื่องช่วยหายใจทำงานมีประสิทธิภาพ On Ventilator Setting PCV Mode FiO_2 0.4 Ti 0.8 Tp 18 PEEP 5 RR 18 ตั้ง Alarm Setting ที่เหมาะสม คือ Alarm High Alarm Low สูงกว่า/ต่ำกว่า ค่าที่ตั้งที่เครื่อง 20-25% ประเมินความสัมพันธ์ของเครื่องกับภาวะหายใจของผู้ป่วย
<ol style="list-style-type: none"> 4. ออกซิเจน saturation 92% 5. อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที วัดดูประสมค์ <p>ได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. ประเมินสัญญาณชีพ Monitor ECG O_2 Saturation วัดสัญญาณชีพทุกครั้งถึง 1 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติเพื่อให้การช่วยเหลือ 4. ติดตามผล ABG เพื่อประเมินภาวะกรดต่าง และผลการรักษาด้วยออกซิเจน เพื่อปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย ตรวจสอบใช้ต่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ฟังปอดเพื่อประเมินความเสียงลมเข้าปอด 2 ข้างเท่ากันหรือไม่ ถ้ามีเสียงลมเข้าปอดเพียงข้างเดียวทำให้ปอดอีกข้างแฟบไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้ วัด Cuff pressure เวนละครั้งให้มี Pressure 20 ถึง 25 $cm H_2O$ ป้องกันเกิด Pressure neerogis ของหลอดลม ใส่ Air way ป้องกันผู้ป่วยกัดท่อหลอดลม จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอหรือข้อต่อหลุดได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ จัดท่า semi fowler Position เพื่อให้กระดูกเคลื่อนต่ำลง ช่วยให้ปอดขยายได้ดีขึ้นอากาศกระจายไปทั่วทุกส่วนของปอด ช่วยให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด ป้องกันการอุดตัน ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงสลับซ้ายขวา suction ในระบบปิดให้ O_2 100% ตลอดเวลาจากเครื่องช่วยหายใจแทนการปลดสายเครื่องช่วยหายใจ ในขณะที่ suction เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนเพิ่มขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อการพักผ่อน จัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม ร่วมปรึกษากับญาติในการเข้าเยี่ยมเป็นเวลา ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ O_2 ในร่างกายของผู้ป่วย <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยรู้ตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะ Cyanosis เสียง Wheezing ลดลง เสมหะมีจำนวนลดลง สีขาวใส สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 ถึง 130/90 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 99-100%</p>



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>2. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> มีเสมหะขาวข้นเหนียวจำนวนมาก มีไข้อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ผล CBC NBC 15,660 cells/mm3 Neutrophil 75% Sputum gram Stain Moderate gram Positive cocci Film chest infiltration both lung <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินสภาพโดยการฟังเสียงปอดว่ามีเสียง Wheezing Crepitation Rhonchi หรือไม่ ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงติดตามอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะไข้เซ็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาประเมินภาวะติดเชื้อที่ปอด ล้างมือโดยยี่ห้อ Aceptic Theneque ก่อนและหลังทำกิจกรรมกับผู้ป่วยทุกครั้ง จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อป้องกันการเกิด Aspirate pneumonia Suction ในปากก่อน Suction ใน ET tube เพื่อป้องกันการอุดตัน นำเอาเชื้อโรคจากในปากเข้าสู่ปอด Suction ใน ET tube โดยใช้ Close Suction ในการดูดเสมหะ ไม่ปลดข้อต่อสายเครื่องช่วยหายใจโดยไม่จำเป็น หลังปลดสายเซ็ดข้อต่อด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ก่อนต่อกลับคืน วัด Cuff pressure ให้อยู่ประมาณ 20-25 cmH2O เวนละ 1 ครั้ง ตรวจสอบไม่ให้มีลมรั่วป้องกันการเกิด Aspirate pneumonia จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตกท้องข้าง เพื่อป้องกันน้ำคั่งสาย ซึ่งเป็นปัจจัยให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด สังเกตลักษณะของเสมหะ ติดตามผลการเพาะเชื้อเสมหะ ทำความสะอาดปากฟันทุก 4 ชั่วโมง เปลี่ยน air way ทุกเวรและทุกครั้งที่สกปรก ดูแลได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา Ceftriaxone 2 gm ทุก 8 hrs. Agithromycin (250 mg) 2 tab Oral OD pc สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเช่นผื่นขึ้นตามตัว พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงป้องกันการเกิดภาวะ Hypostatic pneumonia
	<ol style="list-style-type: none"> จัดผู้ป่วยแยกจากผู้ติดเชื้ออื่นเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่อง O2 ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ควบคุมในการรักษา ต้องระวังการติดเชื้อที่อาจเกิดจากการกดภูมิคุ้มกัน ร่วมกับแพทย์ในการวางแผนยาระงับอาการเมื่อความรุนแรงของโรคหมดไป สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ <p>การประเมินผล</p> <p>เสมหะลดลง สีขาวใส ไม่มีเสียง Crepitation Rhonchi Spectrum Culture No Growth Chest X ray Decreased lung infiltration สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิต 123/88 ถึง 145 ถึง 90 มิลลิเมตรปรอท</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>3. มีภาวะไม่สมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ เนื่องจากรับประทานอาหารเองไม่ได้ ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยสูญเสียน้ำจากการหายใจ เหนื่อยหอบ ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube ใส่ NG tube ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำทางปากได้ Intake 2,200 cc/day Output 900 cc/day ผล Electrolyte Na 143 mMoL/L K 3.8 mMoL/L Cl 109 mMoL/L CO2 16.9 mMoL/L ได้รับสารน้ำ NSS 1,000 ml IV drip 80 ml/hr <p>วัตถุประสงค์ มีความสมดุลของสารน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย สังเกตอาการไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ เช่นหอบเหนื่อย จากการกรดต่าง การติดต่อของผิวหนังไม่มีริมฝีปากแห้ง เหงื่อออกมาก ดูแลได้รับสารตามแผนการรักษา Control ด้วย Infection pump ดูแลให้อาหารเหลวทางสายยาง Blendura (1.2: 1) 250 ml น้ำตาม 50 ml x 4 feed น้ำระหว่างมื้อการ 100 ml รักษาความสะอาดสายยางโดยให้น้ำตามหลังอาหารทุกครั้ง เพื่อไม่ให้ อาหารไหลย้อนมาตามสาย เพราะอาหารอาจเสีย เมื่อให้อาหารครั้งต่อไปผู้ป่วยอาจมีอาการ ท้องเสียได้ ดูแลเปลี่ยนอริยาบถบนเตียง เพื่อลดอาการท้องอืด ดูแลทำความสะอาดปาก ฟันด้วยน้ำยาบ้วนปาก และทำความสะอาดในโพรงจมูกที่ใส่สายยางให้อาหาร เพื่อให้เกิดความสบาย ติดตามผลอิเล็กทรอนิกส์ ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ บันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมงเพื่อควบคุมสมดุลของน้ำในร่างกาย <p>การประเมินผล ผู้ป่วยอ่อนเพลียน้อยลงแขนขาไม่อ่อนแรงกล้ามเนื้อตึงตัวดี ริมฝีปากผิวหนังชุ่มชื้นไม่แห้ง ได้รับสารอาหารและน้ำตามแผนการรักษา รับประทานอาหารทางสายยางได้หมด ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ รับประทานอาหารอ่อนได้ครั้งละ 1 ถาดต่อมื้อ</p>
<p>4. ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมผูกยึดและใส่ปลอกถักมือ เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ได้รับยากลุ่มยา Sedative <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจ ถึงความจำเป็นต้องจำกัดกิจกรรม จำเป็นต้องมีการผูกมัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สื่อสาร และหาแนวทางให้ผู้ป่วยบอกความต้องการ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจ อุปกรณ์การแพทย์ไม่ให้ ดึงหลังจัดท่านอนให้ สะดวกต่อการเคลื่อนไหว ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด ช่วยทำกิจวัตรประจำวันโดยจัดลำดับกิจกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ เช่น ผลกดทับ Hypostatic pneumonia



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>7. ดูแลช่วยเหลือการขับถ่ายเป็นปกติ ให้ถ่ายอุจจาระบนเตียง กันม่าน ให้มีจิตใจและช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่ายด้วยความเต็มใจ</p> <p>8. ดูแลร่างกายให้สะอาดและปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ทำความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ทุกเช้าเย็น ทุกครั้งที่มีการขับถ่าย</p> <p>9. ยกเหล็กกันเตียงขึ้นไว้ทั้ง 2 ข้างทุกครั้ง เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>10. ตรวจสอบผ้าผูกมียึดผู้ป่วยไม่ให้ตึงแน่น เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p>11. จัดสิ่งแวดล้อม จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้พร้อมใช้ ดูแลความสะอาดผ้าปูเตียง เรียบเตียงและสะอาดอยู่เสมอ</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียงได้ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจในเวลาที่เหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p>
<p>5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. ผู้ป่วยมี สีหน้า แหวดตา ท่าทางวิตกกังวล</p> <p>2. กระสับกระส่าย สื่อสารด้วยไม่เข้าใจ</p> <p>3. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามว่าผู้ป่วยจะต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจนานแค่ไหน จะกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมหรือไม่</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวเผชิญต่อภาวะการเจ็บป่วยได้</p>	<p>1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีพูดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยไว้วางใจและเชื่อมั่นในการพยาบาล แนะนำเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เช่นหายใจหอบเหนื่อย เสมหะจำนวนมาก ให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรค ขั้นตอนการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยต่างๆ อธิบายให้ทราบถึงเครื่องมือที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ให้ทราบถึงประโยชน์และผลของการได้รับ</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหา สิ่งที่กำลังกังวล รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ เข้าใจยอมรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร แสดงออกให้ทราบว่าพยาบาลเข้าใจความรู้สึกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ไม่ละเลยต่อความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ญาติสงสัย จัดสถานที่ให้ญาติร่วมปรึกษากับแพทย์ อำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม</p> <p>4. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วยด้วยท่าที่อบอุ่นเป็นมิตร บอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย</p> <p>5. อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองในขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีติดต่อสื่อสาร เช่นการใช้มือทำสัญลักษณ์ต่างๆที่สามารถสื่อสารให้เข้าใจตรงกันได้</p> <p>6. ให้ญาติที่ผู้ป่วยต้องการให้เยี่ยมเข้าเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอุ่นใจ มีกำลังใจ อธิบายให้ทราบถึงความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลายสดชื่นขึ้น รับทราบแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงในช่วงเวลากลางคืน สามารถถอดท่อช่วยหายใจภายใน 2 วัน ใช้ชีวิตได้ตามปกติที่บ้าน</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>6. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. ผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องขาดการมาตรวจตามนัด</p> <p>2. เมื่อเจ็บป่วยซื้อยารับประทานเองที่บ้าน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>รับรู้และเข้าใจในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวถูกต้องเหมาะสม ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค</p>	<p>1. ประเมินผู้ป่วยและญาติโดยการสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติในเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุพยาธิสภาพของโรค การรักษา การดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2. แนะนำการสังเกตอาการไข้ ไอ การหายใจเหนื่อยหอบ การจัดการเบื้องต้น อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งข้อมูลต่างๆ แจ้งเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานเพื่อปรึกษาปัญหาได้</p> <p>3. เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การออกกำลังกาย การไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกการหายใจโดยใช้กลัมนีโอหน้าท้องและกระบังลม การฝึกการหายใจใช้กลัมนีโอหน้าอก</p> <p>4. แนะนำให้รับประทานยา ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมได้ถูกต้องและถูกวิธี รู้จักที่จะสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ไม่ควรเพิ่มหรือหยุดยาเอง รวมทั้งไม่ควรซื้อยารับประทานเอง</p> <p>5. แนะนำให้อยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ควรอยู่ในที่ที่แออัด หลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่ บริเวณที่มีฝุ่นละออง ควรสวมผ้าปิดจมูก ไม่ควรเข้าไปคลุกคลีกับผู้ที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ</p> <p>6. แจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ผู้ป่วยไว้อ่าน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และมีแนวทางในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน</p> <p>7. ส่งต่อแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยงานปฐมภูมิสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ติดตามเยี่ยมและติดตามดูแลเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยเข้าใจรับรู้อาการปฏิบัติตัวร่วมหาแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม การมาตรวจตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ญาติดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคได้ถูกต้อง</p>

อภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลรักษา ฝ้าติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพวัดและบันทึกสังเกตอาการผิดปกติทุก 15 ถึง 30 นาที สังเกตระดับความรู้สึกตัว บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ดูแลผู้ป่วยได้รับสารน้ำอาหารอย่างเพียงพอ ภาวะของโรคอาจทำให้มีอาการหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย อ่อนล้า ซึมลง อาจเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว จนกระทั่งเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ป้องกันการเกิดการกำเริบของโรค ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมปริมาตรและแรงดัน ในกระบวนการดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อนอยู่มาก เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่นภาวะ Barotrauma Atelectasis Rupture alvolar เป็นต้น พยาบาลจึงระมัดระวังในการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของผู้ป่วย ประเมินผลประสิทธิภาพการ

ทำงานของเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องโดยพบว่าผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถหย่าท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจในเวลาที่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค พยาบาลผู้ดูแลต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การป้องกันสิ่งกระตุ้น ปรับให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปปฏิบัติตัวได้ เพื่อป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคได้

บทสรุป

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ โดยมีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีแคบลง พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อหลอดลมเกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยจะไ้มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ทำให้เสมหะมากขึ้น เซลล์ที่มีการอักเสบของท่อหลอดลมทำให้เสมหะเหนียวมีสีเหลืองหรือเขียว การระคายเคืองเรื้อรังทำให้ระบบ



ป้องกันการติดเชื้อในหลอดลมเสื่อมลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ขนาดของหลอดลมที่บวม และเสมหะในหลอดลมร่วมกับต่อมเยื่อบุท่อโตขึ้น ทำให้ท่อของหลอดลมเล็กลง ผนังของหลอดลมที่ถูกทำลายไปจะอ่อนแอและทำให้หลอดลมตีบ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าเดิมการระคายเคืองในปอดไม่ทั่วถึง ทำให้เกิดคาร์บอนไดออกไซด์ที่คั่งในเลือดเป็นผลให้หลอดเลือดในปอดหดตัว ความดันในปอดสูงเกิดภาวะหัวใจข้างขวาตามมา ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยโดยเฉพาะเวลาที่ต้องออกแรงมากขึ้น ไอเป็นพักๆ อ่อนเพลียหลังออกแรง อาการรุนแรงมีอาการหายใจลำบาก ฟังปอดจะได้ยินเสียงวี๊ด (wheezing) น้ำหนักลด มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้รับการดูแลรักษาตามกระบวนการพยาบาล การรักษาคือการใช้ยาออกซิเจน รักษาสาเหตุ ชักนำ เช่น การติดเชื้อ การแพ้ หลีกเลี้ยงปัจจัยส่งเสริมเพื่อไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค รักษาตรงสาเหตุและการรักษาในระยะยาวมีประสิทธิภาพ ให้อาหาร หลอดลม ให้อาหาร corticosteroid แก้ไขปัจจัยที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง แก้ไขภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคปอดกั้นเรื้อรังมักมาอนโรงพยาบาลด้วยการกำเริบเฉียบพลัน การ

พยาบาลมีความสำคัญมากเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเน้นการป้องกัน การดูแลรักษาพยาบาลโดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยการลดและขับเสมหะในหลอดลม ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ลดความวิตกกังวล มีการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติ ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเตรียมผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้ตามความสามารถที่เหมาะสมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดจะสำเร็จได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้เป็นอย่างดี จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอยู่อย่างสุขสบายตามสมควรแก่สภาพ ความจำเป็นที่จะต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง ลดความสิ้นเปลืองทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.บุญสว่าง พิลาโสภา. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; 8(1): 232-243.
- 2.เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์. (2560). ระบบบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สถาบันโรคทรวงอก.
- 3.ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). การพยาบาลอายุรศาสตร์: เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 4.เพ็ญศิริ สิริกุล, สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล และรสสุคนธ์ แสงมณี. (2560). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก; 28(1): 57-68.
- 5.สถาบันโรคทรวงอก. (2563). ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในประเทศไทย. <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>.
- 6.สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- 7.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติโรคกรมการแพทย์. รายงานสถิติโรค ปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.