

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Recurrent Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2 Case Study.

(Received: July 18,2026 ; Revised: July 21,2026 ; Accepted: July 23,2026)

ปวีณริศา อินทรพิม์¹
Paveerisa Intharapim¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 8-10 มิถุนายน พ.ศ. 2569 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติและสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการหอบเหนื่อย ไอ และมีเสมหะ แต่มีปัจจัยกระตุ้นแตกต่างกัน โดยรายที่ 1 มีปัจจัยสำคัญจากการสูบบุหรี่เรื้อรัง ส่วนรายที่ 2 มีภาวะปอดอักเสบร่วมกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง การพยาบาลครอบคลุมระยะวิกฤติ ระยะกึ่งวิกฤติ และระยะฟื้นฟู โดยเน้นการป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว การส่งเสริมการระบายเสมหะ การเฝ้าระวังการติดเชื้อและโรคร่วม ตลอดจนการส่งเสริมการจัดการตนเองและการวางแผนจำหน่าย ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้น สามารถหยุดการให้ออกซิเจนได้ ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะกำเริบเฉียบพลัน, การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

Abstract

This comparative descriptive case study aimed to examine the nursing process for two patients with recurrent acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) admitted to the male inpatient ward at Nong Ruea Hospital, Khon Kaen Province, from June 8 to 10, 2026. Data were collected from medical records, patient and family interviews, observation, physical examinations, laboratory tests, and radiological findings. The nursing process and Gordon's 11 Functional Health Patterns were used to assess patients, formulate nursing diagnoses, plan nursing interventions, and evaluate outcomes.

The results showed that both patients presented with dyspnea, cough, and sputum production but had different precipitating factors. Case 1 had chronic cigarette smoking as a major contributing factor, whereas Case 2 had pneumonia with comorbidities, including diabetes mellitus, hypertension, and dyslipidemia. Nursing care covered the critical, semi-critical, and rehabilitation phases, focusing on preventing respiratory failure, promoting airway clearance, monitoring infection and comorbidities, supporting self-management, and discharge planning. Both patients showed clinical improvement, were successfully weaned from oxygen therapy, did not develop acute respiratory failure, and were discharged home.

Keyword: Nursing Care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation, Hospital Readmission

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิต โดยมีลักษณะเด่นคือการอุดกั้นของทางเดิน

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

หายใจอย่างต่อเนื่องจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมและการทำลายเนื้อปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ และหายใจลำบาก ซึ่งอาการจะค่อย ๆ รุนแรงขึ้นตามการดำเนินโรค ภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: AECOPD) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง สมรรถภาพปอดลดลงอย่างรวดเร็ว คุณภาพชีวิตแย่ลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต¹

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรครดังกล่าวประมาณ 3.5 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก นอกจากนี้ โรคยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ การสัมผัสมลพิษทางอากาศ และการใช้เชื้อเพลิงชีวมวลในครัวเรือน² แนวทาง Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ฉบับปี 2025 ระบุว่า ภาวะกำเริบเฉียบพลันเป็นปัจจัยสำคัญที่เร่งการเสื่อมของสมรรถภาพปอด เพิ่มโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Readmission) และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป หรือเคยนอนโรงพยาบาลจากภาวะกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและจำเป็นต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง¹

สำหรับประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยพบมากในผู้สูงอายุและผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่ การได้รับฝุ่นละอองและมลพิษทางอากาศ การไต่ยาสูดพ่นไม่ถูกวิธี และการมีโรคร่วมหลายชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่ง

ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูงขึ้น และก่อให้เกิดภาระต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ^{3,4}

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่าการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย COPD ไม่ได้เกิดจากความรุนแรงของโรคเพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เพียงพอ การมีโรคร่วมหลายชนิด การใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง การขาดทักษะในการจัดการตนเอง (Self-management) และการไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) อย่างเหมาะสม^{1,5} แนวทาง GOLD 2025 จึงแนะนำให้การดูแลผู้ป่วย COPD ครอบคลุมทั้งการรักษาด้วยยาและการดูแลที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การประเมินและฝึกเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การส่งเสริมการจัดการตนเอง การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฉีดวัคซีน และการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹

โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอหนองเรือและพื้นที่ใกล้เคียง จากข้อมูลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2565-2568 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 2,549 ราย และมีผู้ป่วย COPD with Acute Exacerbation ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายจำนวน 129, 192, 217 และ 161 ราย ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าภาวะกำเริบเฉียบพลันยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนโรงพยาบาล ส่งผลต่อภาระงานของทีมสุขภาพ การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของโรงพยาบาล นอกจากนี้ จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานาน หรือมีโรคร่วมหลายชนิด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ⁶

แม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ชัดเจน แต่การประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนยังมีความท้าทาย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัจจัยกระตุ้น ความรุนแรงของโรค โรคร่วม และความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทำให้การวางแผนการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยการประเมินแบบองค์รวมและการดูแลเฉพาะราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการค้นหาปัจจัยกระตุ้น การจัดการโรคร่วม การส่งเสริมการจัดการตนเอง การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน¹

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ซึ่งมีปัจจัยกระตุ้นแตกต่างกัน ได้แก่ การสูบบุหรี่เรื้อรัง และการติดเชื้อปอดอักเสบร่วมกับโรคร่วมหลายชนิด เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะกำเริบซ้ำ เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ของการดูแล ตลอดจนสังเคราะห์แนวทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 8-10

มิถุนายน พ.ศ. 2569 โดยคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา และบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁷

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ศึกษาได้ให้ข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา โดยให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจโดยปราศจากความกดดัน มีอิสรภาพในการตัดสินใจ แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 81 ปี น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 166 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 19.47 กิโลกรัม/เมตร² เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2569 และจำหน่ายวันที่ 9 มิถุนายน 2569 ด้วยอาการสำคัญ หายใจหอบเหนื่อย 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล โดย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอ มีเสมหะ และหายใจเหนื่อยมากขึ้น ก่อนมีอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลันจึงมารับการรักษา ผู้ป่วยมีประวัติป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหนองเรือ มีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหารสัญญาณชีพแรกรับ T 36.8 C P 110/min RR 36 /min BP 176/74 mmHg. SpO₂ 90% Room air.

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 82 ปี 10 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2569 และจำหน่ายวันที่ 10 มิถุนายน 2569 ด้วยอาการสำคัญ หายใจหอบเหนื่อย 10 ชั่วโมงก่อน

มาโรงพยาบาล โดย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอ มีเสมหะจำนวนมาก ไม่มีไข้ ต่อมามีอาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้น แม้พ่นยาขยายหลอดลมแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงมารับการรักษา ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความ

ดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง รับประทานยาต่อเนื่อง ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร สัญญาณชีพแรกรับ T 36.5 C P 98/min RR 30 /min BP 156/57 mmHg. SpO₂ 97% Room air.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	วิเคราะห์
อายุ/เพศ	ชาย อายุ 81 ปี	ชาย อายุ 82 ปี 10 เดือน	ทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคและการนอนโรงพยาบาลซ้ำ
โรคประจำตัว	COPD, ความดันโลหิตสูง	COPD, เบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคร่วมหลายชนิด ทำให้การรักษาซับซ้อนและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากกว่า
ปัจจัยเสี่ยง	สูบบุหรี่เป็นเวลานาน	ผู้สูงอายุ มีโรคร่วมหลายโรค	ปัจจัยเสี่ยงของทั้งสองรายแตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการป้องกันการกำเริบซ้ำแตกต่างกัน
ปัจจัยกระตุ้นการกำเริบ	การสูบบุหรี่เรื้อรัง ทำให้หลอดลมอักเสบและอุดกั้น	การติดเชื้อปอดอักเสบ (Pneumonia) ร่วมกับโรคร่วมหลายชนิด	รายที่ 1 เกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรม ส่วนรายที่ 2 เกิดจากการติดเชื้อและโรคร่วม
อาการสำคัญ	หายใจหอบเหนื่อย 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล	หายใจหอบเหนื่อย 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับไอและเสมหะ	ทั้งสองรายมีอาการกำเริบเฉียบพลัน แต่รายที่ 2 มีอาการบ่งชี้การติดเชื้อร่วมด้วย
การตรวจร่างกาย	RR 36 ครั้ง/นาที, SpO ₂ 90%, Wheezing ทั้งสองข้าง	RR 30 ครั้ง/นาที, Biphasic wheezing, Pitting edema 1+	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น แต่รายที่ 2 มีภาวะทางระบบร่วม
ภาพรังสีทรวงอก	Hyperinflation ของปอด	Bilateral interstitial infiltration	รายที่ 1 สอดคล้องกับ COPD ส่วนรายที่ 2 พบการติดเชื้อปอดร่วม
การรักษาที่ได้รับ	HFNC, Berodual, Dexamethasone	HFNC, Berodual, Budesonide, Ceftriaxone, Azithromycin, Dexamethasone	รายที่ 2 ต้องได้รับยาปฏิชีวนะร่วม เนื่องจากมีปอดอักเสบ
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล	2 วัน	3 วัน	รายที่ 2 ใช้เวลารักษานานกว่า เนื่องจากโรคร่วมและการติดเชื้อ
ผลลัพธ์การรักษา	อาการดีขึ้น SpO ₂ 97% จำหน่ายกลับบ้าน	อาการดีขึ้น ลดการใช้ออกซิเจนได้ จำหน่ายกลับบ้าน	ทั้งสองรายตอบสนองต่อการรักษาได้ดี แต่รายที่ 2 ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนมากกว่า
แนวทางป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ	ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ประเมินการใช้ยาสูดพ่น และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	ป้องกันการติดเชื้อ ควบคุมโรคร่วม ประเมินการใช้ยาสูดพ่น และติดตามต่อเนื่อง	การป้องกันการกำเริบซ้ำต้องออกแบบตามปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรักษาของกรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Acute Exacerbation of COPD (AECOPD) ร่วมกับความดันโลหิตสูง	COPD with Acute Lower Respiratory Tract Infection ร่วมกับ Pneumonia, เบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคร่วมและการติดเชื้อ ทำให้การรักษาซับซ้อนมากกว่า
การให้ออกซิเจน	HFNC Flow 40 L/min FiO ₂ 0.40 SpO ₂ 88–92%	HFNC Flow 50 L/min FiO ₂ 0.30 ปรับ SpO ₂ 88–92%	ทั้งสองรายได้รับ HFNC ตามแนวทาง GOLD แต่รายที่ 2 ต้องใช้ Flow สูงกว่า
ยาขยายหลอดลม	Berodual nebulizer ทุก 6 ชั่วโมง	Berodual nebulizer ทุก 6 ชั่วโมง และ ทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้งในระยะแรก	รายที่ 2 มีอาการรุนแรงช่วงแรก จึงต้องพ่นยาถี่กว่า
ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์	Dexamethasone 4 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง	Dexamethasone IV และ Budesonide nebulization ทุก 8 ชั่วโมง	รายที่ 2 ได้รับทั้ง systemic และ inhaled corticosteroid เนื่องจากมีการอักเสบมากกว่า
ยาปฏิชีวนะ	ไม่ได้รับ	Ceftriaxone และ Azithromycin	สอดคล้องกับการวินิจฉัย Pneumonia ร่วมกับ AECOPD
การรักษาโรคร่วม	Amlodipine สำหรับควบคุมความดันโลหิต	ควบคุมเบาหวาน Losartan, Hydralazine, Simvastatin พร้อมติดตามระดับน้ำตาล	การควบคุมโรคร่วมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัว

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าเป็น COPD แต่ยังไม่รับรู้หรือตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำ	รับรู้การเจ็บป่วย รับประทานยาต่อเนื่อง แต่มีโรคร่วมหลายชนิดและเกิดปอดอักเสบเป็นปัจจัยกระตุ้น
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารได้ น้ำหนักค่อนข้างน้อย (BMI 19.47 kg/m ²) ไม่มีภาวะบวม	รับประทานอาหารได้ มีโรคเบาหวาน ต้องควบคุมอาหาร พบ pitting edema 1+ ที่ขาทั้งสองข้าง
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปกติ	ขับถ่ายปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านการขับถ่าย
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	หายใจหอบเหนื่อยมาก ทำกิจกรรมไม่ได้ ต้องได้รับ HFNC	หอบเหนื่อยจาก COPD ร่วม Pneumonia ต้องได้รับ HFNC และพักกิจกรรม
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับถูกรบกวนจากอาการหอบเหนื่อย	นอนหลับไม่เพียงพอจากอาการไอ หอบเหนื่อย และการรักษา
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี (E4V5M6) สื่อสารรู้เรื่อง	รู้สึกตัวดี (E4V5M6) รับรู้และสื่อสารได้ดี
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก	วิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและการกลับมานอนโรงพยาบาล
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	สมาชิกครอบครัวให้การดูแลและพามารักษา	ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลและสนับสนุนการรักษา
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวข้อง	ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวข้อง
10. การเผชิญปัญหาและความทนต่อความเครียด	มีความวิตกกังวลเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย แต่ให้ความร่วมมือในการรักษา	มีความวิตกกังวลจากโรคร่วมหลายชนิด แต่ยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือดี
11. คุณค่าและความเชื่อ	เชื่อมั่นในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ	เชื่อมั่นในการรักษาและตั้งใจปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพนำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน 3 ระยะ ระยะวิกฤติ ระยะวิกฤติ และระยะฟื้นฟู ดังนี้

ตารางที่ 4 ตารางข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
การพยาบาลในระยะวิกฤติ - เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เนื่องจาก มีการอุดตันของทางเดินหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค - การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก มีการหลั่งเสมหะเพิ่มขึ้นร่วมกับประสิทธิภาพการไอลดลงจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม - แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก มีการตีบแคบของหลอดลมและการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง - เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือการลุกลามของการติดเชื้อเนื่องจาก มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและประสิทธิภาพการกำจัดเชื้อของระบบทางเดินหายใจลดลง (เฉพาะกรณีศึกษาที่ 2)	ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1: มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะ RR 36 ครั้ง/นาที SpO₂ 90% ขณะหายใจอากาศธรรมดา ฟังปอดพบ Wheezing ทั้งสองข้าง CXR พบ Hyperinflation และต้องได้รับ HFNC ร่วมกับยาขยายหลอดลมและคอร์ติโคสเตียรอยด์ กรณีศึกษาที่ 2: มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะมาก RR 30 ครั้ง/นาที ฟังปอดพบ Biphasec wheezing ทั้งสองข้าง CXR พบ Bilateral interstitial infiltration สอดคล้องกับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ต้องได้รับ HFNC ยาขยายหลอดลม คอร์ติโคสเตียรอยด์ และยาปฏิชีวนะ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง สามารถระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอ ขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลว และกรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีการลุกลามของการติดเชื้อ กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินอัตรา จังหวะ และลักษณะการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และติดตามค่า SpO₂ อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจนและประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ^{1,8,9} (ข้อวินิจฉัย 1,2,3) - ประเมินเสียงปอด ลักษณะ ปริมาณ สี และความเหนียวของเสมหะ รวมทั้งความสามารถในการไอขับเสมหะทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามการอุดตันของทางเดินหายใจและการตอบสนองต่อการรักษา^{1,8,9} (ข้อวินิจฉัย 1,2,3) - ติดตามผลการตรวจ Arterial Blood Gas (ABG) ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ^{1,8,9} (ข้อวินิจฉัย 1,3,4) - จัดท่าศีรษะสูง (High Fowler's position) และเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอดและเพิ่มประสิทธิภาพการระบายอากาศ^{1,9} (ข้อวินิจฉัย 1,2,3) - ดูแลการให้ออกซิเจนด้วย High Flow Nasal Cannula (HFNC) หรืออุปกรณ์ตามแผนการรักษา โดยติดตามให้ค่า SpO₂ อยู่ในช่วงเป้าหมาย 88–92% และเฝ้าระวังภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง¹ (ข้อวินิจฉัย 1,3) - ส่งเสริมการหายใจแบบ Pursed-lip breathing และ Diaphragmatic breathing รวมทั้งฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อเพิ่มการระบายอากาศและช่วยขับเสมหะ^{1,9} (ข้อวินิจฉัย 1,2,3) - ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ยาพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาละลายเสมหะ และยาอื่น ๆ ตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา^{1,10} (ข้อวินิจฉัย 1,2,3) - ส่งเสริมให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ หากไม่มีข้อห้าม เพื่อช่วยลดความเหนียวของเสมหะและเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเสมหะ^{8,9} (ข้อวินิจฉัย 2,3) - ดูแลการระบายเสมหะ ได้แก่ Chest physiotherapy การเคาะปอด การสั่นปอด หรือการดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (Aseptic technique)^{1,8,9} (ข้อวินิจฉัย 2,3,4) - ประเมินอุณหภูมิร่างกาย สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ติดตามผล CBC และผลเพาะเชื้อตามแผนการรักษา^{1,10} (ข้อวินิจฉัย 4) - ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ติดตามการตอบสนองต่อยา และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์^{1,10} (ข้อวินิจฉัย 4) - ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Standard precautions) และแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามสุขอนามัยของระบบทางเดินหายใจ เช่น การล้างมือ การปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม^{2,10} (ข้อวินิจฉัย 4) - ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น SpO₂ ลดลง ซึมลง หรือมีสัญญาณของภาวะหายใจล้มเหลว ให้รีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที¹ (ข้อวินิจฉัย 1,2,3,4)
การพยาบาลในระยะกึ่งวิกฤติ - ทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงและการใช้ออกซิเจนของร่างกายไม่เพียงพอ - วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1: ภายหลังผ่านระยะวิกฤติยังมีอาการเหนื่อยง่ายจากภาวะกำเริบของ COPD ต้องได้รับออกซิเจนและจำกัดกิจกรรมในระยะแรก มีความกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากและการเจ็บป่วย

ตารางที่ 4 ตารางข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
เนื่องจาก หายใจลำบาก ต้องพึ่งพาออกซิเจน 7. เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เนื่องจาก พยาธิสภาพโรคเบาหวานร่วมกับภาวะติดเชื้อและได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (เฉพาะกรณีศึกษาที่ 2)	กรณีศึกษาที่ 2: มีอาการเหนื่อยง่ายและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจาก COPD exacerbation ร่วมกับ Pneumonia ต้องได้รับออกซิเจน มีโรคร่วม DM, HT และ DLP และได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือไม่คงที่ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถเพิ่มระดับกิจกรรมได้ตามศักยภาพโดยไม่เกิดอาการหอบเหนื่อยรุนแรง มีความวิตกกังวลลดลง สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษา และกรณีศึกษาที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเป้าหมายตามแผนการรักษาโดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำรุนแรง เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและเพิ่มระดับกิจกรรมได้ตามศักยภาพ 2. ไม่มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงหรือ SpO₂ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทำกิจกรรม 3. ชีพจรและอัตราการหายใจหลังทำกิจกรรมกลับเข้าสู่ระดับใกล้เคียงก่อนทำกิจกรรมหลังได้พัก 4. ผู้ป่วยบอกว่าความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการรักษา 5. ผู้ป่วยสามารถใช้เทคนิคการหายใจได้ถูกต้อง 6. กรณีศึกษาที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเป้าหมายตามแผนการรักษา และไม่มีอาการแสดงของ Hypoglycemia หรือ Hyperglycemia กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับอาการเหนื่อย (Dyspnea score) ความทนต่อกิจกรรม อัตราการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต และค่า SpO₂ ก่อน ระหว่าง และหลังทำกิจกรรม เพื่อประเมินการตอบสนองของระบบหัวใจและปอดต่อการใช้พลังงาน^{1,8,9,10} (ข้อวินิจฉัย 5) 2. วางแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มจากกิจกรรมเบา สลับกับการพักผ่อน และเพิ่มระดับกิจกรรมทีละน้อยตามความสามารถ เพื่อป้องกันการใช้ออกซิเจนเกินความต้องการของร่างกาย^{1,8,9} (ข้อวินิจฉัย 5) 3. ส่งเสริมการฝึกหายใจแบบ Pursed-lip breathing และ Diaphragmatic breathing ระหว่างทำกิจกรรม พร้อมสอนการประหยัดพลังงาน (Energy conservation techniques) เพื่อช่วยลดอาการหอบเหนื่อยและเพิ่มประสิทธิภาพการระบายอากาศของปอด^{1,9,10} (ข้อวินิจฉัย 5,6) 4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพ พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเหนื่อย เพื่อลดภาระการทำงานของระบบหายใจและส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง^{8,9} (ข้อวินิจฉัย 5,6) 5. ประเมินระดับความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามปัญหา รับฟังความรู้สึก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และแผนการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา^{8,9,10} (ข้อวินิจฉัย 6) 6. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความเครียดของผู้ป่วย^{8,9} (ข้อวินิจฉัย 6) 7. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์หรือมีภาวะติดเชื้อ^{1,10} (ข้อวินิจฉัย 7) 8. ดูแลให้ได้รับยาเบาหวานหรืออินซูลินตามแผนการรักษา ติดตามผลข้างเคียงของยา และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด^{1,10} (ข้อวินิจฉัย 7) 9. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ รวมทั้งการปฏิบัติตัวระหว่างได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย^{1,10} (ข้อวินิจฉัย 7) 10. ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ค่า SpO₂ ลดลง หรือระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา¹ (ข้อวินิจฉัย 5,6,7)
การพยาบาลในระยะฟื้นฟู 8. เสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาด้วยภาวะกำเริบ	ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีประวัติ COPD และเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญจากประวัติการสูบบุหรี่เรื้อรัง ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 มี Pneumonia เป็น

ตารางที่ 4 ตารางข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
เสี่ยงพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากพร่องความรู้ในการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ปัจจัยกระตุ้นร่วมกับโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ DM, HT และ DLP ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการใช้ยาสูดพ่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การสังเกตอาการเตือน และการจัดการโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการจัดการโรค COPD สามารถใช้ยาและยาสูดพ่นได้อย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น สังเกตอาการเตือนของภาวะกำเริบ และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลอธิบายสาเหตุ ปัจจัยกระตุ้น และแนวทางป้องกัน AECOPD ได้ 2. สามารถสาธิตการใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องตามขั้นตอน 3. สามารถบอกอาการเตือน ได้แก่ หอบเหนื่อยมากขึ้น ไอเพิ่มขึ้น เสมหะเพิ่มหรือเปลี่ยนสี และทราบว่าจะมารับบริการเมื่อใด 4. กรณีศึกษาที่ 1 มีแผนเลิกบุหรี่และหลีกเลี่ยงควัน ฝุ่น และมลพิษ 5. กรณีศึกษาที่ 2 เข้าใจการป้องกันการติดเชื้อและการควบคุม DM, HT และ DLP อย่างต่อเนื่อง 6. ผู้ป่วยสามารถฝึก Pursed-lip breathing และปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามความเหมาะสม 7. ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจแผนการใช้ยา วันนัดติดตาม และช่องทางเข้ารับบริการเมื่อมีอาการผิดปกติ กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเอง ทั้งด้านการใช้ยา การสังเกตอาการกำเริบ การออกกำลังกาย และการป้องกันปัจจัยกระตุ้น เพื่อวางแผนการให้ความรู้ที่เหมาะสม^{1,8,9,10} 2. สอนและให้ผู้ป่วยสาธิตการใช้ยาสูดพ่น (Inhaler technique) ด้วยวิธี Teach-back พร้อมแก้ไขข้อบกพร่องจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เนื่องจากการใช้ยาที่ถูกวิธีช่วยลดอัตราการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การใช้ยาพ่นอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค^{1,10} 4. แนะนำการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น เช่น การสูบบุหรี่ ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง มลพิษทางอากาศ การเผาไหม้ และการสัมผัสผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ^{1,10} 5. สอนการสังเกตอาการเตือนของภาวะกำเริบ ได้แก่ หอบเหนื่อยมากขึ้น ไอเพิ่มขึ้น เสมหะมากขึ้นหรือเปลี่ยนสี มีไข้ หรือใช้ยาพ่นฉุกเฉินบ่อยขึ้น พร้อมแนะนำให้รีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการดังกล่าว^{1,10} 6. ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) โดยแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม การฝึกหายใจแบบ Pursed-lip breathing และ Diaphragmatic breathing รวมทั้งการประหยัดพลังงานในการทำกิจวัตรประจำวัน^{1,10} 7. ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และให้คำปรึกษาหรือส่งต่อเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในรายที่ยังสูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการชะลอการดำเนินของโรค^{1,10} 8. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีนตามแนวทาง ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี และวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อและการกำเริบของโรค^{1,10} 9. วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลัก D-METHOD พร้อมนัดติดตามอาการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชน^{8,9,10} 10. ส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ การพามาพบแพทย์ตามนัด และการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ^{8,9,10}

ประเมินผลทางการพยาบาล
กรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 มีอาการของโรคปอดอักเสบมีอาการเริ่มต้นของภาวะหายใจภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามระยะ

ของการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการทางระบบหายใจดีขึ้น อาการหอบเหนื่อยลดลง สามารถไอและขับเสมหะได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อัตราการหายใจและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ใน

เกณฑ์เป้าหมาย สามารถลดและหยุดการให้ออกซิเจนได้ตามลำดับ โดยไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน กรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งมีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วยตอบสนองต่อการรักษาและไม่พบการลุกลามของการติดเชื้อ รวมทั้งได้รับการติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสม ในระยะฟื้นฟูผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้นโดยไม่มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรง ความวิตกกังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการจัดการโรคเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายการใช้ยาและยาสูดพ่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการสังเกตอาการเตือนของภาวะกำเริบได้ โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เน้นการหลีกเลี่ยงและเลิกสูบบุหรี่ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เน้นการป้องกันการติดเชื้อและควบคุมโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้นตามลำดับสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ และได้รับการวางแผนติดตามต่อเนื่องที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อป้องกันการกำเริบและลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการสำคัญคล้ายคลึงกัน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะ และมีภาวะพร่องออกซิเจน จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกพบว่าปัจจัยกระตุ้นการกำเริบและความซับซ้อนของการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการพยาบาลและการวางแผนป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำแตกต่างกันด้วย

กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยกระตุ้นสำคัญจากการสูบบุหรี่เรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม การทำลายถุงลม และการเสื่อมของสมรรถภาพปอด ส่งผลให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันได้ง่าย ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีการติดเชื้อปอดอักเสบเป็นปัจจัยกระตุ้นร่วมกับโรค

ร่วมหลายชนิด ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้การดำเนินโรคมียความซับซ้อนมากกว่า ต้องเฝ้าระวังทั้งภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และการควบคุมโรคร่วมควบคู่กัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ที่ระบุว่า การติดเชื้อทางเดินหายใจและการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายชนิดมีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำและการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม¹

ผลการศึกษายังพบว่า การพยาบาลในระยะวิกฤติมีบทบาทสำคัญในการลดความรุนแรงของภาวะกำเริบ โดยมุ่งเน้นการประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซ การเปิดทางเดินหายใจ การช่วยให้ขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ออกซิเจนอย่างเหมาะสม และการเฝ้าระวังการติดเชื้อร่วมกับการรักษาตามแนวทางการมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการหอบเหนื่อยลดลง สามารถลดการให้ออกซิเจนได้ และไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ขณะที่ในระยะกึ่งวิกฤติ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมการทำกิจกรรมตามความสามารถ การลดความวิตกกังวล และการควบคุมโรคร่วม โดยเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือดของกรณีศึกษารายที่ 2 มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น และพร้อมเข้าสู่ระยะเตรียมจำหน่าย

ประเด็นสำคัญที่พบจากการศึกษาครั้งนี้คือการป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำควรเริ่มตั้งแต่วะที่ผู้ป่วยยังนอนรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเอง การฝึกใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนของภาวะกำเริบ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การเลิกสูบบุหรี่ และการควบคุมโรคร่วม รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Self-management และ Pulmonary Rehabilitation ที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถลดอัตราการกำเริบ ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ^{1,10}

ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นเฉพาะราย ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการโรคของผู้ป่วย ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาล้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว^{1,11}

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นการกำเริบของโรคเป็น

รายบุคคล เช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อ การใช้ยาเสพติด และโรคร่วม เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

2. ด้านการป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาล้ำ ควรส่งเสริมการจัดการตนเอง ฝึกทักษะการใช้ยาเสพติด การสังเกตอาการเตือน การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ

3. ด้านระบบบริการสุขภาพ ควรพัฒนาระบบติดตามหลังจำหน่ายที่เชื่อมโยงระหว่างหอผู้ป่วยคลินิก COPD ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและลดการกำเริบหรือกลับเข้ารับการรักษาล้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2025 report. Fontana (WI): GOLD; 2025.
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Jul 12]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
3. กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2566.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567.
5. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, Lareau SC, Marciniuk DD, Puhan MA, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society policy statement: enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;192(11):1373-86.
6. โรงพยาบาลหนองเรือ. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วย COPD with Acute Exacerbation จากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2565-2568. ขอนแก่น: โรงพยาบาลหนองเรือ; 2568. (เอกสารภายใน)
7. Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis: Jones & Bartlett Learning; 2009.
8. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editors. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2024-2026. 13th ed. New York: Thieme; 2024.
9. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.
10. กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2566.
11. Reducing hospital readmissions in chronic obstructive pulmonary disease patients: current treatments and preventive strategies. 2025