เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ประจำปีงบประมาณ 2567

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา ๒ ราย
(Nursing Care of Patient COPD with acute exacerbation: ๒ case Study)

นางสาวสมร พูนขวัญ
โรงพยาบาลสทิงพระ

https://skho.moph.go.th

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย

(Nursing Care of Patient COPD with acute exacerbation: 2 Case Study)

สมร พูนขวัญ
โรงพยาบาลสทิงพระ

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทย และจากข้อมูลการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสทิงพระ ปี 2564- 2566 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เท่ากับ 135, 145 และ 193 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2566 เป็นโรคลำดับที่สองในสิบอันดับแรกของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นอันดับแรกของโรคที่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตลอด 5 ปีหลัง ด้วยภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน อัตรากลับมารักษาซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2566 เท่ากับร้อยละ 4.26 นอกจากนี้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการใส่ท่อช่วยหายใจและมีอัตราการส่งต่อโรงพยาบาลทั่วไปสูง อีกทั้งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเป็นผู้สูงอายุ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ หรือติดเชื้อในโรงพยาบาล นำไปสู่อันตรายต่อชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน 2 ราย

รูปแบบการศึกษา : กรณีศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสทิงพระ

ผลการศึกษา : จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ราย พบว่าความเหมือนของการดูแลผู้ป่วยคือ เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล แต่มีความแตกต่างในด้านการรักษาและการพยาบาล คือ ภาวะหอบกำเริบของผู้ป่วยรายแรกเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่อยู่ในระยะดำเนินมากขึ้นร่วมกับปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งกระตุ้น รวมถึงสภาพด้านจิตใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ แต่ผู้ป่วยรายที่สองมีปัจจัยด้านอายุร่วมด้วย ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินปัญหาและการวางแผนดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมตามทฤษฎีการประเมินแบบแผนสุขภาพทางการพยาบาลของกอร์ดอน ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้จำนวนวันนอน 17 วัน เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวอาการกำเริบซ้ำจึงไม่อยากกลับบ้าน มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถวางแผนจำหน่ายได้เร็วกว่าเมื่อแก้ไขภาวะหอบกำเริบได้ในระยะจำนวนวันนอน 3 วัน

สรุปผลการศึกษา : จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ราย โดยได้นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินแบบแผนสุขภาพทางการพยาบาล 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาวางแผนให้การพยาบาลโดยยึดหลักแนวคิดทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย ทีมนำทางคลินิกและสหวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถนำข้อมูลรายงานกรณีศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น เพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันและการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ตามเป้าหมายสูงสุดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) หมายถึง โรคที่ผู้ป่วยมีการวินิจฉัยหลักด้วยรหัสโรค ICD10 ที่ขึ้นต้น J44 ซึ่งเป็นนิยามที่ปรับจาก Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2021)[1] เป็นกลุ่มโรคที่ประกอบด้วย 2 โรค คือ โรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังที่ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง เป็นๆหายๆอย่างน้อย 3 เดือน และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปีโดยไม่มีสาเหตุอื่น (สมาคมอุรเวชช์, 2565)[2] โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากพยากรณ์ของโรคส่วนใหญ่เป็นไปในทางเสื่อมลงและไม่หายขาด (บุญสว่าง, 2566)[3] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัจจุบันมีสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน หรือร้อยละ 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 (Health Data Center: HDC, Ministry of Public Heath, 2019 อ้างใน พรรณภัทร, 2564)[4] และจากข้อมูลการเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสทิงพระ ปี2564- 2566 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เท่ากับ 135, 145 และ 193 รายตามลำดับ โดยในปี 2566 เป็นโรคลำดับที่สองในสิบอันดับแรกของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และมีจำนวนวันนอนเท่ากับ 414, 444 และ 612 วัน ตามลำดับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นอันดับแรกของโรคที่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตลอด 5 ปีหลัง อัตรากลับมารักษาซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2566 เท่ากับร้อยละ 4.26 (เกณฑ์ของโรงพยาบาลไม่เกินร้อยละ 1) โรคนี้มักจะมีระยะเวลาและค่ารักษาในการนอนโรงพยาบาลนานสูงกว่าโรคอื่นๆ จากข้อมูลของโรงพยาบาลพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีมูลค่าการสั่งซื้อยาสูงสุดในรายการยาโรคต่างๆ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปีงบประมาณ 2564-2566 มีมูลค่ายาดังนี้ 732,330, 787,068 และ 1,235,035 บาท ตามลำดับ นอกจากนี้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการใส่ท่อช่วยหายใจและมีอัตราการส่งต่อโรงพยาบาลทั่วไปสูง อีกทั้งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเป็นผู้สูงอายุ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ หรือติดเชื้อในโรงพยาบาล นำไปสู่อันตรายต่อชีวิตได้

สำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระยะการกำเริบของโรค (Acute exacerbation) หมายถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่หอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที ร่วมกับมีอาการ

แสดงดังนี้ คือ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในหายใจ (accessory muscle) หรือมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เช่น respiratory paradox หรือ respiratory alternans, พูดไม่เป็นประโยค ชีพจรอาจมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หรือมีภาวะ hemodynamic instability, ซึมหรือสับสน หมดสติ, ออกซิเจนในกระแสเลือดน้อยกว่า 90% หรือลดลงกว่าเดิมในผู้ป่วยที่มีค่าออกซิเจนต่ำเรื้อรัง หรือ PaO2 60 mmHg, PaCO2 45 mmHg และ pH < 7.35 และมีอาการแสดงของภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลวที่เกิดขึ้นใหม่ (สมาคมอุรเวชช์, 2565)[2] สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ทราบชัดเจน แต่จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลพบว่าสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับโรค คือ ประวัติการสูบบุหรี่ มลภาวะในอากาศ การติดเชื้อทางเดินหายใจ และสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะภูมิแพ้ พันธุกรรม อายุ เป็นต้น การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเป้าหมายอยู่ที่การควบคุมและบรรเทาอาการในระยะสงบของโรคและการรักษาในระยะอาการกำเริบของโรค มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สมรรถภาพปอดดีขึ้น ป้องกันอาการกำเริบของโรค (อุษา เอี่ยมละออ และคณะ, 2561)[5] การรักษาประกอบไปด้วย การรักษาที่ใช้ยา เช่น ยาพ่นสูดขยายหลอดลม ยารับประทานขยายหลอดลม ส่วนยาอื่นๆได้แก่ ยากลุ่มสเตียรอยด์ ยาละลายเสมหะ ยาลดการอักเสบ การรักษาที่ไม่ใช้ยา เช่น การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การรักษาโรคร่วม โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนที่เหมาะสม การรักษาอื่นๆ ได้แก่ การบำบัดด้วยออกซิเจนในระยะยาวในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ การใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด non-invasive ventilator และการรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของโรค และมีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ การสัมผัสฝุ่นควัน เป็นต้น

นอกจากการรักษาที่เหมาะสมกับอาการและระยะโรคของผู้ป่วยแล้ว การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการความหลากหลายในการดูแลทั้งต่อผู้ป่วยเอง รวมถึงญาติ ครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต และเป็นผู้ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ค้นหาปัญหารายบุคคล ประสานงานเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งทักษะเบื้องต้นที่พยาบาลควรมีในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การรวบรวมประวัติและประเมินอาการที่สำคัญ ความรู้เรื่องโรคและการดำเนินของโรค กระบวนการพยาบาลที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจโรคและตัวผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน 2 ราย

วิธีการดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหอบกำเริบ

เฉียบพลัน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสทิงพระ โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีภาวะหอบกำเริบและกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติ การสังเกต และการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบทฤษฎีกับข้อมูลผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านการพยาบาล

ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้นำทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาลของกอร์ดอน (Gordons's Functional Health Patterns) มาใช้ในการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล รวมถึงศึกษาเอกสารวิชาการเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งด้านพยาธิสภาพการเกิดโรค สาเหตุ และการรักษา

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา

คัดเลือกจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันและกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาที่กำหนดในการทำกรณีศึกษา คือ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 – ธันวาคม พ.ศ. 2566

ขั้นตอนการศึกษากรณีศึกษา

1. รวบรวมข้อมูล ประวัติ ของกรณีศึกษาทั้งสองราย รวมถึงศึกษาแผนการรักษาของแพทย์และผลการตอบสนองต่อการดูแลรักษา
2. ทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลเชิงทฤษฎี วิชาการที่เกี่ยวข้อง
3. นำข้อมูลที่ศึกษาได้มาวางแผนการพยาบาล
4. ให้การพยาบาลตามแผนการดูแลในระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนจำหน่าย ประเมินผลการดูแล
5. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยทั้งสองรายและนำมาสรุปเป็นเอกสารทางวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไป

พยาธิสภาพ การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) หมายถึง โรคที่ประกอบด้วย 2 โรค คือ โรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังที่ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง เป็นๆหายๆ อย่างน้อย 3 เดือน และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่มีสาเหตุอื่น (สมาคมอุรเวชช์, 2565)[2] เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมส่วนล่างมีการอักเสบเรื้อรังและมีการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อปอด ทำให้มีการสร้างเยื่อเมือกออกมามาก การอักเสบและการเกิดขึ้นซ้ำๆในหลอดลม จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ไปจนถึงขนาดเล็กโดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลายที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร จะมีการตีบแคบลงจนไม่สามารถแลกเปลี่ยนอากาศได้ นอกจากนี้ถุงลมบางส่วนจะมีลักษณะโป่งพอง บางส่วนแฟบตัวลง ระดับออกซิเจนในถุงลมลดลงจะทำให้

เกิดการหดรัดตัวของหลอดเลือดในปอด ความดันของหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจซีกขวาเพิ่มการบีบตัว กล้ามเนื้อหัวใจอาจมีขนาดใหญ่กว่าเดิม ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติ ส่งผลให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีการทำลายของเนื้อปอด (Lung parenchyma) ปอดสูญเสียความยืดหยุ่น เมื่ออาการของผู้ป่วยเลวลงเรื่อย ๆ การขาดออกซิเจนจะมีผลต่อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงลง การทำงานของอวัยวะต่างๆก็จะเกิดความผิดปกติขึ้น เช่น การทำงานของไตผิดปกติ เพิ่ม permeability ของหลอดเลือดฝอย และทำให้เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น (Polycythemia) เนื่องจากไตปล่อยอิริโตรพออิทิน ไปกระตุ้นไขกระดูกให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เม็ดเลือดแดงมากขึ้น เลือดมีความหนืดสูง และจะมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด ทำให้เลือดเป็นกรด ทำให้หลอดเลือดปอดหดตัวและความดันในปอดสูงขึ้นและหัวใจข้างขวาวายได้ (Corpulmonale) และจากพยาธิสภาพดังกล่าวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีแนวโน้มเกิดโรคร่วมหรือพบร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ (พัทธ์ชนก, 2560)[6]

สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีหลักฐานยืนยันที่แน่ชัด แต่จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า สาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับโรคมีดังนี้

1. ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสูงถึง 75% เนื่องจากสารอันตรายต่างๆในบุหรี่ ได้แก่ ไนโตรเจนไดออกไซด์ ซัลไฟต์ และอะโครลีน ทำให้หลอดลมและถุงลมเกิดการระคายเคืองและการอักเสบ และมีผลการวิจัยยืนยันว่าการสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพปอดลดลงเร็วขึ้นกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 2-3 เท่า (ธารีรัตน์, 2555)[7]
2. มลภาวะในอากาศ เช่น การเผาไหม้ของเชื้อเพลิง ก๊าซพิษ ควัน ฝุ่น พบว่าการสูดดมเป็นระยะเวลานานมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้
3. การติดเชื้อทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุหลอดลม ทำให้หลอดลมตีบแคบ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคได้
4. สาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะภูมิแพ้ พันธุกรรม อายุ มีการศึกษาพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น เนื้อปอดจะมีความยืดหยุ่นน้อยลง

การวินิจฉัยโรค

สามารถวินิจฉัยโรคได้จากการซักประวัติปัจจัยเสี่ยง เพศ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ การตรวจร่างกาย ประวัติอาการและอาการแสดง ซึ่งลักษณะอาการหายใจเหนื่อยโรคนี้ มักจะมาจากการซักประวัติผู้ป่วยบอกว่าต้องใช้แรงในการหายใจ หรือต้องหายใจเข้าออกหนักๆ รู้สึกแน่นในอก และมีอาการไอเรื้อรัง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการไอเป็นอาการนำของโรค ส่วนใหญ่อาจเป็นอาการไอแบบแห้งๆ หรือไอแบบมีเสมหะในช่วงแรกและไอเกือบตลอดทั้งวันในระยะหลังของโรค ในระยะแรกของโรคอาจตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ จะตรวจร่างกายพบความผิดปกติเมื่อการดำเนินของโรคลุกลามมากขึ้น การตรวจสมรรถภาพปอดหรือการตรวจสไปโรเมตรีย์ จะช่วยวินิจฉัยและตรวจแยกระดับความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งสามารถตรวจแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่และไม่มีอาการกำเริบอย่างน้อย 1 เดือน โดยแบ่งระดับความรุนแรง 4 ระดับ คือ รุนแรงน้อย ค่า FEV1>80%ของค่ามาตรฐาน รุนแรงปานกลาง ค่า FEV1 ระหว่าง 50-80%ของค่า

มาตรฐาน รุนแรงมาก ค่า FEV1 ระหว่าง 30-50%ของค่ามาตรฐาน และระดับรุนแรงมากที่สุด ค่า FEV1 <30% ของค่ามาตรฐาน

การตรวจวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจทำโดยวิธีการต่างๆ ดังนี้

1. วิธีการตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary function test) ด้วยสไปโรเมตรีย์ (Spirometry) เป็นการตรวจวัดปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกโดยการใช้เครื่องมือ spirometer ผลจากการตรวจจะได้กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาตรอากาศและเวลา บ่งชี้ภาวะหลอดลมอุดกั้น FEV1/FVC% เป็นค่าร้อยละปริมาตรอากาศที่เป่าออกในวินาทีที่ 1/ปริมาตรอากาศที่เป่าออกได้มากที่สุดอย่างเร็วแรง แสดงถึงการอุดกั้นของหลอดลม (ค่าปกติมากกว่า 70%) ในผู้ป่วย COPD จะพบค่า FEV1 ต่ำกว่าปกติ อัตราส่วน FEV1 /FVC ต่ำกว่า 70%

2. การตรวจภาพรังสีทรวงอกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีลักษณะ Hyperinflation ของทรวงอก กล่าวคือ กระบังลมจะแบนราบ และ หัวใจมีขนาดเล็ก ซึ่งภาพถ่ายรังสีทรวงอกดังกล่าวจะช่วยในการวินิจฉัยได้

3. การตรวจก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas) เป็นวิธีที่ใช้ช่วยวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งในระยะหลังที่มีความรุนแรงของโรคมากขึ้น ค่า $PaCO_2$ จะสูงขึ้น และในภาวะกำเริบของผู้ป่วยจะมีภาวะพร่องออกซิเจนมากขึ้น ค่า$PaCO_2$ จะสูงขึ้น (ค่าปกติ $PaCO_2$ คือ 50 – 90 มิลลิเมตรปรอท)

4. การตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) เนื่องจากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจพบหัวใจล่างขวาโต การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบว่า right axis deviation “P pulmonale”

5. การตรวจทางห้องทดลองอื่น ๆ การตรวจเสมหะ ลักษณะของเสมหะ โดยเฉพาะการย้อมสีแกรมจะช่วยวินิจฉัยการติดเชื้อที่ปอดหรือหลอดลมได้

นอกจากนี้ การประเมินระดับความรุนแรงของโรค ด้วยแบบสอบถาม CAT (COPD Assessment Test) จะช่วยให้การประเมินวินิจฉัยโรคและระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ได้ครอบคลุมมากขึ้น

อาการ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะแรกมักไม่แสดงอาการ แต่ผู้ป่วยอาจมีอาการไอหลังตื่นนอน และจะเริ่มมีอาการไอเรื้อรัง บางรายอาจไม่มีเสมหะหรือมีเสมหะเหนียวใส เริ่มมีอาการหอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ซึ่งจะมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆในระยะหลังของโรค บางรายอาจมีอาการแน่นหน้าอกร่วมด้วย

การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยมีความสำคัญในการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาเพื่อวางแผนการดูแลและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ พิจารณาจาก 2 ประเด็นหลัก คือ อาการเหนื่อย (dyspnea) และการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (exacerbation) ซึ่งอาการหอบเหนื่อยหรืออาการหายใจลำบาก อาจพิจารณาประเมินจากเกณฑ์การให้คะแนนภาวะหายใจลำบาก (modified Medical Research Council Dyspnea Score; mMRC) ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนภาวะหายใจลำบาก (modified Medical Research Council Dyspnea Score; mMRC)

เกณฑ์การให้คะแนนภาวะหายใจลำบาก	คะแนน
รู้สึกหายใจหอบ ขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น	0
หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน	1
เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดพักเพื่อหายใจ เมื่อต้องเดินตามปกติบนพื้นราบ	2
ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ	3
หายใจหอบมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว	4

อาการ: อาการน้อย (mMRC 0 -1 or CAT < 10) จัดผู้ป่วยกลุ่ม (A) or (C)

อาการมาก (mMRC > 2 or CAT > 10) จัดผู้ป่วยกลุ่ม (B) or (D)

การรักษา

มีเป้าหมายอยู่ที่การควบคุมและบรรเทาอาการในระยะสงบของโรคและการรักษาในระยะอาการกำเริบของโรค อย่างไรก็ตามพบว่าวัตถุประสงค์ของการรักษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สมรรถภาพปอดดีขึ้น ป้องกันอาการกำเริบของโรค มีคำแนะนำในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. การรักษาที่ใช้ยา เช่น ยาขยายหลอดลม ยาลดการอักเสบ
2. การรักษาอื่นๆที่ไม่ใช้ยา ได้แก่

   - การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฝึกการหายใจ การออกกำลังกายที่เหมาะสม
   - การรักษาโรคร่วม โรคประจำตัว และการได้รับวัคซีนที่เหมาะสม มีคำแนะนำระดับหลักฐาน A ให้ผู้ป่วย COPD รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันเชื้อนิวโมคอคคัส ชนิด 13-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV-13) และ 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine (PCV-23) ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และวัคซีนโควิด 19
   - การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆร่วมด้วย เช่น การลด เลิกสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสัมผัสฝุ่นควัน
   - การรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจนในระยะยาวในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ค่า $SpCO_2 \leq 88\%$ โดยไม่ต้องคำนึงว่ามีภาวะ hypercapnia ร่วมด้วยหรือไม่ หรือค่า $SpCO_2$ อยู่ระหว่าง 88-90% และมีภาวะต่อไปนี้อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ แรงดันในหลอดเลือดปอดสูง หัวใจวาย หรือ polycythemia (Hct>55%) โดยใช้ออกซิเจนอย่างน้อยวันละ 15 ชั่วโมง
   - การใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น
   - การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด non-invasive ventilator ในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และมีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรังโดยมีค่า $PaCO_2 \geq 52$ มิลลิเมตรปรอท
   - การรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของโรค

สำหรับการเลือกเริ่มใช้ยาในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพิจารณาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565)[2]

กลุ่ม A แนะนำการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น เช่น SABA หรือ SABA/SAMA

กลุ่ม B แนะนำการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว เช่น LABA หรือ LAMA หากผู้ป่วยมีอาการมาก เช่น คะแนนจากการประเมิน CAT >20 หรือ mMRC ≥2 คะแนน พิจารณาใช้ยา LABA/LAMA ชนิดรวมในหลอดเดียวกัน หรือแยกหลอด (กรณีที่ไม่มียา)

กลุ่ม C แนะนำการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว เช่น LAMA

กลุ่ม D แนะนำการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว เช่น LAMA หรือ หากผู้ป่วยมีอาการมาก เช่น คะแนนจากการประเมิน CAT >20 คะแนน หรือ mMRC ≥2 คะแนน แนะนำให้ใช้ยา LABA/LAMA ชนิดรวมในหลอดเดียวกัน หรือหากกระดับอีโอซิโนฟิลในเลือดมีค่าสูง ≥300 เซลล์ต่อไมโครลิตร แนะนำให้ใช้ยา ICS/LABA หรือเลือกพิจารณาใช้ยาตามระดับความรุนแรงของโรค

การพยาบาล

นอกจากการรักษาที่เหมาะสมกับอาการและระยะโรคของผู้ป่วยแล้ว การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสำคัญมาก พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต และเป็นผู้ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ค้นหาปัญหารายบุคคล ประสานงานเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยควรปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้มาตรฐานการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ (กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, 2564)[8] เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทักษะเบื้องต้นที่พยาบาลควรมีในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การรวบรวมประวัติและประเมินอาการที่สำคัญ เช่น ประเมินอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยด้วยเกณฑ์ mMRC หรือ CAT ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ ซักประวัติการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วย และประวัติการเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation) ทั้งความถี่และความรุนแรง ประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประวัติการเกิดโรคร่วมที่สำคัญ

ผลการศึกษา

จากการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเปรียบเทียบ 2 ราย ในแต่ละระยะของการดูแล คือ ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย โดยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้ป่วยแต่ละราย มาวางแผนให้การพยาบาลโดยยึดหลักแนวคิดทางการพยาบาลหลายรูปแบบมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายมีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
วันที่เข้ารับการรักษาตัว	29 กรกฎาคม พ.ศ 2566 (re admit จำหน่ายได้ 1 วัน)	27 สิงหาคม พ.ศ 2566 (re admit จำหน่ายได้ 12 วัน)
จำนวนวันนอน	17 วัน	3 วัน

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การวินิจฉัยโรค	Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation	Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation
อาการสำคัญที่นำมาร.พ	3 ชั่วโมงก่อนมา หายใจเหนื่อยหอบ พ่นยาเอง 3 ครั้งไม่ทุเลา จึงเรียกรถอบต.มาโรงพยาบาล	3 ชั่วโมงก่อนมาขณะลุกขึ้นจากเก้าอี้ หายใจเหนื่อยหอบ พ่นยาเอง 1 ครั้งไม่ทุเลา บุตรจึงเรียกรถอบต.นำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผู้ป่วยให้ประวัติว่า หลังจากออกจากร.พ 1 วัน ยังมีหายใจเหนื่อยๆ 3 ชม.หลังตื่นนอน หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ไอนานๆครั้ง พ่นยาเอง 3 ครั้งไม่ทุเลา จึงเรียก รถอบต.มาร.พ ประวัติการรักษาตัวในโรงพยาบาลสทิงพระในปี 2566 จำนวน 5 ครั้ง	บุตรให้ประวัติว่า 1 เดือนก่อนมาหายใจเหนื่อยหอบ ร.พ สทิงพระ ใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อร.พสงขลา แอดมิท 5 วัน (ใส่ท่อช่วยหายใจ 1 วัน) หลังจำหน่ายหายใจเหนื่อยลดลง ไอนานๆครั้ง 3 ชั่วโมงก่อนมาขณะลุกขึ้นจากเก้าอี้ หายใจเหนื่อยหอบ พ่นยาเอง 1 ครั้งไม่ทุเลา บุตรจึงเรียกนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	-ต้นปี 2560 ตกจากนั่งร้านขณะทำก่อสร้าง ข้อมือหัก ลำตัวกระแทกพื้นไม่มีประวัติกระดูกหัก แต่สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง ทำงานก่อสร้างได้ลดลง -ต.ค 2560 ไอบ่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม ซื้อยากินเองไม่ดีขึ้น จึงมารับการรักษาที่ร.พ แพทย์วินิจฉัยหลอดลมอักเสบ ได้รับยาพ่น Beradual MDI NB prn อาการทุเลาบ้าง -ธ.ค 2560 หายใจเหนื่อยบ่อยขึ้น ไอเรื้อรัง พ่นยาเองไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตรวจ spirometry 19%predict PEFR 100L/MIN - ก.ค 2562 แพทย์วินิจฉัย chronic lung disease ส่งตัวไปรับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสงขลา ไปรับยาต่อเนื่อง ถ้ามีอาการหอบกำเริบจะมาแอดมิทที่โรงพยาบาลสทิงพระ - ปี 2565 ป่วยเป็นโควิด 19 ไม่มีภาวะปอดอักเสบ รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ ร.พ สทิงพระ	-ความดันโลหิตสูงมา 10 ปี รับยาโรงพยาบาลสทิงพระสม่ำเสมอ - แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณ 14 ปี เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติมาพบแพทย์ด้วยอาการไอเรื้อรังและหายใจเหนื่อย รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสทิงพระสม่ำเสมอ
ประวัติการแพ้ยาและสารเสตติด	สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ตั้งแต่อายุประมาณ 15 ปี เมื่อเริ่มเจ็บป่วยลดการสูบลงเหลือวันละ 3-5 มวน/วัน และเลิกสูบเมื่อปี 2562 ดื่มสุรานานๆครั้ง	สูบใบจากวันละ 10-20 มวน ตั้งแต่อายุประมาณ 20 ปี ยังไม่หยุดสูบใบจาก แต่ลดการสูบลง ถ้ามีอาการเหนื่อยหอบก็จะหยุดสูบในขณะนั้น ดื่มสุรานานๆครั้ง เลิกดื่มเมื่ออายุประมาณ 70 ปี

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง/โรคทางพันธุกรรม	ปฏิเสธบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง/โรคทางพันธุกรรม
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ	วันที่ 29 ก.ค 66 CBC: Hct 40.5%, Hb 13.2, MCV 78.3 fl, MCH 25.5 pg, MCHC 32.6 g/dL, WBC 16,040 cells/mm, PLT 202,000/mm3, Neu 86.0% Lym 6.2% Mon 7.5% Eos 0.2% Bas 0.1%	วันที่ 27 ส.ค 66 CBC: Hct 33.8%, Hb 10.6, MCV 67.5 fl, MCH 21.2 pg, MCHC 31.4 g/dL, WBC 3,910 cells/mm, PLT 332,000/mm3, Neu 89.5% Lym 9.2% Mon 0.8% Eos 0.0%
	BUN/Cr 14.3/0.56 mg/Dl, eGFR 114.82 mL/min Na 131 nmol/L K 3.5 nmol/L Cl 93 nmol/L TCO2 31 nmol/L	Bas 0.5%, RBC Mopho Microcyte 1+,Ovalocyte:few, Burr Cell:few
	CxR: mild infiltration การแปลผลทางปฏิบัติการ: มีการอักเสบของปอดทำให้ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และมีภาวะไม่สมดุลของอิเลคโตรไลต์	BUN/Cr 17.3/1.38 mg/Dl, eGFR 43.45 mL/min Na 139 nmol/L K 4.4 nmol/L Cl 106 nmol/L TCO2 23 nmol/L CxR: no infiltration การแปลผลทางปฏิบัติการ: มีภาวะซีดเล็กน้อย ปอดปกติไม่มีการติดเชื้อ ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลงสัมพันธ์กับอายุ
สภาพผู้ป่วยและอาการแรกรับ	แรกรับรู้สึกตัวดี หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง RR 30 ครั้ง/นาที BT 36.6 c PR 106 ครั้ง/นาที BP 140/92 mmHg, O2 sat= 88% Wheezing BL รูปร่าง: ส่วนสูง 160 ซม. น้ำหนัก 65 กก. BMI 25.39 รูปร่างท้วม ผิวหนัง: แห้งเล็กน้อย ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีบาดแผล ศีรษะและใบหน้า: สมมาตร ใบหน้ากลมบวมเล็กน้อย หู ตา คอ จมูก: รูปร่างปกติ สมมาตร ตาเหลืองเล็กน้อย คลำไม่พบก้อนที่คอ ไม่มี neck vein engorgement ต่อมไทรอยด์ไม่โต ลำตัว: ทรวงอกและปอด: ทรวงอกรูปถังเบียร์ หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หัวใจ: เต้นเร็ว สม่ำเสมอ ไม่มี murmur ท้อง: ไม่มีกดเจ็บ ไม่มี guarding, ไม่มี ascitis ไม่มีตับและม้ามโต, bowel sound ปกติ	แรกรับ ชายไทยสูงอายุ รู้สึกตัวดี ดูอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยเล็กน้อย RR 24 ครั้ง/นาที BT 37.4 c PR 92 ครั้ง/นาที BP 133/59 mmHg, O2 sat= 97 % Wheezing BL รูปร่าง: ส่วนสูง 161 ซม. น้ำหนัก 61 กก. BMI 23.53 รูปร่างท้วม ผิวหนัง: เหี่ยวย่นตามวัย ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีบาดแผล ศีรษะและใบหน้า: สมมาตร ใบหน้าปกติ หู ตา คอ จมูก: รูปร่างปกติ สมมาตร คลำไม่พบก้อนที่คอ ไม่มี neck vein engorgement ต่อมไทรอยด์ไม่โต ลำตัว: ทรวงอกและปอด: ทรวงอกรูปถังเบียร์ หัวใจ: เต้นเร็ว สม่ำเสมอ ไม่มี murmur ท้อง: ไม่มีกดเจ็บ ไม่มี guarding, ไม่มี ascitis ไม่มีตับและม้ามโต, bowel sound ปกติ

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบการประเมินแบบแผนสุขภาพทางการพยาบาลของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	1. ผู้ป่วยรับรู้สุขภาพว่าปกติตนเป็นคนแข็งแรงดี ทำงานหนักได้มาตลอด คิดว่าการสูบบุหรี่หนักในช่วงวัยทำงานทำให้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2. ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ครั้งนี้คิดว่ามีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียมากกว่าการเจ็บป่วยครั้งก่อนๆ	1. ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหอบเพราะอายุมากและสูบใบจากตอนหนุ่มๆ 2. คิดว่ามารักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้น่าจะไม่กี่วัน ได้รับยาพ่นก็น่าจะดีขึ้น
2 โภชนาการและการเผาผลาญ	BMI 25.39 kg/mm2 รับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ โดยภรรยาเป็นคนปรุงอาหารให้ ชอบรับประทานเนื้อสัตว์ ผักน้ำพริก ไม่มีปัญหาการบดเคี้ยว แต่มีความรู้สึกอยากอาหารลดลง ทานได้น้อย	BMI 23.53 kg/mm2 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ มื้อเช้าชอบดื่มน้ำชาหรือกาแฟ ชอบรับประทานปลา หรือเนื้อสัตว์ชิ้นเล็กๆ ขณะนอนโรงพยาบาลไม่มีปัญหาทานได้น้อย เบื่ออาหารหรือคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยใส่ฟันปลอมทั้งปาก ทานได้หมดทุกมื้อ
3 การขับถ่าย	ถ่ายอุจจาระเกือบทุกวัน เป็นก้อนนิ่มสีเหลือง ไม่มีปัญหาท้องผูก	ถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่มีปัญหาท้องผูก อุจจาระมีสีคล้ำจากการทานยาบำรุงเลือด ปกติถ่ายปัสสาวะได้เอง ขณะนอนร.พ ใส่แพมเพอร์ส เนื่องจากบุตรกลัวผู้ป่วยเหนื่อย
4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ปกติผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ทำงานก่อสร้างได้ แต่ระยะหลังมีอาการหอบบ่อย ไม่สามารถทำงานหนักได้เหมือนเดิม ขณะแอดมิททำกิจวัตรประจำวันได้เองบนเตียงโดยมีภรรยาช่วยทานอาหารได้เอง	ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้โดยมีญาติช่วยเหลือ ทานอาหารได้เอง
5 การพักผ่อนและการนอนหลับ	ปกตินอนหลับพักผ่อนวันละ 8-10 ชม. ไม่ได้ใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยนอนหลับไม่สนิท มีอาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้	ปกตินอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชม. และนอนพักกลางวัน ไม่ได้ใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยนอนหลับได้สนิท
6 สติปัญญาและการรับรู้	รับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ปกติ พูดคุยสื่อสารได้ปกติ	รับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ปกติ มีอาการหลงลืมบ้างตามวัย พูดคุยถามตอบรู้เรื่องดี
7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลงเรื่อยๆ สีหน้าไม่สดชื่น ไม่ค่อยพูด	รับรู้ว่าเป็นโรคหอบ ยอมรับได้ว่าไม่หายขาดเนื่องจากอายุมากแล้ว อารมณ์ดี พูดคุยยิ้มแย้มแจ่มใส
8 บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวนสมาชิกในครอบครัว 6 คน คือ ผู้ป่วย ภรรยา บุตรชาย 3 คน และบุตรสะใภ้ 1 คน ทุก	จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชายคนที่ 2 รับ

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	คนรักใคร่กันดี บุตรคนโตเป็นทหารพรานอยู่ต่างจังหวัด บุตรคนที่ 2และคนสุดท้องทำงานก่อสร้างและอาศัยอยู่กับผู้ป่วย เมื่อเจ็บป่วยภรรยาและบุตรจะสับเปลี่ยนกันหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย	ราชการครู บุตรสะใภ้และหลาน 1 คน เมื่อเจ็บป่วยบุตรคนอื่นๆจะช่วยกันมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (ผู้ป่วยมีบุตร 6 คน)
9 เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยและภรรยารักใคร่กันดี ภรรยาดูแลช่วยเหลือตลอด ความรู้สึกทางเพศลดลง แต่ไม่ได้เป็นปัญหาในครอบครัว	สถานภาพม่าย ภรรยาเสียชีวิตประมาณ 10 ปี
10 การปรับตัวและทนต่อความเครียด	อุปนิสัยเดิมของผู้ป่วยเป็นคนโกรธง่ายหายเร็ว ใจนักเลง มีเพื่อนฝูงมาก ก่อนเจ็บป่วยชอบพูดคุยกับผู้อื่น เมื่อเจ็บป่วยไม่อยากพูดคุยกับใครเนื่องจากเหนื่อย และเบื่อ	อุปนิสัยเดิมของผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์ดี ชอบพูดคุยเล่าเรื่องราวในอดีตให้ลูกหลานฟัง ขณะเจ็บป่วยอารมณ์ปกติ
11 คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ บวชเป็นพระภิกษุเมื่ออายุประมาณ 25 ปี ยึดมั่นในการทำความดี ไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ลักขโมย ปฏิเสธความเชื่อการเจ็บป่วยเป็นเรื่องโชคลางหรือไสยศาสตร์ คิดว่าเกิดจากการสูบบุหรี่หนักในวัยหนุ่มสาว	นับถือศาสนาพุทธ บวชเป็นพระภิกษุเมื่ออายุประมาณ 20 ปี สวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำ คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของสัจธรรมชีวิต เกิดขึ้นได้ตนเองก็อายุมากแล้ว

จากการเปรียบเทียบการประเมินแบบแผนสุขภาพทางการพยาบาลของกอร์ดอน พบว่าภาวะหอบกำเริบของผู้ป่วย เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่อยู่ในระยะดำเนินมากขึ้น ร่วมกับปัจจัยด้านการสัมผัสสิ่งกระตุ้น การสูบบุหรี่ อายุ แต่ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพผู้ป่วยรายแรกมากกว่า เนื่องจากเป็นผู้ป่วยวัยทำงานมีการกระทบต่อแบบแผนการใช้ชีวิตและกิจกรรมรวมถึงผลกระทบด้านจิตใจและความวิตกกังวลทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปและข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 4 ประเด็นเปรียบเทียบกรณีศึกษาตามการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ ๑	ผู้ป่วยรายที่ ๒	ผลการวิเคราะห์
การรักษาที่ได้รับ	ยาพ่น - Spiriva 1 puff OD - Seretide accuhalor 1 puff BID -Beradual (1:3) 1 NB q 4 hr ยารับประทาน -Theophylline (200) 1 t pc BID	- Seretide accuhalor 1 puff BID - Hold Beradual MDI 2 puff prn -Beradual (1:3) 1 NB q 4 hr -Theophylline (200) 1 t pc BID	-จำเป็นต้องได้รับยาขยายหลอดลมเพื่อรักษาแบบต่อเนื่อง ซึ่งมีรายงานว่าไอพราโตเพียมโปรไมต์ได้ผลดีกว่ายากลุ่มเบต้าเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยรายแรกมีอาการกำเริบรุนแรงมากจนต้องเข้ารับการรักษาที่รพ.บ่อยครั้งจึงมีการใช้ยาขยายหลอดลมหลายกลุ่มร่วมกัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ ๑	ผู้ป่วยรายที่ ๒	ผลการวิเคราะห์
	-N-acetylcysteine (200) 2 ซอง pc TID	-N-acetylcysteine (200) 1 ซอง pc TID -Ferrous formulate (200) 1 t pc BID	-ช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและขับเสมหะออกได้สะดวกขึ้น -ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะซีดเล็กน้อย
	- Azithromycin (250) 1 t ac OD		-การใช้ยาปฏิชีวนะอาจ ช่วยลดอัตราการกำเริบของโรคได้ และผู้ป่วยรายแรกมีค่าเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ อาจมีการอักเสบในร่างกาย จึงจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ
	-On oxygen canular 2 LPM สลับพ่นยา และเวลาเหนื่อย	-On oxygen canular 2 LPM เวลาเหนื่อย	-การให้ออกซิเจนเพื่อแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนเท่านั้น โดยให้ออกซิเจนความเข้มข้นที่ต่ำที่สุด เพราะการให้มากไปจะกดการหายใจ จนอาจหมดสติจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง และอาจมีภาวะพิษจากออกซิเจนได้
	- On HFNC flow 40 ลิตร/นาที fio2 0.4	-On oxygen canular 2 LPM เวลาเหนื่อย	การให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก ช่วยให้การนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายดีขึ้น ลดการคั่งของ CO2 ปนกลับสู่ลมหายใจ ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ
	-Lasix 40 mg v (4 ก.ค) Lasix 20 mg v (5 ก.ค)		-ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะน้ำเกิน ซึ่งอาจเป็นภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่เกิดขึ้นได้ใน COPD ระยะที่โรคมีความรุนแรงขึ้น จากพยาธิสภาพของปอดและหัวใจจำเป็นต้องได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อลดการคั่งของสารน้ำ
	-Elixir KCL 30 CC stat (ผล K+ วันที่ 7 ก.ค = 3.3 nmol/L)		-ภาวะหอบเหนื่อยเป็นเวลานาน อาจทำให้อิเลคโตรไลต์ไม่สมดุล และอาจเป็นผลเนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ ๑	ผู้ป่วยรายที่ ๒	ผลการวิเคราะห์
เปรียบเทียบการพยาบาล ๓ ระยะ			
ระยะวิกฤตแรกรับ	-จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา -ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา -ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามระดับความรุนแรงของอาการ -ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา -ดูแลให้ทานอาหารอ่อน -แนะนำทานผลไม้ หรือน้ำผลไม้ ที่ผู้ป่วยชอบ -ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา KCL elixir 30 cc -แนะนำการดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน -ดูแลควบคุมสมดุลของสารน้ำในร่างกายเนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน โดยการบันทึก Intake/Output	-จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา -ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา -ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามระดับความรุนแรงของอาการ -ดูแลให้ทานอาหารอ่อนเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง -แนะนำการดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยรายแรกได้รับยาปฏิชีวนะเนื่องจากมีการอักเสบของปอด ผู้ป่วยรายแรกเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการและอิเลคโตรไลต์ไม่สมดุล จากการทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยรายที่สอง ต้องดูแลให้ได้รับอาหารเฉพาะโรค ผู้ป่วยรายแรกมีภาวะน้ำเกินซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค
ระยะดูแลต่อเนื่อง	-ดูแลแนะนำจัดท่านอนที่สุขสบาย -เปิดโอกาสให้ซักถามระบายความรู้สึกหรือความวิตกกังวลโดยใช้คำถามปลายเปิดและรับฟังโดยใช้ทักษะจับประเด็นและสรุปความ -อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษา -ตอบสนองต่อความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูลหรือประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	-ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย -แนะนำญาติช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรขณะผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ-ดูแลแก้ไขภาวะหายใจเหนื่อยด้วยการให้ยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา	ผู้ป่วยรายแรกมี ความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยหอบและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยรายที่สอง

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการวิเคราะห์
		-ดูแลช่วยเหลือให้มีการขับถ่ายตามปกติบนเตียงโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มิดชิดเป็นส่วนตัว -ดูแลแนะนำจัดท่านอนที่สุขสบาย	
ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย	การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD แนะนำผู้ป่วยและญาติ ดังนี้ Diagnosis -สาเหตุการเกิดโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการหอบกำเริบ Medicine- การใช้ยาที่ถูกต้อง ใช้ยาพ่นต่อเนื่อง Environment- การดูแลความสะอาดในบ้าน ขจัดสิ่งกระตุ้น เช่น ฝุ่น ควัน หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด Treatment- แผนการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ Health- การฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฝึกหายใจ	การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD แนะนำผู้ป่วยและญาติ ดังนี้ Diagnosis -สาเหตุการเกิดโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการหอบกำเริบ Medicine- การใช้ยาที่ถูกต้อง ใช้ยาพ่นต่อเนื่อง Environment- การดูแลความสะอาดในบ้าน ขจัดสิ่งกระตุ้น เช่น ฝุ่น ควัน หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด Treatment- แผนการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ Health- การฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฝึกหายใจ Out patient-สิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัด และ	การวางแผนจำหน่ายกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกันในรายละเอียดของคำแนะนำแต่ความแตกต่างกันในส่วนของผู้รับข้อมูล คือ รายที่ 1 พยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันโดยตรง แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 เน้นการให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ หูไม่ค่อยได้ยิน
	Out patient-สิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัด และกรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อผ่าน 1669Diet-การรับประทานที่ ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่น ลดอาหารมัน เค็ม การดูแลความสะอาดช่องปาก	กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อผ่าน 1669 Diet-การรับประทานที่ ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่น ลดอาหารมัน เค็ม การดูแลความสะอาดช่องปากและฟันปลอม	

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ราย พบว่าความเหมือนของการดูแลคือ เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล แต่มีความแตกต่างในด้านการรักษาและการพยาบาลภายหลังรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่มีจำนวนวันนอน 17 วัน เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวอาการกำเริบซ้ำจึงไม่อยากกลับบ้าน มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยเป็นวัยทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสัมพันธภาพจากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหยุดทำงาน เปลี่ยนเป็นผู้ถูกดูแล มีปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ รวมถึงบทบาททางสังคม ต้องประสานสหวิชาชีพเข้ามาวางแผนดูแลร่วมกัน รวมถึงการจัดทำ case conference และ Family meeting ร่วมกับสหวิชาชีพ จนผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงเข้าใจแผนการรักษาของตนเอง มีความมั่นใจและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองมากขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถวางแผนจำหน่ายได้เมื่ออาการทุเลาระยะจำนวนวันนอน 3 วัน จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุ มีความพร่องในการดูแลตนเอง มีผู้ดูแลที่เป็นบุตร บุตรสะใภ้ หมุนเวียนเปลี่ยนกันดูแลหลายคน ส่วนใหญ่มีรูปแบบความคิดเดียวกันคือยอมรับการเจ็บป่วยว่าเป็นตามอายุขัยของผู้ป่วย ไม่มีความคาดหวังเรื่องผลการรักษา แค่ไม่อยากให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยหอบ ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยและบุตรชายยังคงสูบบุหรี่ พยาบาลจึงต้องมีหน้าที่ให้ความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมแผนการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวเมื่อการดำเนินของโรคเลวลง ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองทั้งด้านการปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะอาการกำเริบ การใช้ยาที่ถูกต้อง การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ และได้รับการประสานส่งต่อข้อมูลให้กับงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน

1. พยาบาลควรมีความรู้ความสามารถและทักษะการดูแลผู้ป่วยรอบด้านทั้งในเรื่องโรค การเจ็บป่วยทางกาย จิตใจและผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อครอบครัวหรือสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลงานผู้ป่วยในต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ควรเป็นผู้ที่สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การใช้ยาและอาการข้างเคียง เทคนิคการสูดพ่นยา รวมถึงแผนการรักษาต่อเนื่อง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

3. หน่วยงานควรมีการส่งบุคลากรอบรม ทบทวนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจอย่างสม่ำเสมอ

4. การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการดูแลแบบสหวิชาชีพ ให้ความรู้ ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย เช่น เภสัชกรสอนการพ่นยา การรับประทานยา กายภาพบำบัดสอนการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นต้น

5. หน่วยงานควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องกับชุมชน โดยเฉพาะในรายประเมินพบปัญหาการบกพร่องการดูแลตนเอง หรือมีอัตรากลับมารักษาซ้ำบ่อย

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

1. ควรศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรูปแบบอื่นๆ เช่น การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้าย การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม

2. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2021 report). Global initiative for chronic obstructive lung disease. Available from: http://goldcopd.org/

2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: บริษัทภาพพิมพ์จำกัด; 2565

3. บุญสว่าง พิลาโสภา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(1): 232-243.

4. พรรณภัทร สินธุแปง และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564; 4(2): 205-218.

5. อุษา เอี่ยมละออ, เยาวเรศ สายสว่าง, ปิยะลักษณ์ ฉายสุวรรณ และอารีย์ โกพัฒนกิจ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561; 12(2): 240-252.

6. พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, บทบาทพยาบาลในการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม: แนวคิดสู่การนำไปใช้. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2560; 10(2): 23-35.

7. ธารีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์. แนวทางวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. 2555. 25 หน้า.

8. กัลยรัตน์ สังข์มรรทร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564; 36(2): 327-342.

9. อิงครัตน์ รอดการทุกข์. อาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยกระตุ้น และวิธีการจัดการ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2560; 37(2): 1-13.