

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) แบบเฉียบพลันร่วมกับเปรียบเทียบ
๒ กรณีศึกษา ณ จุดคัดแยกโรงพยาบาลเลิดสิน

โดย

นางสาวนันทิยา ศรีปองพันธ์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ ๓๐๓๙

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ

ในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเฉียบพลัน นั้น ส่วนใหญ่มุ่งรักษาตามอาการ ยกเว้นในบางครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคร่วมอย่างใดชนิดจะทำให้โรคกำเริบ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และในการให้การรักษาผู้ป่วยโรคดังกล่าว ต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการของโรคเรื้อรัง สาเหตุมาจากการขาดการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน และบุคลากรไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้การรักษา หรือการดูแลผู้ป่วยได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น นอกเหนือจากการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยา หรือการให้ออกซิเจนแล้ว โรงพยาบาลยังมีบทบาทที่สำคัญ คือ เป็นผู้ช่วยเหลือและให้การพยาบาล โดยวางแผนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวที่บ้าน และสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ทั้งนี้ครอบครัวและชุมชนควรมีส่วนสำคัญ ในการมีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ทางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเฉียบพลัน ณ จุดคัดแยก จำนวน 2 ราย เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อโรค และแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนางานในส่วนการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ให้ความร่วมมือทำให้การศึกษาผู้ป่วย ในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

นนทยา ศรีป้องพันธ์

20 มีนาคม 2567

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญภาพ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การรักษาและภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง	4
โรค COPD (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง)	4
การตรวจรักษา	11
โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19)	19
การปฏิบัติเมื่อรับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลเลิดสิน	23
ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา	24
บทที่ 3 ทฤษฎีการพยาบาลที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา	26
การพยาบาลและแผนการพยาบาล/กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วย ณ จุดคัดแยก	28
บทที่ 4 กรณีศึกษา	37-64
- ข้อมูลพื้นฐาน	
- การตรวจร่างกายผู้ป่วยทั้ง 2 ราย	
- สรุปอาการประจำวันขณะรับไว้ดูแล	
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	
- พยาธิสภาพทฤษฎีเปรียบเทียบกรณีศึกษา	
- วิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษา 2 ราย	
บทที่ 5 สรุปวิจารณ์ และข้อเสนอแนะ	65-69
บรรณานุกรม	70-71
ภาคผนวก	72

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดง อาการทางคลินิก สมรรถภาพปอด และความสามารถในการทำกิจกรรม จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019	8
ตารางที่ 2 แสดงแบบประเมินประเมินผลของโรค COPD ที่มีต่อการดำเนินชีวิต และสุขภาวะของผู้ป่วยโดยใช้คำถาม 8 ข้อ	12
ตารางที่ 3 แสดง ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโดยทำการวัดค่า FEV1 หลังจากพ่นยา ขยายหลอดลม	13
ตารางที่ 4 แสดงการแบ่งความรุนแรงของโรคตามความเสี่ยงของการเกิดภาวะ exacerbation	14
ตารางที่ 5 แสดงแผนการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามระดับความรุนแรงของโรค	16-17
ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จำแนกตามปัจจัยการเกิดโรค กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล และผลการรักษา	58-63

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



สารบัญภาพ

	หน้า
กายวิภาคปอด	4
ภาพแสดงรังสีทรวงอก	21
ตารางแนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลเลิดสิน	23

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) คือโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะการอุดกั้นทางเดินหายใจตลอดทำให้การหายใจ เป็นไปได้ยาก คำจำกัดความของ COPD คือ

1. Chronic: เป็นโรคที่เกิดขึ้นในระยะยาว
2. Obstructive: มีการขัดขวางหรือขัดขวางทางเดินหายใจ
3. Pulmonary: เกี่ยวกับปอด
4. Disease: โรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่สำคัญ อันดับที่ 4 ของโลก และคาดว่าในปี ค.ศ.2030 (พ.ศ. 2573) สาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 3 (WHO,2015) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวรโดยมีพยาธิสภาพแบบไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบลงการดำเนินของโรคจะค่อยๆเรื้อรังมีผลให้อัตราการไหลเวียนของอากาศขณะหายใจออกช้าลงและลำบากกว่าหายใจเข้า(สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย,2560) และหากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเฉียบพลันจะยิ่งเพิ่มความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยมีอาการไอ เหนื่อย หายใจลำบากเนื่องจากต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลจะนานขึ้นนอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมโดยมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นและต้องสูญเสียรายได้จากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ เมื่อการดำเนินโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต่อแหล่งห่วงใยสูญเสียคุณค่าในตนเองซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

จากการรายงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยโรคอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยในปี 2563, 2564, และ2565 พบจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 39.51, 48.88 และ 37.84 ตามลำดับและยังมีรายการผู้เสียชีวิต โรงพยาบาลเลิดสินจึงพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มนี้ตรวจพบการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 8.1) โดยพบว่าได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 1.6) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 6.5) และพบเสียชีวิตจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ พยาบาลจึงมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับโรค โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย ณ จุดคัดแยกโดยการประเมินอาการพร้อมกับการซักประวัติ ได้แก่ อาการสำคัญ โรคประจำตัว ประวัติการเกิดติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติกลุ่มเสี่ยงและการแพร่เชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 สู้ผู้ใกล้ชิดชุมชน ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประสานงานส่งต่อเพื่อตรวจ ATK

จัดลำดับความรุนแรงให้การดูแลเบื้องต้น และส่งต่อที่ห้องฉุกเฉินในรายที่มีอาการรุนแรง และให้ข้อมูลขั้นตอนการรับบริการการพยาบาลการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019

ผู้ศึกษาควรสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) มีเหตุผลหลายประการที่สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทำให้การติดเชื้อไวรัสมีโอกาสที่จะทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก และการอักเสบในปอดเพิ่มขึ้น
2. การบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก (ICU)
3. การปรับปรุงกระบวนการคัดกรองและรักษาจะช่วยให้เราเข้าใจถึงวิธีการคัดกรองและรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนามาตรการป้องกันและการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. การลดอัตราการตายและความพิการ ช่วยให้เราสามารถพัฒนามาตรการทางการแพทย์ที่ป้องกันและลดผลกระทบได้ดีขึ้น
5. การให้ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการวิจัยและพัฒนาแนวทางการรักษาใหม่ๆ สำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการติดเชื้อไวรัสในอนาคต
6. การมีข้อมูลจากกรณีศึกษานี้จะช่วยให้แพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นในการให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนเช่นนี้

วัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาล

เพื่อพัฒนาระบบคัดกรองและตรวจวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ในผู้ป่วยที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในระดับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับผลกระทบและการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึง การพัฒนามาตรการและแนวทางการรักษาที่สามารถช่วยลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย พิจารณาจาก
 - 1.1 จุดแรกรับ ระยะเวลามาจากจุดพบผู้ป่วย
 - 1.2 การให้การพยาบาล ณ. จุดตรวจ
 - 1.3 การติดตามอาการหลังการตรวจรักษา
 - 1.4 ติดตามเยี่ยมบ้านทั้งสองกรณีในระยะเวลาเท่ากัน
 - 1.5 ศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 ราย
2. ระยะเวลาศึกษาทั้งสองกรณี เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 – กันยายน พ.ศ. 2564

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเฉียบพลัน
2. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในโรคและสามารถป้องกันไม่ให้อาการกำเริบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเฉียบพลัน
3. ได้ทราบถึงปัญหาและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเฉียบพลัน
4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
5. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

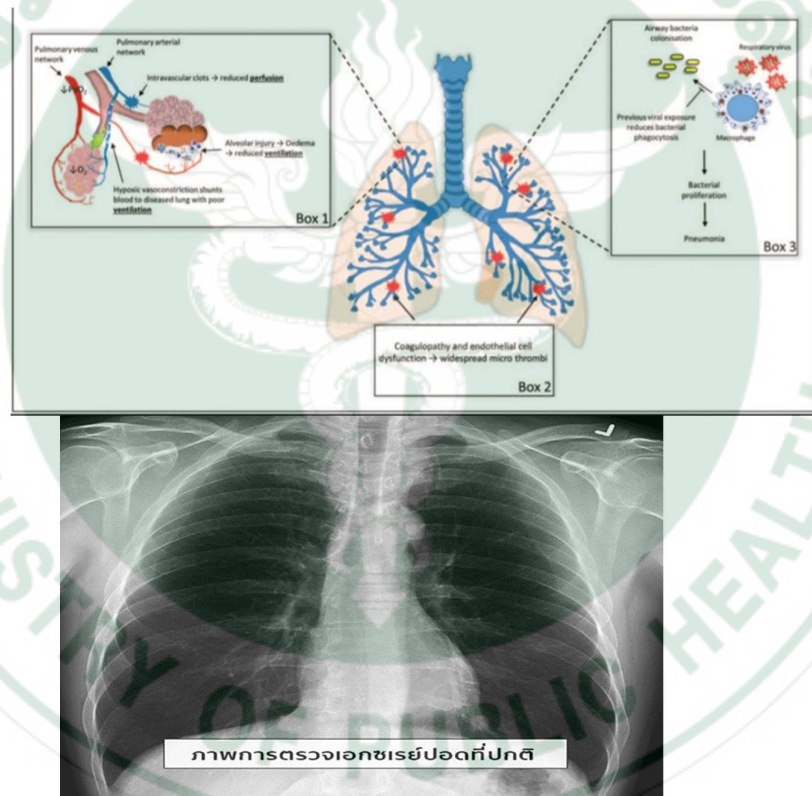
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2

ความรู้เรื่องโรคการรักษาและภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง

โรค COPD Chronic Obstructive Pulmonary Disease คือโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง

กายวิภาคปอด



ที่มา:IMAGE SOURCE : radiopaedia.org

พยาธิสรีรวิทยา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่ป้องกันได้และรักษาได้ โดยมีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผล จากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่นและก๊าซพิษ ที่สำคัญที่สุดได้แก่ ควันทบหรี่ ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งใน ปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย(multicomponent disease)โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรค 2 โรคคือโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) โรคหลอดลม อักเสบเรื้อรังมีนิยามจากอาการทางคลินิกกล่าวคือผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น โรคถุงลมโป่งพองมีนิยามจากการที่มีพยาธิสภาพการทำลายของถุงลมและ respiratory bronchiole โดยมีการขยายตัวไปของถุงลมอย่างถาวรผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองดังกล่าวอยู่ร่วมกันและแยกออกจากกันได้ยาก (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข.โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553)

ผลจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลมเนื้อปอด และหลอดเลือดปอด (pulmonary vasculature) โดยมีเซลล์สำคัญที่เกี่ยวข้องคือ T-lymphocyte (ส่วนใหญ่เป็น CD8) neutrophil และ macrophage ทำให้มีการหลั่ง mediator หลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่ leukotriene B4, interleukin และ tumor necrosis factor เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกระบวนการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดอีก 2 ประการ คือ การเพิ่มของ oxidative stress และความไม่สมดุลระหว่าง proteinase กับ antiproteinase การวินิจฉัยประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การซักประวัติหาสิ่งชี้แนะที่ทำให้คิดถึงโรค COPD (Key Indicators for considering diagnosis of COPD) แต่ละข้อของสิ่งชี้แนะต่อไปนี้ไม่ได้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค ฉุกเฉินปอดโดยตรงแต่การที่ผู้ป่วยมีสิ่งชี้แนะหลายๆ ข้อจะเพิ่มโอกาสความ น่าจะเป็นโรค COPD มากขึ้น ดังนั้นถ้าผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปี และมีลักษณะเข้าได้กับสิ่งชี้แนะข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้แพทย์ ควรจะสงสัยว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเป็นโรค COPD และพิจารณาส่งผู้ป่วยไปตรวจ ยืนยันการ วินิจฉัยโรคตามขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

1. หายใจเหนื่อย ในผู้ป่วยโรค COPD จะมีอาการหายใจเหนื่อยอย่างเรื้อรังและความรุนแรงของอาการเหนื่อยมากขึ้นเรื่อยๆ ลักษณะอาการหายใจเหนื่อยในผู้ป่วยโรค COPD ที่พบบ่อยคือผู้ป่วย จะบอกว่ารู้สึกต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น/หายใจหนักๆหรือรู้สึกหายใจเอือกเหมือนขาดอากาศ หายใจ (air hunger)

2. อาการไอเรื้อรัง มักเป็นอาการนำแรกของผู้ป่วยโรค COPD ส่วนใหญ่โดยอาจไอแบบ แห้งๆหรือไอแบบมีเสมหะก็ได้ช่วงแรกของโรคอาจมีอาการไอเป็นๆหายๆแต่ในระยะหลังของโรค จะมีอาการไอเกือบตลอดทั้งวันของทุกวัน

3. มีเสมหะ ผู้ป่วยโรค COPD มักมีเสมหะสีขาวเหนียวปริมาณเล็กน้อยหลังไอ (ถ้าไอมีเสมหะปริมาณมาก อาจคิดถึงโรค bronchiectasis มากกว่า และถ้าเสมหะเป็นสีเขียวเหลือง เป็นการบ่งบอกถึงการเพิ่มขึ้นของสารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบและบ่งบอกว่าอาจมีการ ติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนขึ้น)

4. มีประวัติของการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของโรค COPD ได้แก่

4.1 การสูบบุหรี่ รวมทุกรูปแบบของการเตรียมยาสูบของแต่ละพื้นที่ด้วย

4.2 การได้รับควันจากการทำกับข้าวหรือการหุงต้มเชื้อเพลิงต่างๆ

4.3 การสัมผัสกับขยะและสารเคมีระหว่างทำงาน

4.4 มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรค COPD

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะเข้าได้กับสิ่งบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังกล่าว และแพทย์สงสัยว่าจะเป็นโรค COPD การดูแลเพิ่มเติมก่อนส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry ประกอบด้วย

1. การซักประวัติรายละเอียดเกี่ยวกับตัวโรค ในผู้ป่วยใหม่ที่สงสัยโรค COPD ประกอบด้วย

1.1 ประวัติการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่นสูบบุหรี่ การได้รับสารปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม

1.2 ประวัติความเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วย เช่น โรคหอบหืด (asthma) โรคภูมิแพ้ โรคไซนัสอักเสบ (sinusitis) หรือติ่งเนื้อในโพรงจมูก (nasal polyp) ติดเชื้อทางเดินหายใจตอนเด็ก และโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ

1.3 ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรค COPD หรือโรคทางเดินหายใจเรื้อรังอื่นๆ

1.4 รูปแบบของการเกิดอาการของผู้ป่วยปกติแล้วโรคCOPDมักเริ่มมีอาการครั้งแรก ในช่วงวัยผู้ใหญ่และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะจำประสบการณ์ของการหายใจเหนื่อยมากขึ้นเรื่อยๆ ได้ และอาการมักกำเริบในช่วงที่อากาศเย็น

1.5 ประวัติของการเกิดอาการหอบกำเริบ(exacerbation) หรือประวัตินอน โรงพยาบาล ด้วยโรคทางเดินหายใจก่อนหน้านี้ เพราะครั้งแรกๆ ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็น COPD with exacerbation

1.6 ประวัติโรคประจำตัวร่วมของผู้ป่วย (comorbidities) เพราะอาจทำให้ผู้ป่วย ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลงจากโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคมะเร็ง เป็นต้น

1.7 ถาถามหาผลของโรค COPD ที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วย เช่นอาการทำให้เกิดการจำกัดของการทำกิจกรรมต่างๆ หรือไม่ การต้องขาดงาน ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ผลต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว ความรู้สึกซึมเศร้า หรือวิตกกังวล สุขภาวะโดยรวมและพฤติกรรมทางเพศ (sexual activity)

1.8 การมีครอบครัวและสังคมคอยช่วยสนับสนุนและดูแลผู้ป่วย (social and family support)

1.9 โอกาสที่ผู้ป่วยจะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้โดยเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่

2. การตรวจร่างกายเป็นส่วนสำคัญในขั้นตอนการดูแลรักษาโรค COPD แต่แทบจะไม่มี ประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรค เพราะอาการแสดงต่างๆ มีค่าความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรค COPD ค่อนข้างน้อยกล่าวคืออาการแสดงที่เกิดจากการจำกัดของทางเดินหายใจนั้นมัก จะไม่แสดงให้เห็นจนกว่าโรคจะมีผลต่อหน้าที่การทำงานของปอดอย่างมากและมีอาการแสดงมากมาย ที่สามารถตรวจพบได้ในโรค COPD แต่การไม่มีอาการแสดงเหล่านี้ก็ไม่ได้บอกว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรค COPD อาการแสดงของผู้ป่วยโรค COPD อาจแบ่งตามระยะของผู้ป่วย ได้ดังนี้

- ในระยะแรกของโรค อาจตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ

- ระยะต่อมาที่มีการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้นอาจตรวจพบลักษณะของ

airflow limitation และ air trapping เช่น prolonged expiratory phase, increased chest AP diameter, hyper resonance on percussion, diffuse wheeze เป็นต้น

- ในระยะท้ายของโรค อาจตรวจพบลักษณะของหัวใจขวาล้มเหลว (cor pulmonale)

3. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม สิ่งที่ต้องส่งตรวจ คือ ภาพรังสีทรวงอกซึ่งมีความไวน้อยสำหรับการวินิจฉัยโรค COPD คือ ในผู้ป่วยโรค COPD อาจตรวจพบภาพรังสีทรวงอกปกติหรือผิดปกติจากโรค COPD ก็ได้ เช่น ในผู้ป่วยemphysemaอาจพบลักษณะของhyperinflation (กระบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็ก) ในผู้ป่วย cor pulmonale จะพบหัวใจห้องขวาและ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และperipheral vascular marking ลดลง แต่ภาพรังสีทรวงอกมีความสำคัญในการช่วยแยกโรคอื่นออกก่อนที่จะส่งผู้ป่วยไปทำการตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อวินิจฉัยโรค COPD โดยเฉพาะโรคมะเร็งปอด, วัณโรคปอด เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การยืนยันการวินิจฉัยโรค COPD ด้วยการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry ผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่าจะเป็นโรค COPD ควรได้รับการส่งตรวจ spirometry เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และจัดระดับความรุนแรงของโรค โดยการตรวจ spirometry นี้จะต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stable) และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย 1 เดือน

1. การส่งตรวจ spirometry เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ถือเป็นตรวจที่ objective ที่สุดในการวัด airway limitation เพราะผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดอาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้ เช่น asthma, viral induced hyper responsiveness, bronchiectasis เป็นต้น นอกจากนี้การส่งตรวจ spirometry นี้สามารถวินิจฉัยโรค COPD ได้ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการขอโรคเลย เกณฑ์การวินิจฉัยโรค COPD คือ ค่า FEV1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 (ค่า FEV1 / FVC ratio ที่ยิ่งน้อย ยิ่งบอกถึงการมี airflow limitation ที่มากขึ้น) ปัจจุบันจะไม่ได้ดูค่า reversible of airflow limitation คือการวัด FEV1 ก่อนและหลังพ่นยา bronchodilator หรือ corticosteroid เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยแล้ว

ส่วนการตรวจด้วยวิธี Peak expiratory flow measurement เพียงอย่างเดียวไม่น่าเชื่อถือพอที่จะเป็นการส่งตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค แม้ว่าจะเป็นวิธีการตรวจที่มีความไวสูง แต่มีความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคค่อนข้างต่ำ

หมายเหตุ: - FVC (forced vital capacity): คือ การวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกแรงเต็มที่หลังจากให้ผู้ป่วยหายใจเข้าแรงเต็มที่ - FEV1 (forced expiratory volume in one second) : คือ การวัดปริมาตร ของอากาศที่หายใจออกในช่วง 1 วินาทีแรก

2. การส่งตรวจ spirometry เพื่อจัดระดับความรุนแรงของโรค: จะใช้ค่า FEV1 ร่วมกับอาการของโรค แบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระดับ ดังนี้

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 1 แสดงอาการทางคลินิกสมรรถภาพปอดและความสามารถในการทำกิจกรรมจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระดับความรุนแรง	อาการทางคลินิก	สมรรถภาพปอด	ความสามารถในการทำกิจกรรม
ระดับที่ 1 : Mild	ไม่มีอาการหอบเหนื่อยขณะพัก ไม่มี exacerbation	FEV1 $\geq$ 80% ของค่ามาตรฐาน	สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติแต่มีอาการขณะทำงานหนัก
ระดับที่ 2 : Moderate	มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อยมี exacerbation ไม่รุนแรง	FEV1 50-79% ของค่ามาตรฐาน	ทำกิจวัตรประจำวันได้ (activities of daily living) หรืออาจมีเหนื่อยบ้างเวลาทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างเช่น แต่งตัว หรืออาบน้ำ สามารถเดินบนพื้นราบได้ แต่อาจมีอาการเหนื่อยเวลาขึ้นทางขึ้นหรือบันได ยังคงประกอบอาชีพได้ถ้าไม่ต้องการออกแรงมากนัก
ระดับที่ 3 : Severe	มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน มี exacerbation รุนแรงมาก	FEV1 30-49% ของค่ามาตรฐาน	ทำกิจวัตรประจำวันได้ (activities of daily living) ได้ลดลง อยู่เฉยๆ ไม่เหนื่อย แต่เมื่อมีการออกแรงจะมีอาการเหนื่อย
ระดับที่ 4 : Very Severe	มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา มี exacerbation รุนแรงมากและบ่อย	FEV1 $<$ 30 % ของค่ามาตรฐาน FEV1 $<$ 50 % ของค่ามาตรฐานร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง	ต้องอยู่แต่ในเตียง หรือเก้าอี้ กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วย

การพัฒนาคุณภาพของการตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดเพื่อให้ได้ผลการตรวจที่มีคุณภาพอยู่ในมาตรฐานเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้อย่างอิงในห้้องปฏิบัติการอื่นๆได้ระกอบด้วย

1. คุณภาพด้านบุคลากร
2. คุณภาพของเครื่องมือ
3. คุณภาพด้านสุขอนามัย

คุณภาพด้านบุคลากร

บุคลากรผู้ทำการตรวจสอบสมรรถภาพการทำงานของปอดจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมและแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องอย่างละเอียดและถูกต้องตามหลักวิชาเพราะนอกจากจะต้องเป็นผู้ใช้เครื่องแล้วยังต้องดูแลทำความสะอาดเครื่องตลอดจนคอยแก้ไขปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้เครื่อง spirometer อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ให้ผลการตรวจวัดที่ถูกต้องแม่นยำ และได้มาตรฐานตลอดอายุการใช้งานของเครื่องสิ่งที่เจ้าหน้าที่ควรปฏิบัติ ได้แก่

1. ศึกษาคู่มือการใช้งานของเครื่องอย่างละเอียด
2. ทำ การ calibration เครื่องอย่างถูกต้องตามวิธี เป็นประจำ
3. ทำ การตรวจวัดค่าต่าง ๆ ตามวิธี อย่างเคร่งครัด ถูกต้องและแม่นยำ
4. ควรมีการบันทึกความผิดปกติสถานะและการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขณะทำการตรวจกรณีมีความผิดปกติต้องตรวจสอบว่าเป็นความผิดปกติจริงหรือเกิดจากความไม่เข้าใจวิธีการตรวจเพื่อประโยชน์ของแพทย์ในการวิเคราะห์ข้อมูล
5. ควรทำสมุดสำหรับบันทึกข้อมูลต่างๆของเครื่องเช่น ค่าcalibrate ของเครื่องในแต่ละครั้ง ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครื่องและวิธีการแก้ไข เพื่อเป็นข้อมูลในการแก้ปัญหาต่อไป
6. เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในการตรวจเจ้าหน้าที่ควรมีความรู้ขั้นต้นระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่า
7. ห้องปฏิบัติการนั้นๆควรมีการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอและหาข้อมูลใหม่ๆ ในการตรวจ เพื่อจะได้ พัฒนาความรู้ และความสามารถ
8. เจ้าหน้าที่ควรได้รับการฝึกอบรมจากสมาคมเวชแห่งประเทศไทยหรือสถาบันที่สมาคมเวช ให้การรับรอง

คุณภาพของเครื่องมือ การดูแลรักษาเครื่องตรวจสอบสมรรถภาพการทำงานของปอดประกอบด้วย การดูแลเกี่ยวกับมาตรฐานการทำงานของเครื่อง การทำความสะอาดเครื่อง และการควบคุมคุณภาพการทำงานของเครื่อง เพื่อให้ได้ผลการตรวจที่มีความถูกต้องแม่นยำ และได้มาตรฐาน

1. Calibration

เพื่อให้ได้ค่าต่างๆที่ถูกต้องแม่นยำ และได้มาตรฐานจะต้องมีการ calibrate เครื่องเป็นประจำ การ calibrate เป็นการปรับค่าต่างๆเพื่อความแม่นยำและถูกต้องของเครื่องโดยเทียบกับค่ามาตรฐานการ calibrate เครื่องมีความสำคัญมากจะต้อง calibrate ทั้งค่าปริมาตรและการจับเวลาของเครื่อง เป็นประจำหลักของการ calibrate เครื่อง มีดังนี้

- Calibrate เครื่อง ก่อนการใช้งานทุกวัน อย่างน้อยวันละครั้ง
- หากมีการใช้งานติดต่อกันเป็นเวลานาน ต้อง calibrate เครื่องทุก 4 ชั่วโมง
- ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ, ความกดอากาศ และความชื้นสัมพัทธ์ของอากาศ

ก็ต้องคอยเปลี่ยนค่าต่าง ๆ เหล่านี้ในเครื่องด้วย ซึ่งหลังจากการเปลี่ยนค่าแล้วจะต้องทำการ calibrate เครื่องใหม่ทุกครั้ง

- ควรจะมีการตรวจสอบเครื่องด้วยการตรวจวัดค่าต่างๆ ของเครื่องจากคนปกติที่ทราบค่าต่างๆ อยู่แล้ว เปรียบเทียบกับเครื่อง spirometer อื่น ๆ ภายในห้องปฏิบัติการเดียวกัน แต่ต่างห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบความแม่นยำ

2. การcalibrateเครื่องจับเวลาของspirometerทำได้โดยการตรวจสอบการจับเวลาของเครื่องเทียบกับนาฬิกาจับเวลาที่ได้มาตรฐานควรตรวจสอบอย่างน้อย3เดือนต่อครั้งและให้มีค่าแปรปรวนได้ไม่เกิน 1%

3. การดูแลทำความสะอาดเครื่องตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดควรดูแลรักษาความสะอาดอยู่ตลอดเวลาโดยวิธีการทำความสะอาดspirometerแต่ละเครื่องจะมีความแตกต่างกันบ้างตามชนิดของเครื่อง ทั้งนี้สามารถศึกษารายละเอียดได้จากหนังสือคู่มือการใช้งานของเครื่องนั้น

การควบคุมคุณภาพด้านสุขอนามัย

เพื่อสุขอนามัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจและของเจ้าหน้าที่ที่ทำการตรวจ จึงควรระมัดระวังการติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยไปยังผู้ป่วยอื่นๆ และไปยังผู้ทำการตรวจด้วยเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดเป็นอุปกรณ์ที่ปลอดภัยแต่ถ้าไม่ใช้ความระมัดระวังที่ดีพอก็อาจจะเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ ดังนั้นในการตรวจวัดสมรรถภาพปอดควรทำในที่ที่มีอากาศถ่ายเทที่ดีเพื่อจะได้ไม่เป็นที่สะสมของเชื้อโรคการใช้ spirometer ก็ควรยึดหลัก universalprecautions เอาไว้ด้วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วยอื่น การแพร่กระจายของเชื้อโรคที่อาจเกิดระหว่างการตรวจสมรรถภาพปอด อาจเกิดจากการสัมผัสกับเชื้อโรคที่ติดอยู่กับ mouthpiece หรือท่อส่วนต้นๆ ควรระวังการติดเชื้อในระหว่างการตรวจสมรรถภาพปอด ซึ่งได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ตับอักเสบจากไวรัสป้องกันการติดเชื้อHIVวัณโรคปอด ฯลฯ ซึ่งต้องให้ความสำคัญและควรมีมาตรการในการป้องกันและระมัดระวังเป็นอย่างดี (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548)

การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

1. ห้องแยกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำการตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดควรอยู่ที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้ดีในห้องที่มีการระบายของอากาศไม่ดีควรพิจารณาติดตั้ง HEPAfilter.
2. สวมmaskและควรล้างมือให้สะอาดก่อน/หลังการตรวจผู้ป่วยทุกครั้งและหลังจากการสัมผัสกับ mouthpieceที่ใช้แล้วหรือสัมผัสกับผนังด้านในของท่อและอุปกรณ์ต่างๆของเครื่องหรืออาจใช้การสวมถุงมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. หลีกเลี่ยงการแพร่กระจายของเชื้อโรคโดยการเปลี่ยน mouth piece ทุกครั้ง สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย พิจารณาการใช้ filter
4. อุปกรณ์เครื่องใช้เช่นกระบอกเป่าท่อต่อต่างๆตลอดจนตัวเครื่องควรทำความสะอาดและฆ่าเชื้ออย่างสม่ำเสมอด้วยวิธี disinfection หรือ sterilization
5. ในกรณีที่ไม่ต้องการทราบผลการตรวจขณะหายใจเข้า ควรให้ผู้ป่วยหายใจออกจาก spirometer เพียงอย่างเดียว ไม่ต้องให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าโดยผ่านเครื่อง
6. ในกรณีที่ทราบแน่ชัดว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อระบบการเดินหายใจก็อาจป้องกันโดยใช้ผ้าปิดจมูกหากเป็นไปได้ควรทำในช่วงสุดท้ายของวันหรือสัปดาห์เพื่อจะได้พักการใช้เครื่องไว้ระยะหนึ่งและจะได้ถอดหัวเป่าและอุปกรณ์ต่างๆออกไปทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรค
7. โดยทั่วไปแล้วจะไม่ทำการตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยวัณโรคระยะลุกลาม และผู้ป่วยปอดอักเสบ

การตรวจรักษา

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อ มีเป้าหมายในการรักษาโรคคือ

- 1) ป้องกันหรือชะลอการดำเนินโรค
- 2) บรรเทาอาการ โดยเฉพาะที่มีภาวะโรคติดเชื้อหอบเหนื่อย
- 3) ทำให้ exercise tolerance ดีขึ้น
- 4) ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น
- 5) ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน
- 6) ป้องกันและรักษาภาวะอาการกำเริบ
- 7) ลดอัตราการเสียชีวิต

แผนการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD)

เพื่อให้สามารถคงสภาพร่างกายในปัจจุบันของผู้ป่วยให้ดีที่สุดและเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ประกอบด้วยหลัก 4 ประการ คือ

1. การลดปัจจัยเสี่ยง: มาตรการในการเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ
 - ฝั้ระวังโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเพิ่ม โดยเฉพาะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวรโดยใช้พฤติกรรมบำบัดหรือร่วมกับยาที่ใช้ช่วยเลิกบุหรี่หรือเลิกเลียงหรือลดมลภาวะ เช่น เลี่ยงการใช้เตาถ่านในที่อากาศถ่ายเทไม่ดี เป็นต้น
2. การรักษา stable COPD
3. การประเมินและติดตามโรค
4. การรักษาภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค (acuteexacerbation) ภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค หมายถึง ภาวะที่มีอาการเหนื่อยเพิ่มขึ้นกว่าเดิมในระยะเวลาอันสั้น (เป็นวันถึงสัปดาห์) และหรือมีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นหรือมีเสมหะเปลี่ยนสีหรือนำไปสู่การหายใจที่เปลี่ยนไปจากเดิม (ธารีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์, 2555) การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะ stable COPD ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ
 1. การประเมินความรุนแรงของโรค
 2. การให้การดูแลตามความรุนแรงของโรค

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความรุนแรงของโรค (Assessment of disease)

การประเมินความรุนแรงของโรคก่อนการรักษาและเพื่อดูผลการรักษาควรมีการประเมินทั้งสององค์ประกอบร่วมกัน คือ

1. อาการของผู้ป่วย(subjective)ควรประเมินอาการของผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1.1 ประเมินอาการของผู้ป่วย (Assessment of symptoms in current level) :

มีแบบสอบถามมากมายที่ได้รับการทดสอบความถูกต้องในการนำมาใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ใน GOLD guideline แนะนำเลือกทำ 1 ใน 2 แบบสอบถาม (ไม่จำเป็นต้องทำมากกว่า 1 แบบสอบถาม) คือ

- mMRC (modified British Medical Research Council) Questionnaire: เป็นแบบสอบถามที่ประเมินเฉพาะการเสียความสามารถเนื่องจากอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยเท่านั้น (impact of dyspnea) ไม่ได้ประเมินคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย
- แบบสอบถามชุดนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยแล้วทำโดยให้ผู้ป่วยเลือก 1 ข้อที่ตรงกับอาการของผู้ป่วย คือ

mMRC Grade 0. รู้สึกหายใจหอบเหนื่อยขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น

mMRC Grade 1. หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน

mMRC Grade 2. เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ใกล้เคียงกันเพราะหายใจเหนื่อยหรือต้องหยุดเพื่อหายใจ เมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ

mMRC Grade 3. ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ

mMRC Grade 4. หายใจหอบมากเกินไปที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว (ธารีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์, 2555)

การประเมินต่อผู้ป่วยอย่างครอบคลุมมากขึ้น (impact of disease) คือมีการประเมินผลของโรค COPD ที่มีต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาวะของผู้ป่วยโดย

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 8 ข้อ คำถามแต่ละคำถามมีคะแนน 0 - 5 รวม 0 - 40 คะแนน

โดยแบบสอบถามนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยแล้วดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงแบบประเมินประเมินผลของโรค COPD ที่มีต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาวะของผู้ป่วย โดยใช้คำถาม 8 ข้อ

1. ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา
2. ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอดเลย	0	1	2	3	4	5	ปอดของข้าพเจ้าเต็มไปด้วยเสมหะ
3. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้ารู้สึกแน่นหน้าอกมาก
4. เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันได 1 ชั้น ข้าพเจ้ายังคงหายใจได้คล่อง	0	1	2	3	4	5	เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันได 1 ชั้น ข้าพเจ้ารู้สึกหอบเหนื่อยอย่างมาก
5. ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้านได้โดยไม่จำกัด	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้านได้อย่างจำกัดมาก
6. ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้าน ทั้งๆที่ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจเลยที่จะออกไปนอกบ้านเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา
7. ข้าพเจ้านอนหลับสนิท	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิท เพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา
8. ข้าพเจ้ารู้สึกกระฉับกระเฉงอย่างมาก	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย

1.2 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน (assessment of exacerbation risk) การมีภาวะ exacerbation เกิดขึ้นจะทำให้หน้าที่การทำงานของปอดแย่ลง, สุขภาวะของผู้ป่วยแย่ลงและเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิต ดังนั้นการประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันจึงเป็นเหมือนการประเมินความเสี่ยงของการเกิดผลการรักษาที่ไม่ค่อยดี

1.3 ประเมินโรคร่วมของผู้ป่วย (Assessment of comorbidities) เนื่องจากโรค COPD มักพบบ่อยในประชากรวัยกลางคนที่สูบบุหรี่มานานดังนั้นผู้ป่วยจึงมักมีโรคร่วมอื่นซึ่งเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่หรืออายุที่มากขึ้นโรคที่พบร่วมได้บ่อยคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดกล้ามเนื้อลายทำงานผิดปกติ metabolic syndrome กระดูกพรุนโรคซึมเศร้าและมะเร็งปอด (เพราะมีปัจจัยเสี่ยงเดียวกันคือ สูบบุหรี่) เป็นต้นโรคร่วมเหล่านี้สามารถพบได้ในผู้ป่วย COPD ทุกระดับความรุนแรงของ airway limitation มีผลต่ออัตราการตายและการนอนโรงพยาบาลรวมทั้งมีผลต่อการพิจารณาให้การรักษาเฉพาะตามโรคร่วมของผู้ป่วยดังนั้นผู้ป่วยโรค COPD ทุกรายควรได้รับการตรวจหาโรคร่วมและให้การรักษาโรคร่วมอย่างเหมาะสมควบคู่ไปกับการรักษา COPD นอกจากนี้ตัวโรค COPD เองยังสามารถส่งผลกระทบต่อระบบอื่นได้อย่างมากนอกเหนือจากระบบทางเดินหายใจ เช่น น้ำหนักลด, ภาวะโภชนาการผิดปกติ และกล้ามเนื้อลายทำงานผิดปกติ (อาจมีลักษณะเป็นจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อที่ลดลง หรือจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อที่มีอยู่หาหน้าที่ผิดปกติ) เป็นต้นอาการทั้งหมดนี้อาจเกิดจากการทำกิจกรรมต่างๆลดลงรับประทานอาหารได้น้อย ภาวะอัมพาต และการที่เซลล์ขาดออกซิเจนอาการดังกล่าวนี้ส่งผลให้มีความทนทานต่อการออกกำลังกายลดลง และมีสุขภาวะที่ไม่ดีของผู้ป่วย COPD

2. ผลการตรวจ (objective): จะทำการวัดค่า FEV1 หลังจากพ่นยาขยายหลอดลมแล้ว (เพื่อลดความไม่คงที่ของการวัด) แล้วนำค่าที่ได้มาแบ่งระดับความรุนแรงของ airflow limitation ในผู้ป่วย COPD เป็น 4 ระดับ คือ

ตารางที่ 3 แสดง ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโดยทำการวัดค่า FEV1 หลังจากพ่นยาขยายหลอดลม

GOLD 1	Mild	FEV1 $\geq$ 80% predicted
GOLD 2	Moderate	50% $\leq$ FEV1 80% predicted
GOLD 3	Severe	30% $\leq$ FEV1 50% predicted
GOLD 4	Very severe	FEV1 < 30% predicted

เมื่อทำการประเมินผู้ป่วยครบทุกด้านแล้วจะเอาทั้งหมดมาประยุกต์ใช้ร่วมกันในการประเมินผู้ป่วย OPD ซึ่งทำได้ 2 แบบ คือ

1. Combined COPD assessment ตาม GOLD guideline ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ

1.1 การประเมินอาการของผู้ป่วย โดยใช้ mMRC หรือ CAT scale อย่างใดอย่างหนึ่ง ถ้า mMRC grade 2 หรือ CAT score 10 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีอาการในระดับที่สูงเพราะมีการศึกษาพบว่าโรคมีผลต่อ health status ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

1.2 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะ exacerbation ได้ 2 วิธี คือ

1.2.1 ดูจากระดับของ GOLD จากการตรวจ spirometry ถ้า GOLD 3 หรือ 4 บ่งชี้ว่าเสี่ยงสูงเพราะมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้จะไม่มีประวัติเกิด exacerbation บ่อยๆ แต่ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการการนอนโรงพยาบาลและอัตราการตาย

1.2.2 ดูจากประวัติการเกิดภาวะกำเริบของผู้ป่วยแต่ละคนถ้ามีภาวะ Exacerbation 2 ครั้ง ในปีที่ผ่านมา บ่งชี้ว่าเสี่ยงสูงเพราะมีการศึกษาพบว่ายามีอัตราการเกิดภาวะกำเริบมากยิ่งสัมพันธ์กับการลดลงของ FEV1 และทำให้ health status แย่ลง

หมายเหตุ ในกรณีที่ระดับความเสี่ยงของการเกิดภาวะ exacerbation ที่ประเมินจาก 2 วิธีนี้ได้ไม่เท่ากันให้ยึดเอาวิธีที่ให้ความเสี่ยงที่สูงกว่า หลังจากประเมินครบทั้ง 2 องค์ประกอบ จะแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 4 กลุ่มตามความรุนแรง คือ A ถึง D ดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงการแบ่งความรุนแรงของโรคตามความเสี่ยงของการเกิดภาวะ exacerbation

Patient category	Characteristics	Spirometric Classification	Exacerbations per year	mMRC	CAT
A	Low risk, Less symptom	GOLD 1-2	1	0-1	< 10
B	Low risk, More symptoms	GOLD 1-2	1	2	10
C	High risk, Less symptom	GOLD 3-4	2	0-1	< 10
D	High risk, More symptoms	GOLD 3-4	2	2	10

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้หายขาดการรักษาจึงเป็นเพียงการประคับประคองแก้ไขตามอาการผู้ป่วยโดยมีจุดมุ่งหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. บรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลงเช่นการให้ยาขยายหลอดลมการให้ออกซิเจนเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนในขนาดที่เหมาะสมเนื่องจากการให้ออกซิเจนที่มากเกินไปผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการเกิดคาร์บอนไดออกไซด์คั่งทำให้ร่างกายมีสภาพเป็นกรดจากการหายใจซึ่งไปลดการกระตุ้นการหายใจทำให้ผู้ป่วยหายใจเบาต้นและช้าลงผู้ป่วยตอบสนองต่อการได้รับออกซิเจนในขนาดที่เหมาะสม โดยเริ่มให้ออกซิเจนแคนนูลา 1-2 ลิตร/นาที่ ซึ่งอาจเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดแดงได้ประมาณ 50-60 มิลลิเมตรปรอท โดยผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุ้ยรู้เรื่อง นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การให้ออกซิเจนต่ำๆ ขณะออกกำลังกายช่วยทำให้ผู้ป่วยทนต่อการออกกำลังกายได้ดีขึ้น สำหรับการใช้อารักษาบรรเทาอาการของโรคที่สำคัญ มีดังนี้

- 1) ยากลุ่ม B2 agonist ออกฤทธิ์ที่ B2 receptor ของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม ซึ่งมีทั้งส่วนกลางและส่วนปลาย มีทั้งชนิดกิน ฉีดและชนิดสูด ซึ่งควรเลือกใช้ชนิดสูดเป็นลำดับแรก เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงใช้ปริมาณยาจำนวนน้อยและอาการข้างเคียงน้อยกว่ายาชนิดกินและฉีดมากยาในกลุ่มนี้สามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามความเร็วและระยะเวลาของการออกฤทธิ์ เช่น salbutamol formoterol เป็นต้น
- 2) ยากลุ่ม anticholinergic ยากลุ่มนี้มีเฉพาะชนิดสูดดมแบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ชนิดที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น ipratropium bromide ออกฤทธิ์เร็วประมาณ 3-5 นาที ชนิดที่ออกฤทธิ์นาน คือ tiotropium bromide
- 3) ยากลุ่ม corticosteroid จากผลการศึกษาพบว่าไม่ได้ช่วยลดอัตราการเสื่อมของสมรรถภาพปอด แต่ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะโรคกำเริบในผู้ป่วยที่เป็นขั้นปานกลางถึงรุนแรง

รุนแรง

2. ป้องกันการกำเริบของโรคโดยเฉพาะปัจจัยชักนำ เช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อ การปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เป็นต้น ล้วนส่งผลกระทบต่ออาการกำเริบของโรคได้ง่าย การรักษาจำเป็นต้องลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวรวมถึงการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค การรับรู้อาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยมากขึ้นกว่าปกติ หายใจไม่ทันหรือเริ่มรู้สึกว่ามีอาการจุกแน่นอึดอัด เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเริ่มมีอาการกำเริบเฉียบพลันผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรีบมาโรงพยาบาลอาจมาด้วยตนเองหรือให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลทันที นอกจากนี้อาจใช้วิธีการนั่งพักหรือหยุดทำกิจกรรมนั้นทันที ไอซ์แบสมหะออกหายใจเข้าออกลึกๆ บางครั้งเลือกวิธีการจัดการโดยการพ่นยาซึ่งครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ช่วยนำส่งโรงพยาบาลลอบใจช่วยหิยาพ่นคอยเช็ดตัวหรือคอยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไอบามากขึ้นกว่าปกติ เป็นต้น สำหรับปัจจัยกระตุ้น (trigger) พบว่า การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ การทำกิจกรรมที่ออกแรงมาก การเบ่งถ่ายอุจจาระ กิจกรรมที่เป็นวิถีชีวิตของคนชนบท เช่น การอาบน้ำโดยการตักอาบ การสอยผลไม้หรือแม้กระทั่งการจูงวัวหรือแพะ กิจกรรมเหล่านี้ทำให้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจต้องทำงานมากกว่าปกติ สำหรับวิธีการจัดการเป็นการลดหรือป้องกัน

การ ติดเชื้อ เช่น การดื่มน้ำมากๆ การใช้ผ้าปิดจมูก การไม่เข้าใกล้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ การปรับพฤติกรรม ในการอาบน้ำ การป้องกันท้องผูก

3. คงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุดในปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาที่สำคัญ คือ ให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ เพื่อหยุดยั้งหรือชะลอพยาธิสภาพที่เหลืออยู่ให้ทำหน้าที่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและการดำเนินของโรคไม่เพิ่มขึ้นจากเดิม

4. ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลาเพราะมีอาการเหนื่อยง่ายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงทำให้ กิจกรรมทางกายถูกจำกัดลงอาการที่พบ เช่น นอนไม่หลับรู้สึกหอบหมดหวังหมดที่พึ่ง เป็นต้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง การรักษาจึงเป็นการประคับประคองแก้ไขตามสภาพที่เกิดขึ้นรวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพและสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพและสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด (พรรณภาสับสุข,2554) ซึ่งจากการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาล ชุมชนพบว่าปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้แก่ดัชนีมวลกายที่อยู่ในเกณฑ์ปกติสมรรถภาพทางปอดที่ปกติ (FEV1) ความสามารถในการเดินดีขึ้นและ พฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น (กัญญา ภูวิลัย, 2555)

ตารางที่ 5 แสดงแผนการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามระดับความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรค	การรักษา
ระดับที่ 1 : Mild	- แนะนำและช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ - ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น 1-2 ชนิด ตามอาการ - ให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง
ระดับที่ 2 : Moderate	- เหมือนระดับ 1 ร่วมกับยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น 1-2 ชนิด ตามเวลา + sustained release theophylline - เริ่ม rehabilitation เมื่อยังมีการจำกัดของกิจกรรมประจำวันหลังการให้ยาแล้วยังควบคุมอาการไม่ได้หรือมีการกำเริบของโรคหลังให้การรักษาแล้ว 2-3 เดือน ให้พิจารณาการรักษาตามระดับ 3
ระดับความรุนแรงของโรค	การรักษา
ระดับที่ 3 : Severe	เหมือนระดับ2 และเปลี่ยนเป็นยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว 1-2 ชนิด ตามเวลา และ/หรือในกรณีที่มี severe exacerbation > 1 ครั้ง ในระยะ 12 เดือน เพิ่ม ICS หรือ เปลี่ยนเป็น combination LABA / ICS ถ้ายังควบคุมอาการได้ไม่ดีอาจพิจารณาใช้ยาหลายกลุ่มร่วมกันพิจารณา ให้การบำบัดด้วยออกซิเจนระยะยาว

ระดับที่ 4 : Very severe	เช่นเดียวกับระดับที่ 3พิจารณาให้การวางแผนชีวิตระยะสุดท้าย (end of life plan)
--------------------------	--

(ธารีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์, 2555)

การรักษาภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation)

การกำเริบเฉียบพลันของโรคหมายถึงภาวะที่มีอาการเหนื่อยเพิ่มขึ้นกว่าเดิมในระยะเวลาอันสั้น(เป็นวันถึงสัปดาห์)และ/หรือมีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นหรือมีเสมหะเปลี่ยนสี (purulentsputum) โดยต้องแยกจากโรคหรือภาวะอื่นๆ เช่น หัวใจล้มเหลว pulmonary embolism, pneumonia, pneumothorax

การประเมินความรุนแรงของภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค และแนวทางในการรักษา

กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อยหมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการหอบไม่มากซึ่งการรักษาสามารถเป็นแบบผู้ป่วยนอกได้คือการเพิ่มขนาดและความถี่ของยาขยายหลอดลมชนิดสูดสำหรับคอร์ติโคสเตียรอยด์ พิจารณาให้เป็นรายๆ โดยให้เป็น prednisoloneขนาด20-30มก./วันนาน5-7วัน ส่วนยาต้านจุลชีพพิจารณาให้ในกรณีที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเชื้อแบคทีเรีย

กลุ่มที่มีความรุนแรงมากหมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิก ดังนี้

1. มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (accessory muscle) มากขึ้นหรือมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เช่น abdominal paradox หรือ respiratory alternans
2. ชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หรือมีhemodynamic instability
3. Peak expiratory flow น้อยกว่า 100 ลิตร/นาที
4. Oxygen saturation น้อยกว่า 90% หรือ PaO₂ น้อยกว่า60 มม.ปรอท
5. PaCO₂ มากกว่า 45 มม.ปรอท และ pH น้อยกว่า 7.35
6. ซึม สับสน หรือหมดสติ
7. มีอาการแสดงของหัวใจห้องขวาล้มเหลวที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น ขาบวม เป็นต้น

ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่

1. มีอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้นดังกล่าว
2. โรคเดิมมีความรุนแรงอยู่ในระดับที่ 4
3. มีโรคหรือภาวะอื่นที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น
4. ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาการกำเริบ
5. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่บ้านได้

การรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. การให้ออกซิเจน โดยปรับอัตราไหลของออกซิเจนเพื่อให้ได้ระดับ oxygen saturation อย่างน้อย 90% และระวังไม่ให้ออกซิเจนมากเกินไปจนเกิดภาวะซึมจากการบอนด์ออกไซด์คั่ง (CO₂ narcosis)

2. ยาขยายหลอดลม ใช้ b₂-agonist หรือ b₂-agonist ร่วมกับanticholinergic เป็นยาเริ่มต้นโดยให้ผ่านทาง metered dose inhalerร่วมกับ spacer 4-6 puffs หรือให้ผ่านทาง nebulizer ถ้าไม่ดีขึ้นสามารถให้ซ้ำได้ทุก 20 นาที จนกว่าอาการจะดีขึ้นหรือมีอาการข้างเคียงจากยา

3. คอร์ติโคสเตียรอยด์ ให้ในรูปแบบของยาฉีด เช่น hydrocortisone ขนาด 100-200 มก. หรือ dexamethasone 5-10 มก. เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หรือยารับประทาน prednisolone 30-60 มก./วัน ในช่วงแรก และเมื่ออาการดีขึ้นแล้วจึงปรับขนาดยาลง โดยระยะเวลาการใช้ยาประมาณ 7-14 วัน

4. ยาด้านจุลชีพ/ยาด้านเชื้อโคโรนาพิจารณาให้ทุกรายโดยยาที่เลือกใช้ควรออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อได้กว้างทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับยาด้านจุลชีพของผู้ป่วยรายนั้นในอดีตประกอบกับข้อมูลระบาดวิทยาของพื้นที่นั้นๆ

5. สำหรับการให้ aminophylline ทางหลอดเลือดดำ แม้ว่าประโยชน์ยังไม่ชัดเจน อาจพิจารณาให้ในรายที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่นๆ แต่ต้องระวังภาวะเป็นพิษจากยา

6. การใช้เครื่องช่วยหายใจ

6.1 Non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV) ใช้ในกรณีที่มีเครื่องมือและบุคลากรพร้อมในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาข้างต้นเริ่มมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง หรือ ตรวจพบ PaCO₂ 45-60 มม.ปรอท หรือ pH 7.25-7.35 ข้อห้ามใช้ NIPPV ได้แก่

- 1) หยุดหายใจ
- 2) มีความผิดปกติในระบบไหลเวียนโลหิตเช่นความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น
- 3) มีระดับความรู้สึกตัวเลวลงหรือไม่ร่วมมือ
- 4) มีโครงหน้าผิดปกติ
- 5) ผู้ป่วยที่เพิ่งผ่าตัดบริเวณใบหน้าหรือทางเดินอาหาร
- 6) ผู้ป่วยที่มีเสมหะปริมาณมาก
- 7) ผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนรุนแรงหรือมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารหลังการใช้ NIPPV ควรประเมินการตอบสนองหลังการใช้ครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง โดยดูจากระดับความรู้สึกตัวอาการ หอบเหนื่อยของผู้ป่วยและอัตราการหายใจและ/หรือค่า pH และ PaCO₂ ถ้าไม่ดีขึ้นให้พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ

6.2 Invasive ventilation ข้อบ่งชี้ของการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

- 1) มีข้อห้ามใช้ NIPPV
- 2) ไม่ตอบสนองต่อการใช้ NIPPV
- 3) Acute respiratory acidosis (pH < 7.25)
- 4) มีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไข เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย
 1. อาการผู้ป่วยดีขึ้นใกล้เคียงก่อนการกำเริบของโรค
 2. Hemodynamic status คงที่ เป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
 3. ความถี่ของการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดเพื่อบรรเทาอาการลดลง
 4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถบริหารยาชนิดสูดได้อย่างถูกวิธีและรับทราบแผนการรักษาต่อเนื่อง พร้อมการนัดหมายตรวจติดตามอาการ

การติดตามอาการของผู้ป่วย (Monitoring and Follow-up)

การนัดติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นแม้ว่าเราจะคาดการณ์ได้อยู่แล้วว่าหน้าที่การทำงานของปอดจะแย่งลงเรื่อยๆตามระยะเวลาที่เป็นโรคถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดีแต่เราควรทำการประเมินอาการและspirometryเป็นระยะเพื่อเปลี่ยนแปลงการรักษาให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคและติดตามผลข้างเคียงจากการรักษา ประกอบด้วย

1. การสอบถามเรื่องการสูบบุหรี่: ควรทำทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์
2. การประเมินเรื่องความถูกต้องของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเพิ่ม/วิธีการใช้ยาและ compliance ในการรักษา
3. การประเมินอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม mMRC หรือ CAT : ควรทำทุก 2-3 เดือน
4. การสำรวจประวัติการเกิดexacerbationอย่างสม่ำเสมอ:ทั้งความถี่,ความรุนแรงและสาเหตุของการเกิด exacerbation รวมทั้งประวัติการต้องนอนโรงพยาบาล
5. การวัดหน้าที่การทำงานของปอดควรทำการวัดspirometryทุก18ปีเพื่อดูว่าผู้ป่วยมี หน้าที่การทำงานของปอดที่ลดลงเร็วมากหรือไม่
6. การสำรวจว่ามีโรคร่วมอื่นเกิดขึ้นหรือไม่ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเสียสมรรถภาพมากขึ้น และอาจมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับโรคร่วมนั้นๆ

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19)

พยาธิสภาพของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ได้รับการศึกษาอย่างละเอียดตั้งแต่การระบาดเริ่มต้น โรคนี้มีลักษณะการแพร่ระบาดและการติดต่ออย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถถ่ายทอดผ่านการหายใจ เช่น การไอ, การจาม, หรือการพูด และอาจมีการติดต่อผ่านการสัมผัสกับพื้นผิวที่มีเชื้อไวรัส อาการของโรคโคโรนาไวรัส 2019 สามารถหลากหลายได้รวมถึงไข้, ไอแห้ง, อาการเจ็บคอ, อ่อนเพลีย, ปวดเมื่อย, ปวดศีรษะ, คัดจมูก, ท้องเสีย และอาจมีอาการรุนแรงเช่นหายใจลำบากหรือปอดอักเสบ ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะมีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางแต่บางรายอาจมีอาการรุนแรงและต้องการการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอาการรุนแรงมักมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการเสียชีวิตความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อร่างกายขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสาธารณสุขระบบสาธารณสุขที่มีอยู่, และสถานะสุขภาพของบุคคลแต่ละบุคคล

การวินิจฉัยโรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19)

การตรวจโรคโคโรนาไวรัส 2019 มี 2 ประเภท ได้แก่ RT-PCRคือการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยเฉพาะ และ Rapid test คือ การตรวจหาแอนติบอดี (Antibody) ในเลือด หรือการตรวจหาแอนติเจน (Antigen) จากสารคัดหลั่งในระบบ ทางเดินหายใจ

1. Rapid antibody test เป็นการเจาะเลือดเพื่อตรวจหา แอนติบอดีชนิด IgG และ IgM

ซึ่งเป็นโปรตีนที่ร่างกายสร้างขึ้นมา หลังจากได้รับเชื้อ การใช้ชุดตรวจชนิดนี้จะได้ผลดีแม่นยำ หากตรวจหลังร่างกายติดเชื้อ 10 วัน จนกระทั่งหายป่วยแล้ว หากเปิดเร็วกว่านี้จะไม่พบแอนติบอดี ทำให้ผลตรวจไม่ถูกต้อง

2. Rapid antigen test การใช้ชุดทดสอบตรวจหาส่วน ประกอบ (Antigen) ของเชื้อไวรัสจากสารคัดหลั่งทางโพรงจมูก ผลลัพธ์จะแม่นยำ ขึ้นเมื่อตรวจหลังจากได้รับเชื้อมา ถึง 10-14 วัน เป็นวิธีการที่ทราบผลได้เร็วแต่มีความแม่นยำและจำเพาะน้อยกว่า RT-PCR (ATK) สามารถซื้อมาตรวจเองที่บ้านได้ ผลเป็นบวก หรือ Positive Test Result : ในชุดตรวจจะขึ้น 2 ขีดแสดงว่ามีความเป็นไปได้สูงมากที่จะติดโคโรนาไวรัส 2019 ต้องเข้ารับการตรวจด้วยวิธี RT-PCR. ผลเป็นลบ หรือ Negative Test Result : ในชุดตรวจจะ ขึ้น 1 ขีดที่ตัว C การแสดงผลตรวจออกมาเป็นลบ ไม่สามารถยืนยันได้ 100 เปอร์เซ็นต์ว่าไม่ได้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ปัจจัยที่ทำให้ผลตรวจ คลาดเคลื่อน อาจเป็นเพราะหากการตรวจ เชื้อเร็วเกินไป ชุดตรวจจึง ไม่พบส่วนประกอบของไวรัส (Antigen) หรือร่างกายยังไม่ทันสร้าง แอนติบอดี (Antibody) และหากผลเป็นลบแต่มีอาการแสดงออก มากคล้ายผู้ป่วยโควิด แต่ผลตรวจ เป็นลบ จะแนะนำการตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลอีกครั้ง

ดังนั้นใช้การทดสอบ PCR(PolymeraseChainReaction) เพื่อตรวจวินิจฉัยโรค ที่แม่นยำสุด เกณฑ์การทดสอบรวมถึงอาการของผู้ป่วย, ประวัติการสัมผัส, และประวัติการเดินทางที่ เสี่ยงการตรวจสามารถทำได้ทั้งในโรงพยาบาลและสถานที่ตรวจโรคและมักจะใช้สำหรับการตรวจสอบ ผู้ที่มีอาการเสี่ยงหรือมีประวัติสัมผัสกับผู้ติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส2019หรือที่มีอาการป่วยเหมือนกับ โรคโคโรนาไวรัส 2019 การวินิจฉัยยังอาจใช้การทดสอบอื่นๆเช่น การตรวจเอนไซม์เพื่อวิเคราะห์ ไอเสมหะหรือการทดสอบทางการแพทย์อื่นๆตามความเหมาะสมของสถานการณ์และทรัพยากรที่มีอยู่ ในท้องถิ่นที่แตกต่างกันอาการและอาการแสดงช่วยผู้ป่วยที่ติดเชื้อ โคโรนาไวรัส 2019 :

1. มีไข้สูง โดยอาจมีไข้รุนแรงได้
2. ไอแห้งหรือไอมีเสมหะ
3. รู้สึกเจ็บคอหรืออาจมีอาการเจ็บคอร่วมกับการไอ
4. รู้สึกอ่อนเพลียหรือมีความหมายสูงขึ้น
5. รู้สึกปวดเมื่อยตามตัวหรือกล้ามเนื้อ
6. ปวดศีรษะรุนแรง
7. ปวดเมื่อยตามตัว
8. มีอาการทางเดินหายใจ: เช่น คัดจมูก, น้ำมูกไหล, หายใจลำบาก
9. ถ่ายเหลวหรือมีอาการท้องเสีย
10. เบื่ออาหารหรืออาจมีความเสี่ยงในการสูญเสียน้ำหนักได้

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแต่เชื่อว่าปัจจัยเสี่ยงที่คิดว่าจะทำให้เกิด มีดังนี้ พฤติกรรมเสี่ยงติดและแพร่กระจายเชื้อของโรคโคโรนาไวรัส 2019

1. ชอบขี้ตาแคะจมูกสัมผัสใบหน้า
2. กลับถึงบ้านแล้วไม่ชอบอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าทันที
3. ไม่ล้างมือหลังสัมผัสสิ่งของต่างๆ

4. ไม่ สวมหน้ากากอนามัยและล้างมือด้วยเจลล้างมือ
5. อยู่ใกล้กันไม่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 ถึง 2 เมตร
6. สัมผัสใกล้ชิดกับคนรักและคนในครอบครัวหรือคนป่วยเป็นโควิด
7. ป่วยแล้วไม่กักตัวอยู่บ้าน
8. ใช้ของส่วนตัวร่วมกันทานอาหารเดียวกัน
9. ทานอาหารคงไม่สุกหรือทิ้งไว้นานแล้ว
10. ปาร์ตี้สังสรรค์กับเพื่อนดื่มกินใช้แก้วน้ำเดียวกัน

การวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ปัจจุบันยังใช้วิธีการตรวจ RT-PCR จาก nasopharyngeal หรือ oropharyngeal swab หรือจากเสมหะในกรณีผู้ป่วยเกิด pneumonia และจาก tracheal aspiration ในกรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ข้อบ่งชี้ในการตรวจ คือ

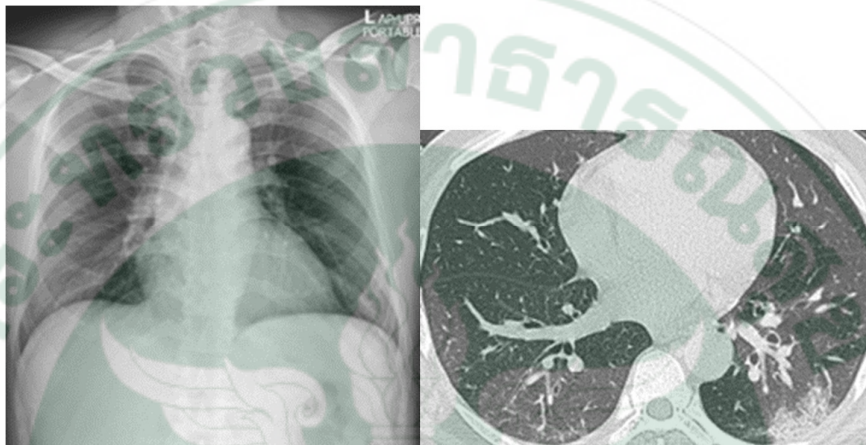
1. ผู้มีอาการของ influenza-like illness (ILI) คือ ไอ หรือ เจ็บคอ หรือ มีน้ำมูก และ/หรือ มีไข้เกิน 37.5 °C และมีประวัติเสี่ยงในช่วง 14 วัน
2. ผู้ป่วยปอดอักเสบในชุมชนที่แพทย์สงสัยว่าอาจเกิดจากเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะที่อาการรุนแรงแม้ไม่มีปัจจัยเสี่ยง
3. บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแล้วเกิด ILI (Influenza-like illness) และ/หรือ มีไข้เกิน 37.5 °C

4. ผู้ป่วยที่เกิด ILI (Influenza-like illness) เป็นกลุ่มมากกว่า 5 คน ในช่วง 1 สัปดาห์ ในกรณีที่ผลตรวจเป็นลบ แต่มีความเสี่ยงให้ทำการกักตัวที่บ้าน (home quarantine) จนครบ 14 วัน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงให้ทำการตรวจ RT-PCR ซ้ำในกรณีที่ผลตรวจเป็นลบก็สามารถให้การวินิจฉัยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ได้ให้ประเมินความรุนแรง โดยแบ่งเป็น Mild disease คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย โดยไม่มีโรค/ภาวะร่วมรุนแรง และ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

1. Moderate disease มีโรค/ภาวะร่วมรุนแรง (age > 60 ปี, COPD, CKD, obesity, CHF, cirrhosis, immunosuppressed state) หรือ มีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก (RR > 22, SBP < 100 mmHg, altered mental status, room-air SpO₂ < 94%, or opacities on CXR) mental status, om-air

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



รูปแสดงภาพถ่ายรังสีทรวงอกธรรมดา (ซ้ายมือ) และคอมพิวเตอร์ (ขวามือ) ของผู้ป่วยวันที่ 4 หลังเริ่มมีอาการติดเชื้อโควิด-19 พบลักษณะ unilateral (left) peripheral opacity/consolidation

2. Severe disease (requiring high-flow nasal cannula [HFNC] or invasive ventilation or other organs support)

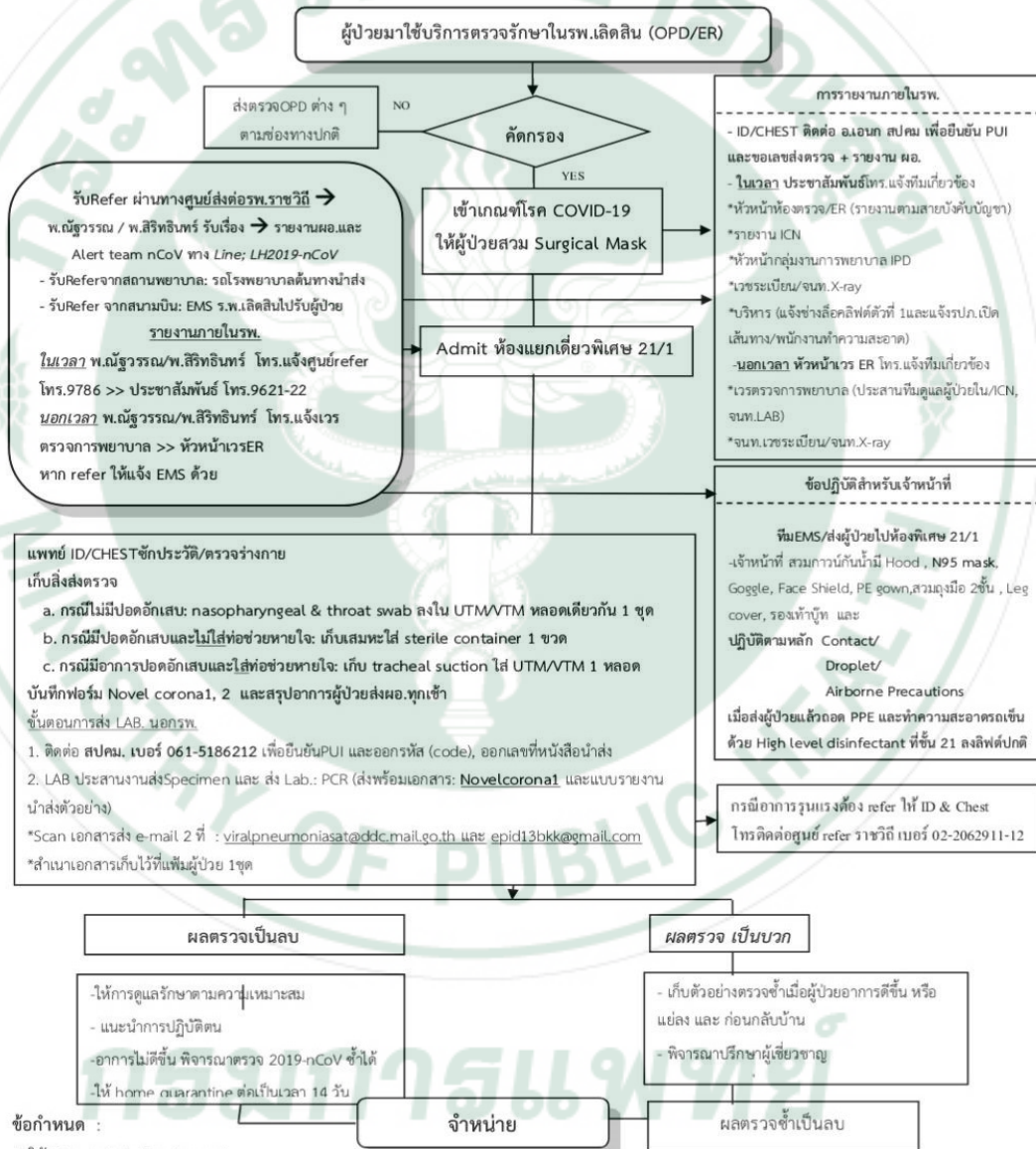
สำหรับการแบ่งความรุนแรงตามแบบ NIH ของประเทศสหรัฐอเมริกา คือ

1. Asymptomatic or presymptomatic infection: positive SARS-CoV-2 but have no symptoms
2. Mild illness: any of fever, cough, sore throat, malaise, headache, or muscle pain without shortness of breath, dyspnea, or abnormal imaging
3. Moderate illness: evidence of lower respiratory disease by clinical assessment or imaging and $\text{SaO}_2 > 93\%$ on room air
4. Severe illness: $\text{RR} > 30$, $\text{SaO}_2 \leq 93\%$ on room air, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, or lung infiltrates $> 50\%$
5. Critical illness: respiratory failure, septic shock, and/or multiple organ dysfunction

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การปฏิบัติเมื่อรับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลเลิดสิน



ที่มา:หน่วยงาน OPD-Flow Novel Coronavirus 2019 โรงพยาบาลเลิดสิน

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา คือ

1. การสูบบุหรี่ร้อยละ 80-90 เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุประมาณร้อยละ 90 ในประเทศที่ด้อยพัฒนาพบว่าเป็นสาเหตุประมาณร้อยละ 8 การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจที่เพิ่มขึ้นมีการทำงานผิดปกติผิดปกติตรวจสมรรถภาพปอดจะพบว่าการลดลงของปริมาตรของลมหายใจที่วัดจากการหายใจออกและรวดเร็วในเวลา 1 วินาทีเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงสูงของการเสียชีวิต 16 ลำดับแรกพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบบ่อยเป็นลำดับ 2 รองจากความดันโลหิตสูง

2. การขาดแอลฟา 1 แอนติทริปซิน (Alpha 1 antitrypsin) จากองค์ประกอบทางพันธุกรรม ซึ่งแอลฟา 1 แอนติทริปซินเป็นโปรตีนสร้างจากตับมีค่าประมาณ 240 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีคุณสมบัติต้านฤทธิ์ของเอนไซม์ ซึ่งย่อยโปรตีนต่างๆ เช่น ทริปซิน คอลลาจีเนส (Trypsin Collagenase) และอีลาสเทส (Elastase) หน้าที่ของโปรตีนชนิดนี้เกี่ยวข้องกับการเกิดถุงลมโป่งพอง อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบแน่ชัดว่าโปรตีนดังกล่าวช่วยยับยั้งการทำลายเนื้อเยื่อซึ่งอาจจะเกิดขึ้นมากเกินไปในขณะที่มีการอักเสบของหลอดลม การขาดโปรตีนชนิดนี้จึงเชื่อว่าทำให้เกิดการทำลายของ หลอดลมและผนังถุงลมมากขึ้นในขณะที่มีการอักเสบ และเกิดถุงลมโป่งพองตามมา

3. มลภาวะทางอากาศ สารเคมี ฝุ่นละอองต่างๆ ที่พบบ่อยคือสารซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) เกิดจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงประเภทถ่านหินในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งทำลายเยื่อหลอดลมและหลอดลมอักเสบเรื้อรังตามมา

4. การติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีการอักเสบบริเวณเยื่อหุ้มหลอดลมทำให้เกิดแผลเป็นบริเวณเยื่อหลอดลมและชั้นใต้เยื่อหุ้มหนาขึ้นเกิดหลอดลมตีบแคบถาวรและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน

5. อายุในคนปกติเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นพบว่าสภาพความยืดหยุ่นของเนื้อปอดและหลอดลมลดลงเนื่องจากมีเยื่อเหนียวและคอลลาเจน (Elastic & Collagen Fiber) ที่จะช่วยให้หลอดลมผ่อนคลายไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยทำให้ปอดเสียหายที่เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ลดลง

6. เพศเนื่องจากผู้สูบบุหรี่มักเป็นเพศชาย ดังนั้นจึงพบโรค COPD ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในบางการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีโอกาสในการเกิดโรคจากบุหรี่มากกว่าเพศชายและที่น่าเป็นห่วง คือในปัจจุบันทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาผู้หญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้อัตราการป่วย/เสียชีวิตจากบุหรี่ในเพศหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นในขณะที่ในเพศชายมีแนวโน้มลดลง (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2551)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

อาการ อาการแสดงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

มีอาการ ไข้ ไอ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก (Dyspnea) ซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ และ/หรือไอเรื้อรัง มีเสมหะโดยเฉพาะในช่วงเช้าอาการอื่นที่พบได้คือแน่นหน้าอกหรือหายใจมีเสียงหวีดในกรณีที่อาการอื่น เช่น ไอออกเลือดหรือเจ็บหน้าอกจะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยอื่นเสมอ ที่สำคัญคือวัณโรค, มะเร็งปอด หลอดลมพอง (bronchiectasis) การตรวจร่างกาย ในระยะแรกอาจ ไม่พบความผิดปกติ เมื่อการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้นอาจตรวจพบลักษณะของ airflow limitation และair trapping เช่น prolonged expiratory phase, increased chest A-P diameter, hyperresonance on percussion และ diffuse wheeze

- รูปร่างทรงอกเป็นรูปทรงกลมคล้ายถังเบียร์ (Barrel shape)
- เคาะปอดโปร่ง และเสียงหายใจ (Breath sound) เบา
- อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น, การหายใจลำบาก ใช้ accessory muscle ในการหายใจ
- มีเสียง wheezing ขณะหายใจออก
- ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของหัวใจด้านขวาล้มเหลว
- ในผู้ป่วยรายใหม่ การซักประวัติถือเป็นสิ่งสำคัญต้องมีการซักประวัติดังต่อไปนี้
- ประวัติการเจ็บป่วย ไอ หายใจเหนื่อยหอบ หายใจมีเสียง Wheezing
- ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว
- ประวัติการสูบบุหรี่ โดยถามปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน และระยะเวลาที่สูบบุหรี่
- ประวัติการสัมผัสสิ่งกระตุ้น เช่น มลพิษทางอากาศ การเผาไหม้เชื้อเพลิงสภาพอากาศ
- ประวัติโรคภูมิแพ้ เนื่องจากโรคหืดจะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคภูมิแพ้นั้น
- ถ้าผู้ป่วยมีประวัติโรคภูมิแพ้นี้ก็นึกถึงโรคหืดมากกว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- CXR การตรวจเสมหะ มีความสำคัญในการแยกโรคอื่น
- การตรวจ Spirometry ตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stable) และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย 1 เดือน โดยค่า FEV1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข..., 2553)

การประเมินผู้ป่วยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการรักษา

การประเมินผู้ป่วยที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต้องคำนึงถึงหลายปัจจัยเพื่อให้สามารถกำหนดเกณฑ์ในการรักษาที่เหมาะสมได้ อาการทางคลินิก ได้แก่ ระดับของอาการไข้ ไอ เหนื่อย ความถี่และความรุนแรงของอาการกำเริบ (exacerbation) การประเมินความรุนแรงของ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Test) ประวัติการใช้ยาและการรักษาเดิม การประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะเฉียบพลัน (Exacerbation) รวมทั้งผลการตรวจ spirometry, SARS-CoV-2 ปัจจุบันยังใช้วิธีการตรวจ RT-PCR เพื่อประเมินความรุนแรงของ ยา COVID-19 ประวัติการสัมผัสผู้ติดเชื้อ ระดับอาการ (mild, moderate, severe, or critical) การตรวจร่างกายทางคลินิกเช่นการตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest Xray) หรือ CT scan การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจติดตามความคืบหน้าของอาการ และการตอบสนองต่อการรักษาปรับเปลี่ยน การรักษาตามความจำเป็นและตามอาการของผู้ป่วยการประเมินและการรักษาต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างแพทย์หลายสาขารวมถึงการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การรักษาเป็นไป อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา

การพยาบาลในกรณีศึกษาหมายถึงการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโดยใช้หลักการและแนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพผู้ป่วย ทฤษฎีการพยาบาลหลายทฤษฎีสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในกรณีศึกษาต่างๆได้ ตัวอย่างทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการพยาบาล โอเร็ม

โดโรธีโอเร็ม ผู้ค้นทฤษฎีการพยาบาลที่มีชื่อเสียงได้พัฒนาทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองขึ้นเพื่อเน้นย้ำถึง ความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพโดยรวมการใช้กรอบแนวคิดนี้มีรากฐานมาจาก อุตสาหกรรมการพยาบาลโดยผู้ปฏิบัติงานใช้รากฐานนี้เพื่อประเมินความสามารถและความบกพร่อง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แล้วปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกัน วัตถุประสงค์หลักของโอเร็ม คือการเปลี่ยนหลักสำคัญของการพยาบาลจากการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไปสู่การทำให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาวะของตนเองผ่านการดูแลตนเองได้สำหรับเธอแล้วทุกคนต่างมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่มีความสามารถโดยธรรมชาติในการดูแลตนเองและผู้อื่น

ทฤษฎีของโอเร็มมีพื้นฐานมาจากแนวคิดพื้นฐานสามประการ :

1. การดูแลตนเอง: แก่นของทฤษฎีของโอเร็มตั้งอยู่บนแนวคิดของการดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลใดๆ เริ่มต้นและดำเนินการด้วยตนเองเพื่อรักษาและเสริมสร้างสุขภาพของตนเองซึ่งครอบคลุมทุกอย่างแต่การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และการจัดการอาการเรื้อรังไปจนถึงการแสวงหาการรักษาพยาบาลอย่างทันที่จำเป็น

2. ความพร้อมในการดูแลตนเอง: โอเร็มระบุว่าบุคคลอาจเผชิญกับสถานการณ์ที่พวกเขาไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอส่งผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ความบกพร่องเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่นความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ หรือการขาดความรู้และทรัพยากรเมื่อผู้คนไม่สามารถจัดการความต้องการในการดูแลตนเองด้วยตนเองได้ พวกเขาจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากผู้อื่น

3. ระบบการพยาบาล: ตามแนวคิดของโอเร็มระบบการพยาบาลจะเข้ามามีบทบาทเมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากภายนอกในการจัดการ สุขภาพและสุขภาวะ ในบริบทนี้การพยาบาลครอบคลุมถึงบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการ สนับสนุน จากพยาบาลตลอดจนการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเพื่อนและผู้ดูแลอื่นๆ กรอบ แนวความคิดประกอบด้วย 6 มิโนทัศน์ ได้แก่

1. การดูแลตนเอง (Self- care)
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency)
3. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self – caredemand)
4. การดูแลตนเองที่จำเป็น(Self – care requisites)
5. ความสามารถในการพยาบาล (Nursing agency)
6. ระบบการพยาบาล(Nursing System)

ในสายทางการพยาบาล โอเริ่มสนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำ และผลของการกระทำ บุคคล ตามแนวคิดของโอเริ่ม

เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้และบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวมทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคมด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆและเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตคือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องผู้ที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ซึ่งการทำหน้าที่นั้นเป็นการผสมผสานกันของทางสรีระจิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านสังคมโดยไม่สามารถแยกจากกันได้และการที่จะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดี

ส่วนภาวะปกติสุขหรือความผาสุก(wellbeing)โอเริ่มให้ความหมายแยกจากสุขภาพว่า เป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะเป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจความยินดีและมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน

สิ่งแวดล้อมหมายถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเคมีชีวภาพและด้านสังคมวัฒนธรรมโอเริ่มเชื่อว่าคนกับเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้และมีอิทธิพลซึ่งกันและกันนอกจากนี้โอเริ่มยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการคือสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคล ให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเริ่มเป็นสิ่งแวดลอมหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง

การพยาบาล เป็นบริการการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาลคือช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่ เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

จุดเน้นของกรอบแนวคิดของโอเริ่ม : เน้นที่บุคคลคือ ความสามารถของบุคคลที่จะต้องสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การพยาบาลและแผนการพยาบาล/กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วย ณ.จุดคัดแยก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถทางการพยาบาล

1. ความสามารถทางการพยาบาล(Nursing agency) :ความรู้, ประสบการณ์, ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ, ทักษะทางสังคม, แรงจูงใจในการให้การพยาบาลอัตโนมัติของตนเองเกี่ยวกับการพยาบาล

2. ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) การปฏิบัติการพยาบาล ต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบ คือ

-ระบบสังคม (Social)

-ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal)

-ระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค(Professional Technological system)

ตั้งแต่แรกเริ่ม:ประเมินทฤษฎีการพยาบาลมีหลายแนวคิดและแนวทางที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลบางแนวคิดทฤษฎีเน้นไปที่มนุษย์และความเป็นมนุษย์เช่นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาเป็นศูนย์กลางของการพยาบาลซึ่งให้ความสำคัญกับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและการสนับสนุนในการพัฒนาความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์สำหรับการดูแลสุขภาพและมีแนวคิดเกี่ยวกับความเข้าใจและการสัมผัสกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ และความไว้วางใจในการดูแลของพยาบาล

แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลอื่นๆ มุ่งเน้นไปที่โปรแกรมการและการดูแลสุขภาพ เช่นแนวคิดเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายของการดูแลสุขภาพและการวางแผนการดูแลที่มีมาตรฐานเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและมีแนวคิดทฤษฎีที่เน้นไปที่ระบบและโครงสร้างของการดูแลสุขภาพเช่นแนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและสังคมในสถานการณ์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid19) และแนวทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้ ไอ หายใจลำบาก บทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการไข้ ไอ หายใจลำบากโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management) ของ (Dodd และคณะ) ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่

- 1) ประสบการณ์การมีอาการ
- 2) กลวิธีการจัดการอาการ และ
- 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ดังนี้

มิตีที่ 1 ประสพการณ์การมีอาการ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ว่าการหายใจลำบากว่าเป็นอาการที่ต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น และเกิดขึ้นโดยเฉลี่ย 4 ครั้งต่อเดือน ผู้ป่วยประเมินปัจจัยที่กระตุ้น ให้เกิดอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การไอมีเสมหะติดต่อกันนานๆ การสูดกลิ่นควันฝุ่นละออง และการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก และหากพ้นยาขยายหลอดลมแล้วอาการไม่ดีขึ้น จะเกิดอาการหายใจลำบากรุนแรงมากและคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยพยายามหาวิธีบรรเทาอาการและป้องกันการเกิดอาการ หายใจลำบาก ผู้ป่วยจะรู้สึกทรมานและกลัวตายเกือบทุกครั้งที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก จนต้องมาโรงพยาบาล แต่หากมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลอยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น การศึกษาประสพการณ์การมีอาการของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งครอบคลุมการรับรู้อาการการประเมิน อาการและการตอบสนองต่ออาการ และประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยนี้พยาบาลอาจ สอบถามญาติแทนถ้าผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการจัดการอาการหายใจลำบากได้ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การประเมินอาการหายใจลำบากตามแนวปฏิบัติ Dyspnea Assessment using Acronym O, P, Q, R, S, T, U and V มีดังนี้

- O : Onset อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเมื่อไหร่ระยะเวลายาวนานเท่าใดและความถี่เกิดบ่อยแค่ไหน
- P : Provoking/Palliatingอะไรเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการ อะไรที่ช่วยบรรเทาอาการ และอะไรที่ทำให้อาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น
- Q : Quality ผู้ป่วยอธิบายความรู้สึกขณะมีอาการหายใจลำบากอย่างไร
- R : Region / Radiation มีอาการอื่นที่เกี่ยวข้องอีกหรือไม่
- S : Severity/ ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากอาการขณะปัจจุบัน อาการที่รู้สึกดีที่สุด อาการที่รู้สึกแย่ที่สุด อาการโดยเฉลี่ย เป็นอย่างไร
- T : Treatment ปัจจุบันได้รับการรักษาหรือได้รับยาอะไรบ้าง การรักษามีประสิทธิภาพดีหรือไม่ผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือการรักษาหรือไม่ในอดีตที่ผ่านมา ได้รับการรักษาหรือได้รับยาอะไรบ้าง
- U : Understanding/Impact on you ผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของอาการหายใจลำบากคืออะไร อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวอย่างไร
- V : Values เป้าหมายของการรักษาคืออะไร ความสุขสบายหรือระดับอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้เป็นอย่างไร

มิตีที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการ และมิตีที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ การพยาบาลในการจัดการอาการหายใจลำบากมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการและป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากด้วยตัวผู้ป่วยเองโดยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและสามารถประเมินผลโดยติดตามผลลัพธ์ของการจัดการอาการ

กลวิธีการจัดการอาการ

การจัดการอาการหายใจลำบากแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การสนับสนุนของครอบครัวโดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ดังนั้นการให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยทั้งระยะอาการกำเริบเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา

1. การจัดการอาการหายใจลำบากระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีเสมหะ การจัดการอาการระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ ควบคุมความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมและลดอัตราการเสียชีวิต บทบาทของพยาบาลมุ่งเน้นการประเมินสภาพผู้ป่วย แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเพื่อจัดการอาการหายใจลำบากได้เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่

1. ผู้ป่วยใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจมากขึ้น
2. อัตราการเต้นของชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90% หรือระดับออกซิเจนใน เลือดแดง (PaO₂) น้อยกว่า 60 มม.ปรอท
4. ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO₂) มากกว่า 45 มม.ปรอท หรือค่าความเป็นกรดต่างในเลือด (pH) น้อยกว่า 7.35
5. อัตราการไหลสูงสุดของการหายใจออก (Peak expiratory flow) น้อยกว่า 100 ลิตร ต่อนาที
6. ระดับความรู้สึกตัวลดลง
7. มีอาการของโรคหัวใจข้างขวาล้มเหลว

ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน มีดังนี้

1. การให้ยาขยายหลอดลม ยาขยายหลอดลมสามารถลดอาการหายใจลำบากและลดการกำเริบของโรคได้โดยยาในกลุ่มนี้มีทั้งชนิดสูด ชนิดฉีดและชนิดรับประทาน ยาในกลุ่มกระตุ้นตัวรับชนิดเบต้า-2 (Beta 2 agonist) อาจมีอาการข้างเคียงทำให้มีอาการมือสั่น หัวใจเต้นเร็วและเต้นผิดจังหวะได้ หรือยาในกลุ่ม Beta 2 agonist ร่วมกับยาในกลุ่มที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drug) เพื่อเสริมฤทธิ์กันหากอาการ กำเริบรุนแรงมากอาจจะได้รับยาในกลุ่มเมทิลแซนธิน (Methylxanthine) ซึ่งมีอาการข้างเคียงคล้ายคลึงกับยาในกลุ่ม Beta 2 agonist พยาบาลประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วย โดยเฉพาะอัตราการเต้นของชีพจรก่อนได้รับยาให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับดูแลให้ยา ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงสำคัญที่อาจเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด

2. การให้ออกซิเจนการให้ออกซิเจนเพื่อรักษาค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้มากกว่าหรือเท่ากับ 90 – 92 เปอร์เซ็นต์ และค่า PaO₂ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มม.ปรอทสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมากจำเป็นต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ แต่ถ้าอาการรุนแรงน้อยอาจ ให้ออกซิเจนชนิด Cannula 2-3 ลิตร/นาที่ พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังให้ออกซิเจน โดยประเมินระดับความรู้สึกตัวลักษณะและอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจรค่าความอิ่มตัว ของออกซิเจนในเลือดสังเกตภาวะพร่องออกซิเจนค่า (Arterial Blood Gas) และเฝ้าระวังไม่ให้ออกซิเจนสูงเกินไปเพราะอาจทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวจาก คาร์บอนไดออกไซด์คั่งได้

3. การให้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ยากลุ่มนี้มีทั้งชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำชนิดรับประทานชนิดสูดซึ่งสามารถลดการอักเสบในหลอดลมเพิ่มค่า FEV₁₈ ลดอาการหายใจลำบาก และลดอัตราการนอนในโรงพยาบาลได้ ยากลุ่มนี้อาจมีอาการข้างเคียงเช่น น้ำตาลในเลือดสูง, กระดูกพรุน, การติดเชื้อได้ง่าย, และต่อกระดูกเป็นต้น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการติดตามอาการข้างเคียงของยา เช่น หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้ติดเชื้อ เฝ้าระวังสังเกตอาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการบ้วนปากทุกครั้งหลังจากใช้ยา กลุ่มสเตียรอยด์ ชนิดสูด เป็นต้น

4. การให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันมักมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ, มีไข้, ไอ ยากลุ่มนี้ช่วยลดการติดเชื้อและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งสามารถช่วยลดอัตราการตาย จากอาการกำเริบของโรคได้ บทบาทของพยาบาลคือการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาทันที ติดตามอาการข้างเคียงของยา ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจการสังเกตอาการข้างเคียงของยา และรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องจนครบถ้วน

5. การให้กลุ่มยาละลายเสมหะ การคั่งค้างของเสมหะทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ และเกิดอาการไอมีเสมหะเรื้อรัง ยากลุ่มนี้ ช่วยลดการคั่งค้างของเสมหะ เสมหะมีความหนืดน้อยลง และสามารถไอขับออกได้สะดวกมากขึ้น หากผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการดื่มน้ำหรือไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นประมาณวันละ 2-3 ลิตรร่วมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ และขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยขับเสมหะออกมาได้ดียิ่งขึ้น

6. การจัดทำที่เหมาะสมและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดทำกิจกรรมเคลื่อนไหวช้าๆ และอยู่ในท่าที่สุขสบาย ซึ่งอาจเป็นท่า ยืนพิงฝาผนัง จัดท่าศีรษะสูง หรือนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า เพื่อลดการใช้พลังงาน ช่วยให้อาการดีขึ้น มีการผ่อนคลาย ปอดขยายตัวได้ดี และการระบายอากาศใน ปอดสะดวกมากขึ้น

1. การจัดการอาการหายใจลำบากในระยะฟื้นฟูสภาพ

เป็นระยะที่อาการหายใจลำบากลดลงหรือคงที่การจัดการอาการมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสมรรถภาพทางกายส่งเสริมความผาสุกด้าน จิตสังคมและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและวางแผนจำหน่ายกลับบ้านจากข้อมูลประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมนิยมใช้แบบสอบถามอาการหายใจลำบากของสภาวิจัยทางการแพทย์ประเทศอังกฤษ (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: mMRC) ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นการจัดการอาการหายใจลำบากในระยะฟื้นฟูสภาพต้องปรับให้เหมาะสมกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยแต่ละรายพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสอนและชี้แนะวิธีการจัดการอาการให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในระดับ 3 และ 4 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เองพยาบาลควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการอาการ วิธีการจัดการอาการหายใจลำบากในระยะฟื้นฟูสภาพ มีดังนี้

1. การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยแต่ละคนมีปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการหายใจลำบากที่แตกต่างกัน เช่น กลิ่นควัน ฝุ่นละออง การติดเชื้อเป็นต้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตปัจจัยที่กระตุ้นการเกิดอาการหายใจลำบาก และหลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งกระตุ้นนั้นๆโดยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและรอบบ้าน ทำความสะอาดบ้านเพื่อกำจัดฝุ่นละอองภายในบ้าน และป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 2. การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก (Pursed lipbreathing) เป็นการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ (นับในใจ หนึ่ง และสอง) และหายใจออกทางปาก โดยห่อปากเล็กน้อย (นับในใจหนึ่ง สอง สาม และสี่) ซึ่งการหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า ผู้ป่วยควรทำซ้ำประมาณ 5-10 ครั้งวันละ 3 ครั้ง พยาบาลฝึกทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปากแก่ผู้ป่วยทุกรายเพื่อชะลอการตีบแคบของหลอดลมช่วยเพิ่มปริมาตรของอากาศที่หายใจออกแต่ละครั้ง ลดอากาศที่ค้างคั่งในปอด และเพิ่มประสิทธิภาพของปอดในการซึมผ่านของการระบายอากาศ ผลการศึกษาพบว่า การฝึกการบริหารการหายใจแบบเป่าปากอย่างต่อเนื่องวันละ 2 รอบ รอบละประมาณ 10 นาที เป็นเวลา 11 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยการหายใจ ลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด และสมรรถภาพทางกายได้

3. การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัดการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องใช้ยาหลายกลุ่มร่วมกันอย่างต่อเนื่องดังนั้นผู้ป่วยต้องรับประทานยาและสูดยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นและมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

4. การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effectivecough) เพื่อช่วยให้ขับเสมหะที่คั่งค้างออกได้ ดีมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดดีขึ้น อาการหายใจลำบากลดลง ทำโดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ผ่อนคลาย อาจจะเป็นท่านั่ง หรือท่าศีรษะสูง หายใจเข้า-ออกลึกๆ ซ้ำๆ 2 – 3 ครั้ง และสูดหายใจเข้าอย่างช้าๆ ทางจมูกอย่างเต็มที่ แล้วกลืนหายใจไว้ประมาณ 2 – 3 วินาที โน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย อ้าปากกว้างๆ และไอออกมาติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้ง ให้เสมหะออกมาและพักโดยการหายใจ

เข้า - ออกซ้ำๆเบาๆร่วมกับการดื่มน้ำอุ่น หากไม่มีข้อจำกัดควรดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรและไม่ควรไอดิตต่อกันหลายครั้งเพราะทำให้หลอดลมหดเกร็ง เกิดอาการหายใจลำบากได้

5. การออกกำลังกาย การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า การออกกำลังกายมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนล่าง เช่น การเดินบนทางราบ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนบน เช่น การใช้แขนยืดสายยาง การทำติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที ต่อวันสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลาติดต่อกัน 8 สัปดาห์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด และเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกายผู้ป่วยควรออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละรายและค่อยเป็นค่อยไปตามระยะของโรค การออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำ กิจกรรมได้เต็มศักยภาพ ลดความเบื่ออาหาร รู้สึกผ่อนคลาย และนอนหลับได้ดีขึ้น

6. การใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน การทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงทำให้ร่างกายของผู้ป่วยใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบากพยาบาลแนะนำเทคนิคการสงวนพลังงานเพื่อลดอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรมเพิ่ม ความรู้สึกเป็นอิสระและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยผลจากการศึกษาพบว่าเทคนิคการสงวน พลังงานได้แก่การนั่งขณะทำความสะอาดร่างกายการนั่งขณะใส่และถอดรองเท้า การหลีกเลี่ยงการเอื้อมหยิบของที่สูงกว่าและการก้มหยิบของที่ต่ำกว่าสามารถช่วยลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย ลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง

7. การผ่อนคลายทางด้านร่างกายและอารมณ์ ในขณะที่ร่างกายอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลาย ความวิตกกังวลส่งผลให้การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลงสามารถลดอาการหายใจลำบากการผ่อนคลายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหลายวิธีสามารถปฏิบัติได้ทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมสังคมผู้ป่วยควรได้รับความรู้ และฝึกทักษะที่เหมาะสมกับตัวเอง เช่น การปฏิบัติสมาธิ การฟังธรรมะ การฟังเพลง การนวดการยีนฟิงฝ่าผนัง เป็นต้น

8. การปรับปรุงภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง อาจแบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวันควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายควรเลือกรับประทานอาหารประเภทไขมันที่มีโคเลสเตอรอลต่ำเนื่องจากอาหารประเภทนี้ให้พลังงานแก่ร่างกายสูงและควรเลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูงเพื่อเพิ่มพลังงาน บำรุงกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น เนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย นม ไข่ เป็นต้น แต่ควรลดอาหารประเภทแป้งเพื่อป้องกันการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายเพิ่มขึ้นและควรลด อาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหารเช่นอาหารหมักดอง, น้ำอัดลม เป็นต้นเพื่อป้องกันภาวะ ท้องอืด ซึ่งจะขัดขวางการเคลื่อนไหวตัวของกล้ามเนื้อกระบังลม และอาจส่งผลให้หายใจลำบากได้

9. การได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่และวัคซีนโควิด วัคซีนสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด 3 สายพันธุ์และช่วยลดอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณประจำปีเพื่อจัดเตรียมวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ฟรีแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่นๆระหว่างเดือนพฤษภาคม-เดือนกรกฎาคมของทุกปีพยาบาลให้ข้อมูลและแนะนำให้ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกปี

2. ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง

เนื่องจากผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีอาการเหนื่อยง่ายจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยภาวะความเป็นกรดที่เกิดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นนั้นสาเหตุของโรคมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพออันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในปอด ทำให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องออกแรงมากในการหายใจเข้า และออกเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นจึงมีอาการเหนื่อยง่ายประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหว ร่างกายและการออกกำลังกายลดลงและเป็นสาเหตุของการจำกัดกิจกรรมของตนเองของผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจถึงประโยชน์ที่แท้จริงของการออกกำลังกายซึ่งสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการ บริหารหายใจและลดภาวะอาการเหนื่อยง่ายของผู้ป่วย

แนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 3 ถึง 4 นั้น ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายและมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง พยาบาลจึงต้องใช้บทบาทเป็นผู้สร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการทำกิจกรรมช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ตัวผู้ป่วยเช่นเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆได้พยาบาลควรกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) ฝึกทักษะ (Coaching) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติกิจกรรม (Mentoring) โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพบุคคลพยาบาลอาจเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องพยาบาลจึงเปลี่ยนบทบาทเป็นพี่เลี้ยงในการทำกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นทั้งนี้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มมากขึ้นและใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมได้นานยิ่งขึ้นนอกจากนี้พบว่าเมื่ออัตราการหายใจและอัตราการเต้นของชีพจรลดลง สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น และการเกิดอาการหายใจลำบากลดลง ทั้งนี้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดควรทำอย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงในส่วนของกล้ามเนื้อที่ควบคุมระบบการหายใจและมีความทนทานได้การออกกำลังกายได้เพิ่มขึ้น

3. ผู้ป่วยอาจขาดความรู้และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาไม่ถูกต้อง

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในการรักษา โดยเฉพาะยา Favipiravir ร่วมกับ ยาขยายหลอดลมชนิดพ่น เพื่อแก้ไขภาวะ หดเกร็งของหลอดลม เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการหลงลืมรับประทานยาได้ง่าย ประกอบกับผู้ป่วยบางรายอยู่คนเดียว ขาดคนใกล้ชิดดูแล ส่งผลให้รับประทานยาไม่ตรงตามขนาด เวลาและขาดการรับประทานอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิวิธีการพ่นยาขยายหลอดลม ที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยาและผลลัพธ์ในการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรแนวทางการพยาบาล

3.1 พยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งชนิดกินและชนิดพ่นแก่ทั้งผู้ป่วยเองและครอบครัวโดยเฉพาะ วิธีการพ่นยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 พยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (ChangeAgent) ในการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ให้สอดคล้องกับองค์ความรู้ทางการพยาบาลเช่นการแนะนำญาติในการ จัดยาให้ผู้ป่วยโดยใช้นวัตกรรมปฏิทินยา กล่าวคือการจัดยารับประทานให้แก่ผู้ป่วยโดยการใส่ซองยา ที่ปิดมิดชิด พร้อมเขียนเวลารับประทานยาแสดงไว้ที่ปฏิทินตามช่องวันในปฏิทินอย่างชัดเจนให้ผู้ป่วยสามารถหยิบได้ง่าย โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม เป็นต้น

4. ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และสังคมผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาของโรคซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคค่อยๆ เลวลงจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงตามไปด้วย ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้เกิดความวิตกกังวล กลัว เครียด ท้อแท้สิ้นหวัง บางครั้งการเปลี่ยนแปลงของบทบาทของตนต่อครอบครัวรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

4.1 พยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้สร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) ให้ผู้ป่วยโดยคอยให้กำลังใจสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยมิให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกกว่าตนเองมีความสำคัญต่อครอบครัว พร้อมทั้งแนะนำครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย

4.2 พยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultation) ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลสามารถเผชิญปัญหา และรวมหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

5. ผู้ป่วยอาจมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง

เนื่องจากอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น การรับประทานยาบางชนิดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่สนิทพยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้พัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Manager) โดยการประเมินแบบแผนการนอนหลับเพื่อวางแผนควบคุมปัจจัยที่รบกวนการนอนให้กับผู้ป่วยจัดระบบ การดูแลผู้ป่วยในการลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเช่นเสียงรบกวนบรรยากาศในการนอนหลับตลอดจนแนะนำการจัดการควบคุมอาการหายใจลำบาก เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การนั่งสมาธิ เป็นต้น

6. เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

ความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นการสนับสนุนของครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญต่อกาช่วยเหลือในการทำ กิจกรรมต่างๆ การให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารตลอดจนการประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วยสามารถ ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

6.1 พยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) โดยให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเช่นการจัดอาหารและการรับประทาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค และผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีวิตามินซี (ผัก ผลไม้สด) และวิตามินดี (น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง) ซีลีเนียม (อาหารทะเล พวกลา) เนื่องจากมีสารต่อต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidants) ซึ่งมีส่วนช่วยในการป้องกันและต่อต้านการถูกทำลายของเนื้อเยื่อปอดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6.2 พยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน (Collaborator) โดยประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในการร่วมวางแผนให้การรักษาพยาบาลรวมถึงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านทั้งนี้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการตั้งเป้าหมายในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับผู้ป่วย (พรณิภา สืบสุข, 2554) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ในปี 2559 พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีผลต่อการลดจำนวนครั้งของการใช้บริการสุขภาพซึ่งประเมินจาก จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกฉุกเฉินก่อนวันนัดโดยพบว่าจำนวนครั้งของการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าจำนวนครั้งของการใช้บริการ สุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด น้อยกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยโดยรู้สึกว่าการตนเองยังมีความสำคัญต่อครอบครัวและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

ดังนั้นการที่จะลดปัญหาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตัวผู้ป่วยเอง และ ครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยเองได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับภาวะของโรคทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนอกจากนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพ ควรมีการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติเพื่อให้การพยาบาลมีบทบาท สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับท้องถิ่นและระดับชาติและมีผลกระทบอย่างมากต่อสังคมและสังคมที่อยู่รอบข้างหรือการลดความเสี่ยงของโรคต่างๆโดยผู้ป่วยและญาติมีความตระหนัก ในการดูแลสุขภาพและปรับปรุงคุณภาพชีวิตสนับสนุนฟื้นฟูและการรักษาสุขภาพผู้ป่วยและการมารับการรักษาต่อเนื่องเพื่อให้การพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจและสังคมของบุคคลในวิธีที่ เป็นรูปแบบเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสภาพสุขภาพของแต่ละบุคคล

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4 กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 75 ปี สถานภาพ สมรส คู่ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ ไม่มี
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 4 ซอยพุทธบูชา 44 แขวง บางมด เขตทุ่งครุ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
เลขที่ทั่วไป 0162005563

วันที่รับมารับบริการ 26 มิถุนายน 2564 เวลา 8:30 น.

วันที่รับไว้ในการดูแล 26 มิถุนายน 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2564 รวม 5 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล : จากตัวผู้ป่วยเอง บุตรสาว และจากรายงานประวัติของผู้ป่วย
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : ไข้ ไอ เจ็บคอ เหนื่อย ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : การชักประวัติเมื่อ 1 สัปดาห์ก่อน มีลูกหลานเดินทางไปเยี่ยม
ผู้ป่วยป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อมา 1 วันมีอาการมีไข้สูง เจ็บคอ
ไอแห้งๆ หายใจเหนื่อย ปวดศีรษะ อ่อนเพลียรับประทานได้น้อย
จึงมาโรงพยาบาล

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ : ลักษณะทั่วไปเป็นชายไทยรูปร่างอ้วนผิวขาวรู้สึกตัวดีมาโดยตลอด
มีอาการ ไข้ ไอ เหนื่อยนอนยกศีรษะสูง ตามตอบรู้เรื่องมีไข้วัดสัญญาณชีพ
อุณหภูมิร่างกายได้ 38.5 องศา ความดัน 158/ 90 มิลลิเมตรปรอท อัตรา
การเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งมีโรคประจำตัว
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ต่อมลูกหมากโต

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเมื่อ 7 ปีที่แล้ว
และปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อ 3 ปีที่แล้ว รับการรักษาต่อเนื่อง ที่
โรงพยาบาลทรวงอก และต่อมาย้ายมารักษา ที่โรงพยาบาลเลิดสิน
เมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา 5 ปีก่อนแน่นหน้าอกเหนื่อยหอบมากและรักษา
เป็นผู้ป่วยในจำนวน 5 ครั้ง ผ่าตัดต่อมลูกหมากโตเมื่อ ปี 2560
และผ่าตัดต่อกระเพาะ เมื่อปี 2562 ปฏิเสธการประสบอุบัติเหตุ
ปฏิเสธการใช้ยาต้ม ยาขุด ยาหม้อ ยาสมุนไพร ได้รับวัคซีนป้องกัน
โรคไข้หวัดใหญ่ เมื่อ เดือน กรกฎาคม 2562 และ กรกฎาคม 2563

ประวัติการใช้สารเสพติด : เมื่อ 54 ปีก่อนเคยสูบบุหรี่มาวันละ 1 ซอง และลดปริมาณลงเรื่อยๆ
และหยุดสูบบุหรี่มาได้ 1 ปี แต่ปัจจุบันลูกสาวบอกกลับมาสูบบุหรี่
วันละ 1-3 มวน

ประวัติการใช้สารเสพติด : เมื่อ 54 ปีก่อนเคยสูบบุหรี่มาวันละ 1 ซอง และลดปริมาณลงเรื่อยๆ และ
หยุดสูบบุหรี่มาได้ 1 ปี แต่ปัจจุบันลูกสาวบอกกลับมาสูบบุหรี่ วันละ 1-3 มวน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง

ประวัติการแพ้ (ยา อาหาร และสารเคมี) : ไม่มี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจ SARS-CoV-2(COVID-19) PCR : DETECTED

การประเมิน Lung function ล่าสุด 8 มกราคม 2564

FEV1 0.84 L (55% predicted)

FVC 1.73 L (86% predicted)

FEV1/ FVC 49% (61% predicted)

การแปลผล Moderate airflow without bronchodilator response

การวินิจฉัยโรค COPD c Coronavirus 2019

การพยาบาล.จุดคัดแยก เมื่อได้รับการประสานว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงทำการคัดแยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก แร่งดันลบโรคที่ห้องฉุกเฉิน ตามแผนการรักษาของโรงพยาบาลเลิดสิน (OPD-Flow Novel Coronavirus 2019)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ปี 2550 เมื่อทราบว่าป่วยได้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทรวงอกมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องโดยก่อนหน้านี้จะมีอาการป่วย ผู้ป่วยให้ประวัติสูบบุหรี่ทุกวันวันละ 1 ซองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 3 ปีที่แล้วย้ายที่อยู่มาอยู่กับลูก ที่กรุงเทพฯ จึงมารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเลิดสินในระหว่างที่เจ็บป่วยจะมีกรรยาหายใจเหนื่อยกำเริบจำนวน 6 ครั้ง ในปี 2559 ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายมีสาเหตุจากที่ตนเองสูบบุหรี่ ในอดีตหลังจากที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับคำแนะนำในการหลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่ง กระตุ้นแต่ก็ยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ปัจจุบันเมื่อรู้ว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่ม มากขึ้นข้อมูลสนับสนุน ผลตรวจปอด ค่า PFT Ratio 52.9 -48.7

FEV1 0.87(48%)-0.9(50%)

FVC 1.66(72%)-1.84(80%),

FEF(25-75%)15=17%

การแปลผล Moderate airflow without bronchodilator response

ผลตรวจ SARS-CoV-2(COVID-19) PCR DETECTED

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ

ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 78 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร

คำนวณ BMI เท่ากับ 28.7 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ภรรยาเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารทั้ง 3 เวลาโดยจะประกอบอาหารเองบ้าง และซื้ออาหารสำเร็จรูปบ้าง

ชอบรับประทานอาหารรสจัด ข้อมูลสนับสนุน Hct 39.5% อยู่ ในเกณฑ์ปกติ

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ถ่ายอุจจาระปกติ วันละ1ครั้ง ปัสสาวะวันละ 3-5 ครั้ง ในช่วงเวลาที่มีอาการหอบกำเริบ หายใจเหนื่อยหอบมาก บางวันไม่ถ่ายอุจจาระหรือถ่ายอุจจาระ 2 วัน/ครั้งเป็นบ่อยครั้งจนต้องพบแพทย์ที่โรงพยาบาลด้วยอาการจุกแน่นท้อง และท้องผูก

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงมากได้ เนื่องจากจะทำให้เหนื่อยมากขึ้น ช่วงเวลาที่ป่วยในเวลากลางวันผู้ป่วยจะอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ไม่ได้ออกนอกบ้านจะช่วยภรรยาทำงานบ้านเล็กน้อยๆ เช่น กวาดบ้าน ล้างจาน ส่วนการเลี้ยงแพะ ทำไร่ ทำนา ที่เคยทำ ตอนนี้ไม่ได้ไปทำแล้ว เลิกทำมาได้ 13 ปี ลูกสาวรับมาอยู่กรุงเทพ ไม่ได้ออกกำลังกาย

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

เวลากลางคืน นอนหลับปกติ เข้านอนเวลา 21.00 น. ตื่นนอนเวลา 05.00 น. นอนหลับปกติไม่ใช้ยานอนหลับ มีตื่นขึ้นมากลางดึก ด้วยอาการหอบบ้าง พ่นยา Berodual MDI (Fenoterol hydroxide) เวลากลางวัน นอนช่วงบ่ายทุกวัน วันละ 1- 2 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาการรับรู้และประสาทสัมผัส

การรับรู้ : ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งเร้าปกติ ความจำ,

การโต้ตอบ : ผู้ป่วยพูดคุยโต้ตอบปกติไม่สับสนความจำปกติจำบุคคลสถานที่และเวลาปกติ

การได้ยิน : ผู้ป่วยได้ยินเสียงไม่ค่อยชัด เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยต้องพูดคุย เสียงดังเพิ่มขึ้น

การพูด : ผู้ป่วยพูดคุยปกติ

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งจะมีปัญหาเรื่องอาการหอบกำเริบเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทั้งในเรื่องการสูบบุหรี่และเรื่องการใช้ยาผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงคิดว่าตนเองคิดถูกต้องในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาสามารถเลิกบุหรี่ได้เนื่องจากคิดว่าต้องดูแลตนเองเพื่อให้อาการของโรคได้เรื้อรัง ซึ่งเป็นการดูแลตนเองตามการเปี่ยมเบนทางสุขภาพ เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ กรณีดังกล่าวผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อมิให้เกิดอาการหอบกำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็ม แต่เมื่อรู้ว่าโรคนี้อาจไม่สามารถหายขาดได้ จึงหันกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ในครอบครัวผู้ป่วยอยู่กับภรรยาและบุตรสาวสัมพันธภาพของครอบครัวดีพอใช้ ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักส่วนบุตรสาวเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวและดูแลช่วยเหลือพามาตรวจตามนัด เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักที่ต้องเฝ้าและช่วยเหลือผู้ป่วยที่ โรงพยาบาล สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านดีไม่มีปัญหาขัดแย้งหรือทะเลาะกับเพื่อนบ้าน เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีญาติ และเพื่อนบ้านมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยอยู่กับภรรยา เนื่องจากการเจ็บป่วยจึงไม่มีเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด

เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นมาเรื้อรังและยาวนานทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ในการดูแลตนเองปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวันการปรับตัวกิจกรรมในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปรับตัวพอได้แต่มีบางครั้งคิดมากเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองทำให้หันกลับมาสูบบุหรี่ อีกซึ่งแต่เดิมสามารถเลิกบุหรี่ได้แล้วลูกสาวบอกว่า1ปีหลังกลับมาสูบบุหรี่อีกวันละ 3 ม้วนต่อวัน เพราะมีความเชื่อส่วนตัวว่าโรคที่เป็นไม่หายขาดส่วนภรรยาและบุตรได้พูดคุยเพื่อโน้มน้าวให้เลิกสูบบุหรี่ แต่ผู้ป่วยไม่ ยอมรับจึงยังสูบบุหรี่อยู่

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลาม มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในศาสนา เช่น ไปสุเหร่า ในวันสำคัญ แต่ไม่บ่อย เนื่องจากมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย บ่อยครั้ง

การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

วิตกกังวลโดยสังเกตอาการและการแสดงขณะตรวจผู้ป่วยมีความวิตกกังวล คีวขมวด พุดลูกพุดนั่ง

การตรวจร่างกาย

ผิวหนัง ผิวสีแทน ผิวหนังแห้ง มีการกระจายตัวของขนปกติ ไม่มีจ้ำเลือด
ผิวหนังอุ่น Good Skin Tugor

ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ ผมสั้นสีดำ มีผมหงอกขึ้นประปราย ไม่มีรังแค ไม่มีบาดแผล
กะโหลกศีรษะ สมมาตรทั้ง 2 ข้าง ไม่พบก้อนและมีการกดเจ็บ

ใบหน้า สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบก้อนและตำแหน่งของการกดเจ็บ

ตา สมมาตรทั้ง 2 ข้าง ไม่มีตาเหล่ ไม่มีตาโปน มองเห็นปกติ สายตาวาว แต่ยังไม่ได้ใส่แว่น

หู รูปร่างสมมาตรทั้ง 2 ข้าง ไม่มีก้อนเนื้อหรือการกดเจ็บ ไม่มี dischargeไหลออกมาจากหูได้ยินเสียงไม่ค่อยชัดเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยต้องพูดคุย เสียงดังเพิ่มขึ้น

จมูก สมมาตรทั้ง 2 ข้าง septum อยู่ในแนวกลาง ไม่มี discharge ไหลออกมา ไม่มีการกดเจ็บ

ปาก ไม่มีแผลที่ริมฝีปาก ปากแห้งเล็กน้อย ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน

คอ สมมาตร หลอดลมอยู่ในแนวกลางลำคอ ไม่มีก้อนหรือการกดเจ็บ

ต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองไม่บวมโต

ทางเดินหายใจ และทรวงอก	ทรวงอกรูปร่างปกติ diameter anterior-posterior : lateral = 1:2 ไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยในการหายใจ หายใจ 28 ครั้ง/นาที่ หายใจเร็ว เหนื่อย ต้านไม่พบก้อนหรือการกดเจ็บ ไม่มี discharge ออกจากห้วนม wheezing Both Lung poor air entry
หัวใจและหลอดเลือด	ไม่มีการโป่งพองของ Jugular vein มีการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มี Heaving, Bulging, Retraction, murmur ชีพจรที่แขนและขา เท่ากัน ทั้งสองข้าง
หน้าท้องและทางเดิน อาหาร	ท้องสมมาตร ฟังเสียง Bowel sound ได้ 8 ครั้งต่อนาที (ปกติ) ไม่พบก้อนหรือการกดเจ็บต่อน้ำเหลืองที่ขาหนีบไม่โต คลำตับไม่โต ไม่มีริดสีดวงทวาร
ระบบประสาท	ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่องมีการเคลื่อนไหวของแขนขาทั้งสองข้างปกติ E4M5V ระบบประสาททางการสัมผัสและการรับรู้ปกติ motor power grade 5 all
กล้ามเนื้อและกระดูก	ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าอกในการช่วยในการหายใจ กระดูกสันหลังเป็นรูปตัว S ไม่มีกระดูกสันหลังคดหรือโก่งงอ
ทางเดิน ปัสสาวะ และ อวัยวะสืบพันธุ์	ไม่มีแผลที่อวัยวะเพศ ไม่มีการบวมแดงหรืออักเสบ ไม่มี discharge

การประเมินสภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติบอกว่า ผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์ดีและใจดีไม่ค่อยโกรธ แต่ในระยะหลังเวลามีอาการหอบกำเริบมากขึ้นจะทำให้อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายเอาแต่ใจตัวเอง บางครั้ง มีสีหน้าวิตกกังวล และพูดคุยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนบ่อยครั้ง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล

26 มิถุนายน 2564 ผลตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19) PCR DETECTED

Target gene : ORF1ab gene and N gene

- ORF1ab gene CT 32.691

- N gene CT 28.566

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with covid 2019

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แนวทางการรักษาที่ได้รับ : จัดทำนอนศีรษะสูงตั้งไม้กันเตียงขึ้นวัดสัญญาณชีพวัดค่าออกซิเจนในเลือดให้ออกซิเจนเจาะปลายนิ้วดูปริมาณน้ำตาลในเลือด (DTX) เจาะเลือดส่ง x-ray ให้สารน้ำและยาตามแผน การรักษา

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. ไม่สุขสบายจากการใช้ ไอ เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม
2. วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็น และแผนการรักษา
3. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้อื่นในโรงพยาบาล
4. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ไม่สุขสบายจากการใช้ ไอ เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม เนื่องจากการแลกเปลี่ยนการดในถุงลมปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 28-36 ครั้ง/นาที มีไข้ 38.5 องศาเซลเซียส ไอบ่อย ได้รับยา

O: Lung wheezing Both Lungs O2 sat. = 94-96% Room Air บ่นหายใจไม่อิ่ม

O: Moderate airflow without bronchodilator response

เป้าหมาย : เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีภาวะ Cyanosis

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิในร่างกาย น้อยกว่า หรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส

โดยเฉพาะ อัตราการหายใจ = 16-24 ครั้ง/นาที X-ray chart : Lung clear

O2 sat. $\geq$ 92% Room Air

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย และอัตราการหายใจว่ามีหายใจเร็วและแรงขึ้นหายใจลำบากหรือใช้กล้ามเนื้อคอไห้ช่วยในการหายใจหรือไม่ และสังเกตอาการเขียวคล้ำ (cyanosis)

2. จัดทำให้อุณหภูมิของศีรษะสูงเพื่อทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงไม่ไปดันปอดทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปได้ดีขึ้น ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจให้ถูกต้องโดยหายใจเข้าลึกๆให้ท้องป่องแล้วค่อยๆผ่อนลมหายใจออกช้าๆจนหมดเพื่อฝึกกล้ามเนื้อกระบังลมให้แข็งแรงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นโดยเริ่มเดินในเวลาสั้นๆ 10-15 นาที แล้วค่อยๆเพิ่มเวลาจนถึง 30-40 นาที ต่อวัน

4. ผู้ป่วยสามารถทำได้ อาจเพิ่มแรงของการออกกำลังกายโดยการเดินให้เร็วขึ้นเพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจากการต้องนอนอยู่แต่ในบ้านมาเป็นผู้ที่สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านได้บ้าง

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมตามเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งประเมินอาการขณะพ่นยาสอนญาติและผู้ป่วยเรื่องการใช้อุปกรณ์ที่ถูกต้องโดยเฉพาะยาพ่น

6. สวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้านและเมื่อมีคนมาเยี่ยม

7. สอนการหายใจโดยให้ผู้ป่วยวิธีการหายใจแบบห่อปาก เริ่มจากจัดให้ผู้ป่วยนั่งโน้มตัวมาด้านหน้า เล็กน้อย ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุด ค้างไว้ประมาณ 3 – 4 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยต้องทำการห่อปากให้ลึกมากที่สุดและเป่าลมออกให้ช้าและยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้เมื่อหายใจออกจนหมดลมแล้วให้ทำการหายใจเข้าทางจมูกอีกครั้งและหายใจออกทางปากโดยการห่อปากเหมือนเดิมโดยการฝึกหายใจโดยการห่อปากนี้ควรจะทำประมาณ 6 - 8 ครั้งต่อรอบ และพักประมาณ 1 - 2 นาที แล้วจึงทำซ้ำอีก 2 รอบ การหายใจแบบนี้ผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

8. ประเมินอาการผู้ป่วยจากการฟังเสียงปอด ลักษณะการหายใจ อาการกระสับกระส่าย และวัดค่า O2 sat.

9. ติดตามและประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาโดยเฉพาะ SputumC/S,CXR เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไส้ลดลง ยังคงหายใจเหนื่อยหอบอยู่ อัตราการหายใจ = 30 ครั้ง/นาที O2 sat. = 93% Room Air No cyanosis No chest pain HR= 116 ครั้ง/นาที ไม่มีใจสั่นหลังพ่นยา ไอมีเสมหะขับออกได้

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็น และแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

○ : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล พุดลุกพุดนั่งบ่อย คอยมองหาลูกสาวตลอดเวลา

○ : ผู้ป่วยนอนหลับไม่หลับ

○ : ผู้ป่วยตรวจพบ SARS-CoV-2(COVID-19) PCR DETECTED ถูกกักตัวอยู่ในห้องแยก ห้ามญาติเยี่ยม

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเข้าใจโรคอย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสถานที่และสิ่งแวดล้อมได้

การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

2. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในห้องแยกได้

3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ผลงานวิชาการของนางสาวกัญญาพัชร ใจดี พยาบาลวิชาชีพ
ผลงานวิชาการของนางสาวกัญญาพัชร ใจดี พยาบาลวิชาชีพ

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตอาการและอาการแสดงข้อปฏิบัติสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลหลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการสับสนในด้วยด้วย ท่าทีและน้ำเสียงที่เป็นมิตร

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาที่เข้าใจง่ายส่งข้อมูลที่ผู้ป่วยสนใจและข้อมูลที่จำเป็นให้ผู้ป่วยอ่านหรืออ่านให้ผู้ป่วยฟังทำความเข้าใจ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและสาเหตุของความวิตกกังวล
3. ให้การพยาบาล ด้วยความนุ่มนวลและให้กำลังใจและยอมรับความรู้สึก ความคิดของผู้ป่วย
4. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย
5. แนะนำให้พูดคุยหรือแจ้งข่าวกับญาติทางโทรศัพท์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
6. สร้างความคุ้นเคยพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยทุกวันสม่ำเสมอสนทนากิจกรรมดูแลดูแลตัวเอง
7. แนะนำให้รับประทานยาและอาหารตามแผนการรักษา
8. ประเมินการนอนหลับพักผ่อน ระดับความวิตกกังวลจากอาการและอาการแสดง

การประเมินผล

ผู้ป่วยสีหน้าคลายความวิตกกังวลนอนหลับได้มากขึ้นประมาณ 6 ถึง 8 ชั่วโมงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นอย่างดีแพทย์ ญาติคลายความวิตกกังวลและ มีน้ำเสียงที่แจ่มใสมากขึ้นกว่าเดิม

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้อื่นในโรงพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน

○ : ผู้ป่วยตรวจพบSARS-CoV-2(COVID-19) PCR DETECTED

○ : ถูกกักตัวอยู่ในห้องแยก ที่ห้องฉุกเฉิน

เป้าหมาย

บุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ระบบการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีประสิทธิภาพ

การประเมิน

ไม่มีบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ระบบห้องแยกแรงดันลบทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและจัดระบบการปฏิบัติงานเพื่อลดการสัมผัสเชื้อได้เหมาะสมกับสภาพหอผู้ป่วย

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนทางในการเลือกรับผู้ป่วยจนถึงการให้การพยาบาลในแต่ละครั้งก่อนเข้าทำการพยาบาล

1. จัดเตรียมห้องสำหรับการเปลี่ยนชุด PPE (PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT) และการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เรียบร้อยก่อนที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วย
2. ปฐมนิเทศและการใส่ชุดและการถอดชุด PPE ชักซ้อมการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับการปฏิบัติต่อเนื่อง
3. จัดชุดอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลและไม่นำสิ่งของที่ใช้กับผู้ป่วยนอกห้องแยกเว้นการส่วนตัวที่มีการเตรียมอุปกรณ์ที่มีผู้ช่วยเหลือไปใส่ให้
4. จัดแยกชุดอุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพและวัดความอึดตัวของออกซิเจนสอนให้ผู้ป่วยทำการวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และวัดอุณหภูมิ ตั้งแต่แรกรับ
5. จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นเช่น แก้วน้ำดื่มกระดาษทิชชูสบู่และสปีนแปรงสีฟัน ผ้าเช็ดตัวผืนเล็กยาสระผมและที่ทิ้งขยะเสื้อผ้าใช้แล้วในถังที่จัดไว้ในห้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้เจ้าหน้าที่ ทำให้ต้องจัดแยกอุปกรณ์ต่างๆเช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยทำ
6. อธิบายและชวนผู้ป่วยการปฏิบัติตัวขณะนอนพักในห้องแยกแรงดันลบเน้นไม่ให้ผู้ป่วยออกจากห้องและสอนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่
7. จำกัดการพยาบาลผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นโดยรวบรวมการปฏิบัติกิจกรรมหลายอย่างที่สามารถปฏิบัติในเวลาเดียวกันได้เพื่อลดการสัมผัสกับผู้ป่วย
8. ตรวจสอบระบบและเตรียมความพร้อมสำหรับห้องแยกโรคแรงดันลบอย่างสม่ำเสมอ
9. ประสานการรับส่งผู้ป่วยจากจุดคัดแยกไปยังห้องฉุกเฉินโดยทำตามการประเมินผลระบบห้องแยกแรงดันลบใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามปกติไม่มีเจ้าหน้าที่และบุคลากรของโรงพยาบาลติดเชื้อติดโรคจากผู้ป่วย

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ลูกสาวบอก”พ่อเป็นคนดีไม่ยอมสวมหน้ากาก”ขณะอยู่บ้านเวลาญาติพี่น้องมาเยี่ยมตามประเพณี ต้องมีการลูบมือ และสวมกอด
- O : ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวป่วย ใน 1 ปีที่ผ่านมา เข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบของโรคจำนวน 6 ครั้ง
- O : ผู้ป่วยต้องทานยา Favipiravir ในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- S : ผู้ป่วยใช้ยา symbicort เป็น prn ไม่ได้ใช้ยาทุกวัน และมักจะใช้ยาBerodual MDI เป็นหลักมากกว่าใช้ symbicort เนื่องจากทำให้หายหอบเร็วกว่าจึงใช้มากกว่า

เป้าหมาย

เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดเรื้อรังและติดเชื้อไวรัส 2019

การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคผู้ป่วยต้องไม่กลับมา Admit ด้วยอาการกำเริบของโรคเดิมอีกอาการเหนื่อยหอบลดลง ไม่พบอาการแพ้ยา

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำและอธิบายอาการ และการดำเนินไปของโรค ปิดกั้นเชื้อรังและโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้แก่ผู้ป่วย และญาติฟัง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินไปของโรค
2. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบแนะนำ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติเช่น การพ่นยาที่บ้านที่ถูกวิธีการเลือกรับประทานอาหารการทำกิจกรรมต่างๆการออกกำลังกายการหายใจที่ถูกวิธีเป็นต้น
3. แนะนำการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย
4. เสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง
5. สอนการหายใจโดยให้ผู้ป่วยวิธีการหายใจแบบห่อปาก เริ่มจากจัดให้ผู้ป่วยนั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุด ค้างไว้ประมาณ 3 - 4 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยต้องทำการห่อปากให้ลึกมากที่สุดและเป่าลมออกให้ช้าและยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้เมื่อหายใจออกจนหมดลมแล้วให้ทำการหายใจเข้าทางจมูกอีกครั้งและหายใจ ออกทางปากโดยการห่อปากเหมือนเดิม โดยการฝึกหายใจโดยการห่อปากนี้ ควรจะทำประมาณ 6-8 ครั้งต่อรอบ และพักประมาณ 1 - 2 นาที แล้วจึงทำซ้ำอีก 2 รอบ การหายใจแบบนี้ผู้ป่วย สามารถทำได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย
6. ให้เอกสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน
7. อธิบายการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหายใจหอบการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง การป้องกันไข้หวัด
8. แนะนำให้สวมหน้ากากและอยู่ในที่โล่งหายใจสะดวก แนะนำให้คนเข้าเยี่ยมสวมแมส และล้างมือก่อนพบผู้ป่วย
9. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการดำเนินไปของโรค แต่ผู้ป่วยยังไม่ยอมเลิกสูบบุหรี่ ไม่ยอมสวมแมส ญาติพี่น้องมาเยี่ยมกันทุกวันลูกสาวได้เตรียมหน้ากากและแอลกอฮอล์สเปรย์ให้ญาติคนทีมาเยี่ยมนอกจากนี้ในวันที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย(ทางโทรศัพท์)พบว่าบริเวณรอบๆบ้านผู้ป่วยยังมีการเผาเศษหญ้าใบไม้บ่อยครั้งทำให้มีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบได้ ญาติคอยช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน

การติดตามเยี่ยม

ทาง โทรศัพท์ในวันที่ 1 และวันที่ 6 กรกฎาคม 2564 เนื่องด้วยอยู่ใน สถานการณ์โควิด การเยี่ยมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน ทางโทรศัพท์จึงมีความสำคัญ ควรประกอบด้วยคำถามที่ครอบคลุมด้านสุขภาพทั่วไป อาการของโรค และการปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำทางการแพทย์ ดังนี้:

1. การหายใจและอาการทั่วไป

- อาการหายใจเป็นอย่างไรบ้าง? หายใจลำบากขึ้นหรือไม่?
- ยังมีอาการไอหรือเจ็บคออยู่หรือไม่?
- มีอาการไข้หรือไม่? วัดอุณหภูมิได้เท่าไร?

2. อาการและภาวะแทรกซ้อน

- มีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่?
- รู้สึกเหนื่อยง่ายมากขึ้นหรือไม่?
- มีอาการบวมที่ขาหรือเท้าหรือไม่?

3. การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

- รับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างไรบ้าง?
- มีปัญหาในการใช้ยาหรือไม่?
- ได้ทำการบริหารร่างกายตามคำแนะนำหรือไม่?

4. การดูแลตนเองและสภาพแวดล้อม

- การดูแลตนเองเป็นไปได้อย่างไรบ้าง?
- มีคนช่วยเหลือหรือดูแลในบ้านหรือไม่?
- สภาพแวดล้อมในบ้านเป็นอย่างไรบ้าง? มีความสะอาดและปลอดภัยหรือไม่?

5. ความรู้สึกและจิตใจ

- รู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองหรือไม่?
- มีปัญหาการนอนหลับหรือไม่?

การถามคำถามเหล่านี้สามารถช่วยให้คุณติดตามสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้คำแนะนำหรือส่งเสริมการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

การให้คำแนะนำ

1. การดูแลสุขภาพทั่วไป

- การหายใจ : แนะนำให้ผู้ป่วยทำการฝึกหายใจเข้าและลึก เพื่อช่วยให้ปอดทำงานได้ดีขึ้น
- การพักผ่อน : ให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากเกินไป
- การดื่มน้ำ : ควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยให้เสมหะบางและขับออกได้ง่ายขึ้น

2. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

- การใช้ยา : ให้ผู้ป่วยรับประทานยาและใช้ยาฟันตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด อาการแพ้ยา
- การติดตามอาการ : หากมีอาการแย่ลง เช่น หายใจลำบากมากขึ้น หรือมีไข้สูง ควรติดต่อแพทย์ทันที
- การตรวจวัดอาการ : แนะนำให้วัดอุณหภูมิและวัดความดันโลหิตเป็นประจำ

3. การดูแลด้านจิตใจ:

- การลดความเครียด : แนะนำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือฝึกสมาธิ
- การสนับสนุนจากครอบครัว : ให้ครอบครัวช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย

4. การดูแลสภาพแวดล้อม:

- ความสะอาด : ให้ทำความสะอาดบ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบริเวณที่ผู้ป่วยใช้งานบ่อย
- การระบายอากาศ: ควรเปิดหน้าต่างเพื่อให้มีการระบายอากาศที่ดี

5. การเฝ้าระวังอาการ :

- การสังเกตอาการ: หากมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ไอมากขึ้น เจ็บหน้าอก หรืออาการอื่นๆ ที่แย่ลง ควรติดต่อแพทย์ทันที
- การติดตามอาการ: ให้ผู้ป่วยรายงานอาการกับแพทย์หรือพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 67 ปี สถานภาพ สมรส คู่ จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ รับจ้าง
ที่อยู่ปัจจุบัน 360/294-297 ซ.แฉล้มนิมิตร ต.บางโคล่ อ.บางคอแหลม จ.กรุงเทพฯ
เลขที่ทั่วไป 0156039940

วันที่รับมารับบริการ 28 มิถุนายน 2564 เวลา 9:30 น.

วันที่รับไว้ในการดูแล 28 มิถุนายน 2564 วันสิ้นสุดการดูแล 30 มิถุนายน 2564

- แหล่งที่มาของข้อมูล** : จากตัวผู้ป่วยเอง ภรรยา และจากรายงานประวัติของผู้ป่วย
- อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล** : ไข้ ไอ เจ็บคอ
- ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน** : 5 วันก่อน ไปช่วยขายผักในตลาดไม่ได้สวมหน้ากาก 4 วัน
ก่อนมีอาการเจ็บคอ ปวดเมื่อยทั่วตัว มีไข้ต่ำๆ กินยาพารา 2 เม็ด
แล้วไม่ดีขึ้นวันนี้ไข้สูง หนาวสั่น ไอ เจ็บคอ แล้วเหนื่อยมากขึ้น
จึงมาโรงพยาบาล
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** : เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 9 ปีที่แล้วได้รับการรักษาต่อเนื่อง
โรงพยาบาลเลิดสิน เคยนอนรักษาโรงพยาบาลด้วยอาการหอบ
กำเริบ 1 ครั้ง เมื่อ 4 ปี (2563) มีความดันโลหิตสูง ไขมันใน
เลือดสูง และต่อมลูกหมากโตมาตรวจตามแพทย์รับไม่เคยขาดยา
- การประเมิน สภาพร่างกายแรกรับ** : ลักษณะทั่วไปเป็นชายไทยรูปร่างสมส่วนผิวดำแดง รู้สึกตัวดีมา
โดยรถนั่ง มีอาการ มีไข้ ไอ ถามตอบรู้เรื่องมีไข้วัดสัญญาณชีพ
อุณหภูมิร่างกาย 39.8°C ชีพจร 105 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
122/81 mmHg อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที
- ประวัติการใช้สารเสพติด** : สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 26 ปี สูบวันละ 3 ซอง เป็นเวลา 34 ปี
และเลิกสูบบุหรี่ได้ 6 ปี
- ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว** : บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง
- ประวัติการแพ้** : (ยา อาหารและสารเคมี) ปฏิเสธการแพ้ ยา อาหาร หรือสารอื่นๆ
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจ SARS-CoV-2(COVID-19) PCR DETECTE**
- ประเมินสภาพร่างกายแรกรับ** : ผู้ป่วยมาด้วยรถนั่งรู้สึกตัวดีมีอาการอ่อนเพลีย ไข้ ไอ เหนื่อย

การประเมิน Lung function ล่าสุด 8 มกราคม 2564

FEV1 0.84 L (55% predicted)

FVC 1.73 L (86% predicted)

FEV1/ FVC 49% (61% predicted)

การแปลผล Moderate airflow without bronchodilator response

การวินิจฉัยโรค COPD c Coronavirus 2019

การคัดแยกและให้การพยาบาล ณ จุดคัดแยก

เมื่อได้รับการประสานว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงทำการคัดแยกผู้ป่วยเข้าห้องแยกแรงดันลบโรคที่ห้องฉุกเฉินตามแผนการรักษาของโรงพยาบาลเลิดสิน (OPD-Flow Novel Coronavirus 2019)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ปี 2560 รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเลิดสิน เมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ทำให้คิดที่จะเลิกบุหรี่และสามารถ เลิกบุหรี่ได้หลังจากรู้ว่าเป็นโรคปอดประมาณ 5-6 เดือน

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ

ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 58 กิโลกรัม สูง 166 เซนติเมตร คำนวณค่า BMI เท่ากับ 21.87 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติภรรยาและลูกสาวเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารทั้ง 3 เวลาส่วนใหญ่ซื้ออาหารสำเร็จรูป เนื่องจากร้านอาหาร ตลาดอยู่ใกล้บ้าน ส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทผัด และทอด

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 3 - 5 ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยสามารถช่วยลูกสาวจัดเตรียมผักสดเพื่อนำไปขายที่ตลาดได้บางครั้งไปช่วยเฝ้าร้านขายผักที่ตลาดแต่ไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงมากได้ในช่วงที่มีอาการของโรคใหม่ๆแต่เมื่อเลิกบุหรี่ได้อาการเหนื่อย เวลาออกแรงจะลดลง ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำแต่ผู้ป่วยคิดว่าการทำงาน เช่นการยกของหรือการขนของช่วยลูกสาวเพื่อไปขายที่ตลาดเป็นการออกกำลังกายได้ ในเวลากลางวันจะช่วยลูกสาวและภรรยาทำงานบ้านเล็กน้อยๆ เช่น กวาดบ้าน ล้างจาน ซึ่งสามารถทำได้โดยไม่มีอาการเหนื่อย

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

เวลากลางคืน นอนหลับปกติ เข้านอนเวลา 20.00 น. ตื่นนอนเวลา 05.00 น. นอนหลับปกติ ไม่ใช้ยานอนหลับ นอนหลับสนิท เวลากลางวัน นอนช่วงบ่ายทุกวัน วันละ 1-2 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาการรับรู้และประสาทสัมผัส

การรับรู้ : ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งเร้าปกติ

ความจำ การโต้ตอบ : ผู้ป่วยพูดคุยโต้ตอบปกติไม่สับสนความจำปกติ จำบุคคลสถานที่และเวลาปกติ

การได้ยิน : ผู้ป่วยได้ยินเสียงชัดเจนดี

การพูด : ผู้ป่วยพูดคุยปกติ

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยรู้สึกพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัวถึงแม้ว่าปัจจุบันจะไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อนยอมรับในข้อจำกัดของตนเองที่ไม่สามารถทำงานที่ต้องใช้แรงมากได้ แต่ก็ยังสามารถช่วยลูกสาวทำมาหากินได้ และรู้ว่าเป็นที่รักของภรรยา และลูกสาว

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยอยู่กับภรรยาและบุตรสาวสัมพันธภาพของครอบครัวดี ภรรยาและลูกสาวช่วยกันดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านดี ไม่มีปัญหาขัดแย้ง หรือทะเลาะ กับเพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านให้ความรักนับถือ

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยอยู่กับภรรยา เนื่องจากการเจ็บป่วยจึงไม่มีเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด

ถึงแม้ผู้ป่วย เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน แต่ผู้ป่วยและญาติ รับรู้ และยอมรับการเจ็บป่วย ภรรยาและลูกสาวพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยมาตลอดมีบางครั้งรู้สึกเครียดกับอาการป่วยของตนเอง เนื่องจากไม่ สามารถทำงานได้เต็มที่เหมือนเมื่อก่อน แต่เมื่อมีการพูดคุยกับภรรยา และลูกสาวก็ทำให้อาการเครียด ลดลงได้

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธไปวัดเกือบทุกวันพระเนื่องจากวัดอยู่ใกล้บ้าน และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ มีพื้นที่ไม่ห่างไกลมาก ทำให้การเดินทางไปวัดไม่ทำให้เหน็ดเหนื่อยการประเพณีสงกรานต์ รำวง รำไทย จิตใจ และสังคม

ประเมินวันที่ 28 มิถุนายน 2564 เวลา 09.30 น.

ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี นั่งรอหน้าห้องตรวจเพื่อรอพบแพทย์ รู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่องมีไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O₂ sat 94% Room Air อุณหภูมิ = 39.8 °C ชีพจร = 105 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 122/81 mmHg การประเมิน Lung function ล่าสุด 11 พฤศจิกายน 2563
FEV1 3.24 L (77% predicted)
FVC 4.27 L (71% predicted)
FEV1/ FVC 75% (83% predicted)
การแปลผล Mild obstructive defect with bronchodilator response
ผลตรวจ SARS-CoV-2(COVID-19) PCR DETECTED

การตรวจร่างกาย

ผิวหนัง : ผิวสีดําแดง ไม่มีรอยแตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม ผิวหนังชุ่มชื้นดี เล็บมือสะอาด ตัดสั้นไม่ซีด ไม่มีนิ้วปม

ศีรษะ : ใบหน้า และลำคอ

ผม : สั้นสีดำสลัวขาว เส้นผมแห้ง ไม่มีรังแค ไม่มีบาดแผล ไม่พบก้อนและมีการกดเจ็บ

ใบหน้า : สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบก้อนและตำแหน่งของการกดเจ็บ

ตา : สมมาตรทั้ง 2 ข้าง ไม่มีตาเหลือง ไม่มีตาโปน ไม่มีหนังตาตกมองเห็นปกติ

หู : รูปร่างสมมาตรทั้ง 2 ข้าง ไม่มีก้อนเนื้อหรือการกดเจ็บ ไม่มี discharge ไหลออกมาจากหู ได้ยินเสียงไม่ค่อยชัด เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยต้องพูดคุ้ย เสียงดังเพิ่มขึ้น

จมูก : สมมาตรทั้ง 2 ข้าง septum อยู่ในแนวกลาง ไม่มี discharge ไหลออกมา ไม่มีอาการกดเจ็บ

ปาก : ไม่มีแผลที่ริมฝีปาก ปากแห้งเล็กน้อย ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน

คอ : สมมาตร หลอดลมอยู่ในแนวกลางลำคอ ไม่มีก้อนหรือการกดเจ็บ

ต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่บวมโต

ทางเดินหายใจและทรวงอกทรวงอกรูปร่างปกติ

: ไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยในการหายใจ หายใจ 28 ครั้ง/นาที หายใจเร็วเหนื่อย เต้นไม่พบก้อนหรือการกดเจ็บไม่มี discharge ออกจากห้วนม

หัวใจและหลอดเลือด

: ไม่มีการโป่งพองของ Jugular vein มีการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอไม่มี Heaving, Bulging, Retraction, murmur ซิฟฟรที่แขนและขาเท่ากัน ทั้งสองข้าง

หน้าท้องและทางเดินอาหาร

: ไม่พบก้อนหรือการกดเจ็บ ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบไม่โตคล้ำดำไม่โต ไม่มีริดสีดวงทวาร

ระบบประสาท

: ระดับความรู้สึกตัวดีพูดคุยถามตอบรู้เรื่องมีการเคลื่อนไหวของแขนขาทั้งสองข้างปกติ E4M5V6ระบบประสาททางการสัมผัสและการรับรู้ปกติ motor power grade 5 all

กล้ามเนื้อและกระดูก

: ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าอกในการช่วยในการหายใจกระดูกสันหลังเป็นรูปตัว S ไม่มีกระดูก สันหลังคดหรือโก่งอ

ทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

: ไม่มีแผลที่อวัยวะเพศ ไม่มีการบวมแดงหรืออักเสบ ไม่มี discharge

การประเมินสภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ

: เป็นคนอารมณ์ดี ใจเย็น ใจดี มีเหตุมีผล เป็นบางครั้ง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล

29 มิถุนายน 2564 ผลตรวจ SARS-CoV-2(COVID-19) PCR DETECTED

Target gene : ORF1ab gene and N gene

- ORF1ab gene CT 21.934

- N gene CT 21.246

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) COVID

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แนวทางการรักษาที่ได้รับ : วัดสัญญาณชีพวัดค่าออกซิเจนในเลือดให้ออกซิเจนเจาะปลายนิ้วดูปริมาณน้ำตาลในเลือด(DTX)เจาะเลือดส่งx-ray ประสานงานติดต่อกลับห้องฉุกเฉินใช้ห้องแยกตามแผนปฏิบัติของโรงพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. ไม่สุขสบายจากอาการไข้ ไอเหนื่อยหอบหายใจไม่อิ่มเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรค
2. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคและการรักษา
3. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้อื่นในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ไม่สุขสบายจากอาการไข้ ไอเหนื่อยหอบหายใจไม่อิ่มเนื่องจากการแลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลมลดลงจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที มีไข้ 39.8 องศาเซลเซียส ไอบ่อย ได้รับยา
- : Lung wheezing Both Lungs O2 sat. = 94% Room Air ปั่นหายใจไม่อิ่ม
- : Moderate airflow without bronchodilator response

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไม่มีไข้
2. ได้รับการกักตัวอยู่ในห้องแยกกันและเฝ้าระวังอาการจนครบกำหนดเวลา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเพิ่มขึ้นหายใจสะดวก

เกณฑ์การประเมิน

ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีภาวะ Cyanosis สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิในร่างกาย น้อยกว่า หรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส โดยเฉพาะอัตรา การหายใจ = 16-24 ครั้ง/นาที

ผล X-ray chart : Lung clear

O2 sat. ≥92% Room Air

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย และอัตราการหายใจว่ามีหายใจเร็วและแรงขึ้น หายใจลำบากหรือใช้กล้ามเนื้อคอไหล่ ช่วยในการหายใจหรือไม่ และสังเกตอาการ cyanosis

2. จัดทำให้อุณหภูมิร่างกายอบอุ่นเพื่อทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ไม่ไปดันปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนแก๊สเป็นไปได้ดีขึ้น ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ฝึกหัดให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจให้ถูกต้องโดยหายใจเข้าลึกๆให้ท้องป่องแล้วค่อยๆผ่อนลมหายใจออกช้าๆจนหมดเพื่อฝึกกล้ามเนื้อกระบังลมให้แข็งแรงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นโดยเริ่มเดินในเวลาสั้นๆ 10-15 นาทีแล้วค่อยๆเพิ่มเวลาจนถึง 30 ถึง 30 นาทีต่อวัน

4. ผู้ป่วยสามารถทำได้อาจเพิ่มแรงของการออกกำลังกายโดยการเดินให้เร็วขึ้นเพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจากการต้องนอนอยู่แต่ในบ้านมาเป็นผู้ที่สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านได้บ้าง

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมตามเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งประเมินอาการขณะพ่นยาสอนญาติและผู้ป่วยเรื่องการใช้อุปกรณ์ที่ถูกต้องโดยเฉพาะยาพ่น

6. สวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้านและเมื่อมีคนมาเยี่ยม

7. สอนการหายใจโดยให้ผู้ป่วยวิธีการหายใจแบบห่อปากเริ่มจากจัดให้ผู้ป่วยนั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกมากที่สุด ค้างไว้ประมาณ 3 - 4 วินาที จากนั้นหายใจออกทางปาก โดยผู้ป่วยต้องทำการห่อปากให้ลึกมากที่สุดและเป่าลมออกให้ช้าและยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้เมื่อหายใจออกจนหมดลมแล้วให้ทำการหายใจเข้าทางจมูกอีกครั้งและหายใจออกทางปากโดยการห่อปากเหมือนเดิมโดยการฝึก หายใจโดยการห่อปากนี้ควรจะทำประมาณ 6 - 8 ครั้งต่อรอบและพักประมาณ 1 - 2 นาที แล้วจึงทำซ้ำอีก 2 รอบ การหายใจแบบนี้ผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

8. ประเมินอาการผู้ป่วยจากการฟังเสียงปอด ลักษณะการหายใจ อาการกระสับกระส่าย และวัดค่า O2 sat.

9. ติดตามและประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาโดยเฉพาะ Sputum C/S ,CXR เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

10. ดูแลให้ยาลดไข้เมื่อมีไข้และให้ยา Favipiravir 200 mgตามแผนการรักษาของแพทย์และ อธิบายและให้สังเกตอาการข้างเคียงหลังจากได้รับยา

11. แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆเพื่อ ลดไข้ ลดอาการไอและละลายเสมหะ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไข้ลดลง ยังคงหายใจเหนื่อยหอบอยู่ อัตราการหายใจ = 22 ครั้ง/นาที O2 sat. = 95% Room Air No cyanosis No chest pain HR=100 ครั้ง/นาที ไม่มีใจสั่นหลังพ่นยา ไอมีเสมหะขับออกได้ ไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Favipiravir

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคและการรักษา
ข้อมูลสนับสนุน

○ : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลและกลัวจะติดเชื้อที่ปอดตลอดเวลาว่าภรรยาและลูกจะติดไหม

S : บ้านเป็นตึกแถวห้องพักอยู่ชั้นสองจะกลับไปอยู่บ้านคนที่บ้านจะติดไหม

○ : ฟังข่าวและอ่านข้อมูลทาง Social/Internet จนเกิดความกลัว

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความกังวลลดลงและมีความเข้าใจกับโรคอย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสภาวะความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นอย่างดี
3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อย 6 ถึง 8 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตอาการและการแสดงซีกประวัติสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลหลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการสับสนโดยท่าทีและน้ำเสียงที่เป็นมิตร
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาผลข้างเคียงของการรักษาที่เข้าใจง่าย ส่งข้อมูลที่เข้าใจง่ายที่ผู้ป่วยสนใจและข้อมูลที่จำเป็นที่ผู้ป่วยอ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ /ออนไลน์ / LINE ให้ผู้ป่วยอ่านทำความเข้าใจ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกสำรวจความคิดและสาเหตุของความวิตกกังวล
4. หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นเช่นการอ่านหรือการรับรู้ข้อมูลการวิจารณ์ในโซเชียลมีเดียหรือการโต้ตอบของผู้อื่นในอินเทอร์เน็ต
5. ให้การพยาบาลด้วยความ นุ่มนวล ให้กำลังใจและยอมรับความความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย
7. แนะนำการฟังเพลงดูภาพยนตร์หรือคุยโทรศัพท์กับญาติเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลและเบี่ยงเบนความสนใจจากปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่
8. แนะนำให้พูดคุยหรือแจ้งข่าวกับญาติทางโทรศัพท์เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ
9. สร้างความคุ้นเคยและพูดคุยกับผู้ป่วยทุกวันสม่ำเสมอสอนการทำกิจกรรมการดูแลตัวเองในขณะที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน
10. ให้ยาช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและแนะนำวิธีการกินยาและอาการข้างเคียงของยาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา
11. ประเมินการนอนหลับของผู้ป่วยและระดับความวิตกกังวลจากอาการและการแสดง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการคลายความวิตกกังวลดูจากสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสได้มากขึ้นและเข้าใจมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลมีการกล่าวคำขอบคุณหลังจากการให้การพยาบาลสามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากกว่า 6 ชั่วโมงผู้ป่วยไม่ได้มีอาการง่วงนอนตามที่ได้นะแนยมีอาการเหนื่อยง่ายหลังทำกิจกรรมแต่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงได้ เดินได้แค่ระยะใกล้

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้อื่นในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยตรวจพบ SARS-CoV-2(COVID-19) PCR DETECTED
- : ถูกกักตัวอยู่ในห้องแยก ที่ห้องฉุกเฉิน
- S : บ้านเป็นตึกแถว มีคนอยู่หลายคน ห้องนอนอยู่ชั้น 2

เป้าหมาย

- บุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019
- ระบบการ ควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีประสิทธิภาพ

การประเมิน

ไม่มีบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ระบบห้องแยกแรงดันลบทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและจัดระบบการปฏิบัติงานเพื่อลดการสัมผัสเชื้อได้เหมาะสมกับสภาพหอผู้ป่วย เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ชีวิตและการป้องกันตนเองและคนรอบข้างที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแนวทางในการเลือกรับผู้ป่วยจนถึงการให้การพยาบาลในแต่ละครั้งก่อนเข้าทำการพยาบาล
2. จัดเตรียมห้องสำหรับการ เปลี่ยนชุดPPE(Personal Protective Equipment) และการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เรียบร้อยก่อนที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วย
3. แนะนำและการใส่ชุดและการถอดชุดPPE ชักซ้อมการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนการปฏิบัติต่อเนื่อง
4. จัดชุดอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลและไม่นำสิ่งของที่ใช้กับผู้ป่วยนอกห้องยกเว้นการส่วนตัวที่มีการเตรียมอุปกรณ์ที่มีผู้ช่วยเหลือไปใส่ให้
5. จัดแยกชุดอุปกรณ์การวัดสัญญาณชีพและวัดความอึดตัวของออกซิเจนสอนให้ผู้ป่วยทำการวัดออกซิเจนปลายนิ้วและวัดอุณหภูมิตั้งแต่แรกรับ
6. จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นเช่น แก้วน้ำดื่มกระดาษทิชชูสบู่และสียฟันทันเปรงสียฟันทันฝ้าเช็ดตัว ผืนเล็กยาสระผมและที่ทิ้งขยะเสื่อผ้าใช้แล้วในถังที่จัดไว้ในห้องในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้เจ้าหน้าที่ทำให้อีกก็ต้องจัดแยกอุปกรณ์ต่างๆเช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยทำ
7. อธิบายและชวนผู้ป่วยการปฏิบัติตัวขณะนอนพักในห้องแยกแรงดันลบเน้นไม่ให้ผู้ป่วยออกจากห้องและสอนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่
8. จำกัดการพยาบาลผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นโดยรวบรวมการปฏิบัติกิจกรรมหลายอย่างที่สามารถ ปฏิบัติในเวลาเดียวกันได้เพื่อลดการสัมผัสกับผู้ป่วย
9. ตรวจสอบระบบและเตรียมความพร้อมสำหรับห้องแยกโรคแรงดันลบอย่างสม่ำเสมอ
10. ประสานการรับส่งผู้ป่วยจากจุดคัดแยกไปยังห้องฉุกเฉินโดยทำตาม
11. อธิบายขั้นตอนและการดูแลตนเองขณะกลับไปอยู่บ้านและอยู่กับครอบครัวป้องกันตนเองและป้องกันคนในครอบครัวติดโรค

การประเมินผล

- ระบบห้องแยกแรงดันลบใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามปกติ
- ไม่มีเจ้าหน้าที่และบุคลากรของโรงพยาบาลเกิดติดเชื้อจากผู้ป่วย
- เข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและป้องกันไม่ให้ผู้อื่นติดโรคจากตนเอง

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
- S : ผู้ป่วยและญาติถามถึงอาการของโรค กังวลกลัวหอบมากอีก

เป้าหมาย

เพื่อลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส
2. ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตรยิ้มแย้มแจ่มใสเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจและ คลายความกังวล
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความในใจเกี่ยวกับการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเป็นผู้ฟังที่ดี
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้แก่สาเหตุอาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
4. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยมีการนัดหมายล่วงหน้าทุกครั้ง

ประเมินผล

อยู่ในช่วงสถานการณ์โควิดจึงไม่สามารถไปเยี่ยมที่บ้านได้จึงโทรเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแทนในวันที่ 1 และ 5 กรกฎาคม 2564 ผู้ป่วยและญาติกำลังนั่งดูทีวีเมื่อผู้ป่วยได้คุยโทรศัพท์ที่มีน้ำเสียงแจ่มใสเมื่อสอบถามถึง อาการของโรค ผู้ป่วยและญาติพูดคุยด้วยน้ำเสียงสดใส และบอกว่าหลังจากไปรับยาตามนัดครั้งสุดท้าย ไม่มีอาการหอบอีกเลย บอกว่าเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ได้สูบบุหรี่ก็เลยไม่เหนื่อยมาก เมื่อก่อนตอนยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ ทำงานแป๊บเดียวก็ต้องหยุดเพราะเหนื่อยผู้ป่วยบอกว่าทำใจยอมรับการเป็นโรคได้แล้วตอนนี้สามารถช่วยงาน ทางบ้านได้มากขึ้น คิดว่าจะดูแลตัวเองให้ดีที่สุด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การติดตามเยี่ยม

เนื่องด้วยอยู่ใน สถานการณ์โควิด การเยี่ยมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับไปพักรักษาตัวที่บ้านทางโทรศัพท์จึงมีความสำคัญควรประกอบด้วยคำถามที่ครอบคลุม ด้านสุขภาพทั่วไป อาการของโรค และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ดังนี้ :

1. การหายใจและอาการทั่วไป
 - อาการหายใจเป็นอย่างไรบ้าง? หายใจลำบากขึ้นหรือไม่?
 - ยังมีอาการไอหรือเจ็บคออยู่หรือไม่?
 - มีอาการไข้หรือไม่? วัดอุณหภูมิได้เท่าไร?
2. อาการและภาวะแทรกซ้อน
 - มีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่?
 - รู้สึกเหนื่อยง่ายมากขึ้นหรือไม่?
 - มีอาการบวมที่ขาหรือเท้าหรือไม่?
3. การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์
 - รับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างไรบ้าง?
 - มีปัญหาในการใช้ยาหรือไม่?
 - ได้ทำการบริหารร่างกายตามคำแนะนำหรือไม่?
4. การดูแลตนเองและสภาพแวดล้อม
 - การดูแลตนเองเป็นไปได้อย่างไรบ้าง?
 - มีคนช่วยเหลือหรือดูแลในบ้านหรือไม่?
 - สภาพแวดล้อมในบ้านเป็นอย่างไรบ้าง? มีความสะอาดและปลอดภัยหรือไม่?
5. ความรู้สึกและจิตใจ
 - รู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองหรือไม่?
 - มีปัญหาการนอนหลับหรือไม่?

การถามคำถามเหล่านี้สามารถช่วยให้คุณติดตามสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้คำแนะนำหรือส่งเสริมการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

การให้คำแนะนำ

1. การดูแลสุขภาพทั่วไป
 - การหายใจ: แนะนำให้ผู้ป่วยทำการฝึกหายใจเข้าและลึก เพื่อช่วยให้ปอดทำงานได้ดีขึ้น
 - การพักผ่อน: ให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากเกินไป
 - การดื่มน้ำ: ควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยให้เสมหะบางและขับออกได้ง่ายขึ้น
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
 - การใช้ยา: ให้ผู้ป่วยรับประทานยาและใช้ยาพ่นตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด อาการแพ้ยา
 - การติดตามอาการ: หากมีอาการแย่ลง เช่น หายใจลำบากมากขึ้น หรือมีไข้สูง ควรติดต่อแพทย์ทันที
 - การตรวจวัดอาการ: แนะนำให้วัดอุณหภูมิและวัดความดันโลหิตเป็นประจำ

3. การดูแลด้านจิตใจ:

- การลดความเครียด: แนะนำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือฝึกสมาธิ
- การสนับสนุนจากครอบครัว: ให้ครอบครัวช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย

4. การดูแลสภาพแวดล้อม : ดูแลสภาพแวดล้อม

- ความสะอาด : ให้ทำความสะอาดบ้านอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะบริเวณที่ผู้ป่วยใช้งานบ่อย
- การระบายอากาศ: ควรเปิดหน้าต่างเพื่อให้มีการระบายอากาศที่ดี

5. การเฝ้าระวังอาการ:

- การสังเกตอาการ: หากมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ไอมากขึ้น เจ็บหน้าอก หรืออาการอื่นๆ ที่แย่ง ควรติดต่อแพทย์ทันที
- การติดตามอาการ: ให้ผู้ป่วยรายงานอาการกับแพทย์หรือพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จำแนกตามปัจจัยการเกิดโรค กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล และผลการรักษา

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การเข้าถึงการรับบริการ ข้อมูลส่วนบุคคล	ชายไทยอายุ 75 ปีผิวขาว รูปร่างอ้วนระดับ การศึกษา ประถม ศึกษาปีที่ 4 มี ครอบครัวอยู่จังหวัด นครราชสีมา ต่อมา 7 ปีก่อน ย้ายมาอยู่กรุงเทพกับ ลูกสาว ป่วยเป็นโรคปอด อุดกั้น เรื้อรังรักษาโรงพยาบาล ทรวงอก ย้ายมารักษา โรงพยาบาลเลิดสิน 3 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร	ชายไทยอายุ 67 ปีผิวสอง สีรูปร่างท้วมการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 4 มี ครอบครัวอยู่ในจังหวัด กรุงเทพมหานคร ที่อยู่ อาศัยเป็นตึกแถว อยู่ใน ชุมชนอาศัยอยู่กับ ภรรยาและลูกป่วยเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รักษาโรงพยาบาลเลิดสิน มา 9 ปี ประกอบอาชีพ ขายผักในตลาด	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายป่วยเป็นโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังและติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 แบบเฉียบพลัน มารับบริการที่โรงพยาบาลเลิดสิน ณ จุดคัดแยกผู้ป่วยรายที่ 1 มา โดยเปลนอน ไข้ ไอ เหนื่อย หอบ พุดลุกพุดนั่ง รายที่ 2 มาโดยรถนั่ง ไข้ ไอ เหนื่อย ทั้ง 2 ราย ได้รับ การดูแลเบื้องต้นตามแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ จุดคัดแยก ก่อนย้ายไป ห้องฉุกเฉิน เพื่ออยู่ห้องแยก

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. การติดต่อของโรค	ญาติที่มาเยี่ยมป่วยเป็นโควิด	ชายของอยู่ในตลาดทำให้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา	ทั้ง 2 รายมีความเสี่ยง
2. ประวัติการสูบบุหรี่	เมื่อ 54 ปีก่อนเคยสูบบุหรี่มาวันละ 1 ซอง และลดปริมาณลงเรื่อย ๆ และ หยุดสูบบุหรี่มาได้ 1 ปี แต่ปัจจุบันลูกสาวบอกกลับมาสูบบุหรี่วันละ 1-3 มวน	เมื่อ 34 ปีที่แล้ว สูบบุหรี่วันละ 3 ซอง ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่มาได้ 6 ปี	จะเห็นได้ว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายสูบบุหรี่ มาก และเป็นระยะเวลา ยาวนาน
3. ที่อยู่อาศัย	บริเวณรอบบ้านผู้ป่วยมีการจุดไฟเผาเศษใบไม้ หรือเศษหญ้า หรือสิ่งของต่างๆ เกือบทุกวัน ซึ่งควันไฟเป็น สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบได้	บ้านที่ผู้ป่วยพักอาศัยเป็นตึกแถวอยู่ในชุมชน ใกล้ตลาด	ที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสิ่งแวดล้อมที่มีโอกาสทำให้เกิดปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการกำเริบได้ และ มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา
4. อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม	ผู้ป่วยมี ความรู้สึกกังวล หงุดหงิด มีไข้สูง ไอ มีเสมหะเหนียว สีขาวขุ่น เหนื่อยหอบ	ผู้ป่วยมีไข้สูง มีเสมหะเหนียวหอบ	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเหมือนกัน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยต่างกัน
5. การพักรักษาตัว	นอนพักในห้องแยกแรงดันลบที่ห้องฉุกเฉิน 1 วัน ย้ายขึ้นหอผู้ป่วยโควิด	ห้องแยกโรคปกติที่ห้องฉุกเฉิน	จะเห็นได้ว่ารายที่ 1 อายุมากกว่าเป็นโรค เดียวกัน แต่มีภาวะอาการที่รุนแรงกว่า

6. การรักษา	1. พ่นยา Berodual MD 2.ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา 3. ยาDexazosin 4. Favipiravir 200mg 5. Paracetamal 6. Theodur-SR 200 mg 7. Baby aspirin 81 mg 8. Amlodipine 5mg 9. Omeprazole 10.Seretide Evohaler 11.Symbicort forte 12.Guaifenesin 100 mg 13.Acetylcysteine 100 mg ผู้ป่วยใช้ยา symbicort เป็น prn ไม่ได้ใช้ยาทุกวัน และมักจะใช้ยา Berodual MDI เป็นหลัก มากกว่าใช้ symbicort เนื่องจากทำให้หายหอบเร็วกว่าจึงใช้มากกว่าไม่พบอาการแพ้ยา	1. พ่นยา Berodual MD 2. ให้ ออกซิเจนตามแผนการรักษา 3. ยาDexazosin 4. Favipiravir 200 mg 5. Paracetamal 6. Budesonide MDI 7. Theodur-SR 200 mg 8. Symbicort forte 9. Simvastatin 10 mg ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและใช้ยาพ่นได้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ ไม่มีอาการแพ้ยา	จะเห็นว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะได้รับยาค่ายครึงกัน
7. การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว	ผู้ป่วยมีความท้อแท้ สิ้นหวังเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่เนื่องจากการดำเนินโรคเลวลงทำให้ ไม่สนใจ และตั้งใจที่จะดูแลตนเอง ส่วนครอบครัวคอยเอาใจใส่และให้กำลังใจผู้ป่วยดีมาก	ผู้ป่วยบอกว่าทำใจยอมรับการเป็นโรคได้แล้ว ตอนนี้สามารถช่วยงานทางบ้านได้มากขึ้นคิดว่าจะดูแลตัวเองให้ดีที่สุด	ป่วยรายที่1ต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่นมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2
8. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแล ตนเองพอใช้ส่วนญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองค่อนข้างดี	ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองค่อนข้างดี	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความเข้าใจการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคและ พึ่งพาผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถดูแลตัวเองได้

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
9. Lung Function Test (ทำทุก 1 ปี)	การประเมิน Lung function ล่าสุด 8 มกราคม 2564 FEV1 0.84 L (55% predicted) FVC 1.73 L (86% predicted) FEV1/ FVC 49% (61% predicted) การแปลผล Moderate airflow without bronchodilator response ผลตรวจ SARS-CoV-2(COVID-19) PCR DETECTE	การประเมิน Lung function ล่าสุด 11 พฤศจิกายน 2563 FEV1 3.24 L (77% predicted) FVC 4.27 L (71% predicted) FEV1/ FVC 75% (83% predicted) การแปลผล Mild obstructive defect with bronchodilator response ผลตรวจ SARS-CoV-2(COVID-19) PCR DETECTE	จากผลการตรวจปอดยืนยันได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
10. การประเมินอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วย (ทำทุก 2-3 เดือน)	26 มิถุนายน 2564 ผลตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19)PCR DETECTED Target gene :ORF1ab gene and N gene -ORF1ab gene CT 2.691 -N gene CT28.56	29 มิถุนายน 2564 ผลตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19) PCR DETECTED Target gene :ORF1ab gene and N gene -ORF1ab gene CT 21.934 -N gene CT 21.246	จากผลการตรวจประเมินอาการของเหนื่อยของผู้ป่วยที่ (ทุก 2-3 เดือน) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายที่ 1 จะมีระยะเวลาอาการเหนื่อยหอบถี่มากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
11. การได้รับวัคซีนป้องกันโรค ไขหวัดใหญ่	2 ครั้ง 1 กรกฎาคม 2562 2 กรกฎาคม 2563	1 ครั้ง 1 สิงหาคม 2563	ผู้ป่วยรายที่ 1 จะได้รับวัคซีนมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 โดยการกระตุ้นจากผู้ดูแล

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
12. การมาตรวจตามนัด	ผู้ป่วยไม่กล้ามารับยาเพราะปฏิบัติตัวไม่ได้ตามคำแนะนำ จึงไม่ได้มาพบแพทย์ด้วยตนเอง	ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดด้วยตนเองทุกครั้ง	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาตรวจตามนัดแตกต่างกันตรงการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
13. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	มีปัญหาทางการพยาบาล จำนวน 4 เรื่อง 1. ไม่สุขสบายจากอาการไข้ ไอเหนื่อย หอบหายใจไม่อิ่ม 2. วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นและแผนการรักษา 3. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาต่อผู้อื่นในโรงพยาบาล 4. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว	มีปัญหาทางการพยาบาล จำนวน 4 เรื่อง 1. ไม่สุขสบายจากอาการไข้ ไอ เหนื่อย หอบ หายใจไม่อิ่มเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรค 2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโควิดต่อผู้อื่น 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่	จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลใกล้เคียงกัน
14. การติดตามเยี่ยมบ้าน	ติดตามโทรเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในวันที่ 5 และ 12 กรกฎาคม 2564 ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ออกกำลังกายตามที่ได้นัดแนะ เพราะทำแล้วยังง่วงเหมือนเดิม ยังง่วงและไม่หายจากโรคนี้ ยังมีอาการเหนื่อยง่ายหลังทำกิจกรรม แต่สามารถ	ติดตามโทรเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน วันที่ 5 และ 12 กรกฎาคม 2564 ผู้ป่วยและญาติกำลังเตรียมมัดผ้าเพื่อให้ลูกสาวไปขายที่ตลาดในเวลาเย็น เมื่อเข้าไปในบ้านผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ภรรยาผู้ป่วยนำน้ำเย็นมาให้พยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1 ลูกสาวบอกว่าพ่อยังมีอาการเหนื่อยง่ายและต้องพ่นยาบ่อยครั้งยอมปฏิบัติตามคำแนะนำได้เป็นบางครั้ง มีอาการหงุดหงิดเอาแต่ใจบางครั้งเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยรายที่ 2 ภรรยาบอกว่า

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงได้ เดินได้แค่ระยะใกล้ ไม่เกิน 100 เมตร	เมื่อสอบถามถึงอาการของโรค ผู้ป่วยและญาติพูดคุยด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม และบอกว่าหลังจากไปรับยาตามที่หมอนัดครั้งสุดท้าย ไม่มีอาการหอบอีก	เพราะผู้ป่วยไม่ได้สูบบุหรี่ก็เลยไม่เหนื่อยมากเมื่อก่อนตอนยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ ทำงานแป๊บเดียวก็ต้องหยุดเพราะเหนื่อย ผู้ป่วยบอกว่าทำใจยอมรับการเป็นโรคได้แล้วตอนนี้สามารถช่วยงานทางบ้านได้มากขึ้น คิดว่าจะดูแลตัวเองให้ดีที่สุด
15. อาการกำเริบของโรค	มีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นจำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน ที่ดูแลต่อเนื่อง	ไม่มีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นในระยะเวลา 3 เดือน ที่ดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการกำเริบของโรคที่แตกต่างกันด้วยอายุและอุปนิสัย

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีความคล้ายกันเกี่ยวกับโรคที่มีภาวะโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังและมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เหมือนกันแต่มีความรุนแรงของอาการและการรับการรักษาแต่การได้รับการพยาบาลจะมีความแตกต่างกันซึ่งพยาบาลต้องสังเกตและประเมินครอบคลุมองค์รวมทางด้านร่างกาย และ จิตใจและภาวะแวดล้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงพฤติกรรมในการจัดการความเครียดและพิจารณาการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมพบว่าใน กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมกกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ทำให้ส่งผลเรื่องการรับรู้การสนใจและตระหนักในการดูแลตนเองน้อยกว่ากรณีที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา (อรุณวรรณ วงษ์เดิม และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง) ที่พบว่าผู้ที่เป้นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตไม่ดีและสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลงตามมาโดยพบว่าเมื่อมีความรุนแรงของโรคอยู่ใน ระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงผู้ป่วยจะเริ่ม มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและมีอาการเหนื่อยเหนื่อยล้าส่งผลให้ในแต่ละวัน ผู้ป่วยมีการระยาระยะเวลาขึ้นและระยะเวลาการเดินลดลงและเดินได้ช้ากว่าคนปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการนั่ง และนอนเป็นส่วนใหญ่ระดับความรุนแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างมากและยังมีผลต่อการรับรู้สภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโดยพบว่าความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนเพลีย และระดับความรุนแรงของโรค ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความสามารถในการทำกิจกรรมความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และเมื่อได้รับ ทราบข้อมูลทางสุขภาพจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญว่าขีดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของตนเองซึ่งลดลง

จากเดิมส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกลงมือปฏิบัติกิจกรรมลดลงจากเดิมเพื่อควบคุมไม่ให้ทำกิจกรรมเกินขีดความสามารถของตนเอง ดังกรณีศึกษาที่ 1 ที่มีอาการหอบกำเริบที่ต้องมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลถึง 3 ครั้งภายใน ระยะเวลาที่ทำการรักษาต่อเนื่อง 3 เดือน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีอาการหอบกำเริบเกิดขึ้นเลย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (อรุณวรรณ วงษ์เดิม และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2557) นอกจากนี้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแล ผู้ป่วยให้ดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพดังการศึกษา (ของ นวลตา โพธิ์สว่าง, สุดใจ ศรีสงค์ และ เพชรภรณ์ สุพร) พบว่าการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอดกั้นเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกระบวนการวางแผนผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมายและเป็นพลวัตร มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วและมีการติดตามดูแลต่อเนื่องใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาลประจำหน่วยงาน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลจิตเวช พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วย และผู้ดูแล ผลการศึกษาทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับ (นวลตา โพธิ์สว่าง ,สุดใจ ศรีสงค์ และ เพชรภรณ์ สุพร, 2557) การจัดการสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลเนื่องจากควันไฟที่เกิดจากการเผาดังเช่น กรณีศึกษาที่ 1 หากได้รับการจัดการที่ดีโดยความร่วมมือของชุมชนที่เกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงอันตรายของควันที่จะส่งผลต่ออาการ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังเช่นการศึกษา ของ (ปัทมา สำราญ และเพชรไสว ลิ้มตระกูล ผลการวิจัย) สถานการณ์การดูแลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน พบว่ายังมีการเผาขยะในหมู่บ้าน และมีการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมใน ชุมชน ได้แก่ การรณรงค์การงดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะและการงดการเผาขยะในชุมชน การประเมินผลพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจมากที่มีผู้มาติดตามอาการและมาเสริมแรงให้กับ ผู้ป่วย ซึ่งพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ที่อยู่ในชุมชนเกิดความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดโรคและกระตุ้นให้เกิดอาการหอบของผู้ป่วยจำเป็นต้องจัดการปัญหาเรื้อรังเพราะชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน ถ้าหากกลุ่มผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับโรคเรื้อรังและการรับข้อมูลเพียงพอ การได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนจะทำให้ประชาชนในชุมชนสามารถช่วยกันดูแลผู้ป่วยได้และผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นกัน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5

สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 75 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาอิสลาม สถานภาพ สมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 3 ปีก่อนรับการรักษาที่โรงพยาบาลทรวงอกและโรงพยาบาลเลิดสินมาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ มีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ซอง/วัน เป็นเวลา 54 ปี แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำเรื่องการลดบุหรี่ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามได้ทำให้มีอาการหอบยังคงมีอยู่ ประกอบกับผู้ป่วยไม่กล้ามารับยาเพราะปฏิบัติตัวไม่ได้ ตามคำแนะนำจึงไม่ได้มาพบแพทย์ด้วยตนเองจึงเป็นอุปสรรคในการดูแลรักษาของทีมสุขภาพในเวลาที่มาตรวจตามนัดแพทย์ประเมินอาการและลงความเห็นว่าต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้น ในปี 2560 รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 5 ครั้ง แพทย์ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ไม่สุขสบายจากอาการ ไข้ ไอ เหนื่อยหอบ หายใจไม่อึด
2. วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็น และแผนการรักษา
3. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้อื่นในโรงพยาบาล
4. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ

ตัวผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลอยู่ในห้องแยกและย้ายไปนอนหอผู้ป่วยโควิดจึงได้ให้การพยาบาลและดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ 2 เป็นเวลา 14 วันพบว่าปัญหา ทั้งหมด 4 ข้อได้รับการแก้ไขได้ไม่หมดผู้ป่วยมีความรู้แต่ยังขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวทำให้ยังมีภาวะกำเริบจนทำให้ต้องกลับมารักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ

สรุปกรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 9 ปีก่อนรับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสินมาตรวจตามนัดตลอดมีประวัติการสูบบุหรี่จำนวน 3 ซอง/วันเป็นเวลา 26 ปีเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว 6 ปี ผู้ป่วยไม่มีประวัติเรื่องอาการกำเริบและทำให้ต้องมานอนโรงพยาบาลแพทย์ให้การักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก และนัดติดตามอาการทุก 3 เดือน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

มีปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 4 เรื่อง

1. ไม่สุขสบายจากอาการ ไข้ ไอ เหนื่อยหอบ หายใจไม่อึด
2. วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็น และแผนการรักษา
3. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้อื่นในโรงพยาบาล

4. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ได้ให้การพยาบาล และดูแลต่อเนื่องเป็นเวลา 14 วัน พบว่าปัญหาทั้งหมด 4 ข้อ ได้รับการแก้ไข ทั้งหมด ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นจากเดิมและสามารถกลับไปดูแลตนเองได้

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยโรคที่เหมือนกันคือ โรคปอด อุดกั้นเรื้อรังและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เหมือนกัน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วย อาการใกล้เคียงกันคือมีไข้ ไอ เจ็บคอ มีเสมหะเมื่อยหอบ และต้องเข้าการรักษาด้วยการแยกห้องแยกโรค แยกเตียง และห้องแยกโรคปกติตามอาการที่นำมาระหว่างรอผลการตรวจทางห้อง และด้วยจำนวนของห้องแยกโรค แยกเตียงมีจำนวนจำกัด จึงต้องมีการวางแผนหาแนวทางเพื่อรองรับสถานการณ์ (วรภรณ์ แก้ววลัย, การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) โดยให้การพยาบาลอย่างละเอียด รอบคอบ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และผู้ป่วยต้องปรับตัวเพื่อให้อยู่กับโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างง่ายดาย ดังนั้นหลักสำคัญของการพยาบาลคือการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อผู้ป่วยผ่านระยะวิกฤตและบรรเทาทุกข์ที่สำคัญของการพยาบาลคือการวางแผนจำหน่ายการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่กล่าวว่าการที่บุคคลมี ความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขา ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการทำการดูแลตนเอง (ประเสริฐ อ้ายคำ และคณะ, 2558) ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ว่าจะเป็นเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกรณีศึกษารายนี้ผู้ป่วยไม่ได้ดูแลตนเองในเรื่องดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา (กัญจน์ ภูวลัย, 2553) ที่พบว่าผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย และมีความสามารถในการเดินภายใน 6 นาที (ระยะทางที่เพิ่มขึ้น) ทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ความเสี่ยงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ผู้ป่วย COPD มักมีระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลง ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออื่นๆ รวมทั้งการติดเชื้อโควิด-19 การดูแลป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมการแพร่กระจายของโรคจึงเป็นเรื่องที่ยากลำบาก

2. ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 บุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากและการจัดการมาตรการป้องกันการติดเชื้อ สิ่งนี้อาจทำให้มีเวลาและทรัพยากรไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย COPD อย่างเต็มที่

3. การเข้าถึงการรักษาและบริการทางการแพทย์ การล็อกดาวน์หรือมาตรการจำกัดการเคลื่อนไหวในช่วงการระบาดของโควิด-19 อาจทำให้ผู้ป่วย COPD ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ เช่น การนัดหมายพบแพทย์, การทำกายภาพบำบัด, หรือการได้รับยาตามที่ต้องการ

4. ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม การต้องแยกตัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและมีความเครียดทางจิตใจมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้ต้องอาศัยการวางแผนและการประสานงานระหว่างทีมแพทย์, ผู้ป่วย, และผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และการดูแลจากระยะไกลเพื่อช่วยในการติดตามและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลต้องมีความพร้อมในการให้การพยาบาลตั้งแต่การคัดแยกจนถึงการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่กล่าวว่า การที่บุคคล มีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจ ที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการทราบวัตถุประสงค์ของ การกระทำตลอดจนการสังเกต และประเมินผล ถึงประสิทธิภาพของการดูแลตัวเองได้

ข้อเสนอแนะ

นำผลจากการศึกษามาปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019แบบเฉียบพลัน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรูปแบบปกติและ online / ศูนย์ 4c (Covid Customer Contact Center) แผนกผู้ป่วยนอกที่มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019แบบเฉียบพลัน เพื่อประเมิน ผลการดูแลตนเองและสำรวจสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และในชุมชนค้นหาสิ่งกระตุ้นที่มีผลต่อการกำเริบของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการเยี่ยมแบบสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ เภสัชกรและนักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยกันประเมินและทบทวนความรู้ในการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร ยา การหายใจ โดยการใช้อุปกรณ์ปลายนิ้วจากค่าออกซิเจน

ในร่างกาย อย่างมีประสิทธิภาพ การวัดอุณหภูมิ และการออกกำลังกายตามสภาพผู้ป่วยโดยมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างระบบบริการสาธารณสุข

2. พัฒนารูปแบบวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019แบบเฉียบพลัน โดยคู่มือในการดูแลตนเอง พร้อมระบุโปรแกรมการดูแลตนเอง ให้เป็นระบบและชัดเจน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามประเมิน เสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีผู้จัดการรายการนัดรับผิชอบผู้ป่วยชัดเจน

3. สร้างแรงกระตุ้นขวัญกำลังใจด้วยระบบเครือข่าย (ผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน) เพื่อนเยี่ยมเพื่อน ให้คำแนะนำการดูแล การปฏิบัติตัวจากประสบการณ์จริง โดยมีการทำกลุ่ม (self help group) ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัย

4. ประสาน ส่งต่อข้อมูลไปยังญาติผู้ดูแล และชุมชน ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสมเช่น ขอความร่วมมือในการสวมแมส และล้างมือหรือใช้ สเปย์ แอลกอฮอล์ก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย วิธีการในการแก้ไขปัญหาคือส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องลงเยี่ยมเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและร่วมทำงานในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยประสานอาสาสมัครชุมชนและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการติดตาม ประเมินผลประสานผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการรณรงค์เกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และงดการเผาขยะในชุมชน ติดตามประเมินผลระยะเวลา 1 เดือนและ 3 เดือน

5. ผู้ป่วยพ่นยาไม่ถูกวิธีวิธีการในการแก้ไขปัญหาคือให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้ดูแลรักษาตั้งแต่ แรกเริ่มเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลการสอนเป็นรายบุคคลโดยเภสัชกร ถ้าผู้ป่วยมีปัญหา จะจัดหาอุปกรณ์ใช้ร่วม เช่น Spacer และประเมินพร้อมกับ adherence ยาจากเภสัชกร ผลิตสื่อการสอนโดยใช้นวัตกรรมปอดประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจได้ง่ายและเกิดความ ตระหนักจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอดเพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ ที่สามารถหาได้ง่ายราคาถูกให้ ผู้ป่วยผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านได้เช่นการทำการเป่าฟู่ฟางขยายทรวงอก เพื่อฝึกการหายใจแบบห่อปาก (Purse-Lip Breathing) การใช้ dumbbell ฤงทรายและยางยืด (theraband) เพื่อฝึกการออกกำลังกาย (Exercise Training) ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการผลิตอุปกรณ์ต่างๆ ที่ประยุกต์มาใช้

6. พัฒนาพัฒนารูปแบบวิธีการการพยาบาลเร่งด่วนในผู้ป่วยที่มีปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดจากสาเหตุทั่วไปและที่เกิดจากโรคโควิด 2019 มีบทบาทและการจัดการที่แตกต่างกันตามลักษณะของทั้งสองสถานการณ์

1. ปอดอุดกั้นทั่วไป

- การตรวจสอบและวินิจฉัย การให้ข้อมูลประวัติทางการแพทย์, การตรวจร่างกาย, และการใช้ภาพอ่านเพื่อวินิจฉัยที่ถูกต้อง
- การจัดการการหายใจให้การสนับสนุนการตรวจเช็ด การหายใจเช่นเครื่องจักรออกซิเจน ปลายนิ้ว
- การให้ยา ป้องกันการติดเชื้อ ยาช่วยให้ลดอาการเหนื่อยหอบและยาแก้ไอ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเสด็จ

2. ปอดอุดกั้นที่เกิดจาก COVID-19

- การควบคุมการแพร่ระบาด การใช้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส, เช่น การสวมหน้ากาก, การล้างมือ, และการรักษาระยะห่างทางสังคม
 - การจัดการอาการและการให้การรักษาโรคที่ร่วมกัน, เช่น การให้ยาต้านไวรัสและยาเพื่อควบคุมอาการปอด
 - การจัดการผลกระทบทางระบบทางเดินหายใจ การให้เครื่องช่วยหายใจหากจำเป็น, การตรวจสอบระดับออกซิเจน, และการดูแลระบบทางเดินหายใจ
 - การตรวจสอบและรักษาอาการร่วม การตรวจสอบและรักษาภาวะแทรกซ้อน, เช่น อักเสบ, ภาวะหลอดเลือดอุดตัน, หรือภาวะติดเชื้อที่รุนแรง
- ในทั้งสองกรณี, การรีบไปรับการดูแลทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการกลับสู่สภาพปกติ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสาเหตุการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2564, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>.
- กัญจนา ภูวิลัย. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอุดกั้นทางเดินหายใจ Journal of Nursing and Health Sciences. Vol. 6 No. 2.12-24.
- คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). แนวปฏิบัติบริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553. บริษัทยูเนี่ยนอุลตราไวโอเรต จำกัด: กรุงเทพมหานคร.
- ชาญชาญ โปธิรัตน์. (2551). ตำราโรคระบบการหายใจ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์:กรุงเทพมหานคร.
- ธราธิป เรื่องวิทยานิพนธ์.(2556). การตรวจ และการแปลผลทางห้องปฏิบัติการ. การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคทั่วไป) รุ่นที่9 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. ม.ป.ท.
- ธารีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์. (2555). แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2561, จาก <https://medinfo2.psu.ac.th/commed/web/pdf/5/copd.pdf>.
- นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2561, จาก <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/.../COPD.pdf>.
- นวลตา โพธิ์สว่าง, สุดใจ ศรีสงค์ และ เพชรภรณ์ สุพร. (2557). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.ปีที่ 32. ฉบับที่ 11. หน้า 65-175,
- ประเสริฐ อ้ายคำและคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. ปีที่ 9. ฉบับที่ 1. หน้า 162 - 171.
- ปัทมา สำราญ และเพชรไสว ลีมีตระกูล. (2556). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมพวง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ปีที่ 31. ฉบับที่ 1 หน้า 16-23.
- พรรณีภา สืบสุข. (2554). บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Journal of Nursing Science. 2554.Vol.29.No.2.18-26.
- โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลระโนด. ค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2561, จาก www.ranodhospital.go.th/upload/forum/COPDcpg.pdf.
- ลินนัสส์ ธนะวงศ์, ประทุม สร้อยวงศ์ และพิกุล นันทชัยพันธ์. (2559). ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร. ปีที่ 43. หน้า 45 - 56.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2547). การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4: วี.เจ.พรินติ้ง. กรุงเทพมหานคร.

สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

กรุงเทพมหานคร

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. ค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2561, จาก WWW.thaithoracic.or.th/.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย สไปโรเมตรี.

ข้อแนะนำทางเวชปฏิบัติเขตสุขภาพที่ 1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2560. ม.ป.ท.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2560). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2561, จาก [www.rbpho.moph.go.th/download doc. php?url =uploadify/upload/](http://www.rbpho.moph.go.th/download_doc.php?url=uploadify/upload/).

สิริฉัตร วรรณธรรม.(2563).การตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจเพื่อการตรวจวิเคราะห์เชื้อ corona

อรุณวรรณ วงษ์เดิม และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรม

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. ปีที่ 9. ฉบับที่ 3. หน้า 120 -128.

อัชฌา ณัฐวังโสเม. (2559). การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.

วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.ปีที่ 27. ฉบับที่ 1. หน้า 2 - 12.

อิงครัตน์ รอดการทุกข์, สุดศิริ หิรัญขุนหะ และเรวดี เพชรศิราสัย. (2560). อาการกำเริบเฉียบพลัน

ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังปัจจัยกระตุ้นและวิธีการจัดการ. Songklanagarind Journal of Nursing. Volume 37 No. 2 April - June 2017: 1-13.

World Health Organization. World health statistic. Retrieved june 3, 2018, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>(<http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>).

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



ภาคผนวก

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษารายที่ 1

ชายไทย อายุ 75 ปี สถานภาพ สมรส คู่ จบการศึกษาชั้น ป.4 อาชีพ -

แผนการรักษา Medication

1. Berodual MDI

ชื่อสามัญ	Fenoterol hydromide
ประเภท	ยาขยายหลอดลม
ข้อบ่งใช้	ป้องกันการเกิดอาการหอบหืด และการหดเกร็งของหลอดลม
การออกฤทธิ์	เป็น β -adrenergic agonist
ผลข้างเคียง	กระสับกระส่าย มึนงง กล้ามเนื้อสั่น หัวใจเต้นเร็ว แสบอก กล้ามเนื้อหัวใจเป็นตะคริว

การพยาบาล

1. นับการหายใจ ฟังเสียงปอด จับชีพจร วัดความดันโลหิต ติดตามดูหน้าตาของปอด
2. พ่นยาตามแผนการรักษา ถ้าพ่นยา 2 puff ให้พ่นห่างกัน 1 นาที หรือพ่นให้ห่างกันจากยาอื่น 5 นาที
3. ระวังยาเข้าตา
4. ยาอาจทำให้ปากแห้ง ควรบ้วนปากทุกครั้งหลังพ่นยา ถ้ามีอาการมึนงง เป็นลม ฟังปอด มีเสียงหวีด หายใจลำบาก ผื่นคัน บวมตามใบหน้าริมฝีปาก หรือหนังตา รายงานแพทย์ทราบ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่

2. Budesonide MDI

ชื่อสามัญ	Budesonide MDI
ประเภท	Inhaled corticosteroid (ICS)
ข้อบ่งใช้	ควบคุมโรค COPD และ Asthma รักษาโรคหอบหืดหลอดลม
การออกฤทธิ์	Budesonide เป็นยาในกลุ่ม inhaled corticosteroid มีคุณสมบัติต้านการอักเสบ จึงใช้ในการรักษาโรคหอบหืดมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำงานของปอดให้ดีขึ้น ลด airway hyper-responsiveness ลดอาการและลดความถี่ของการจับหืด ส่งผลให้มี คุณภาพชีวิตดีขึ้น กลไกที่สำคัญคือ ต้าน IgE ควบคุม arachidonic acid metabolism และกระบวนการสร้าง leukotrimite และ prostaglandins ป้องกัน การสร้างและการ หลั่ง cytokine จึงลดการกระตุ้น inflammatory cells เพิ่มการตอบสนองของ receptor ที่กล้ามเนื้อเรียบทางเดินหายใจ
ผลข้างเคียง	1) อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้อาการเจ็บจมูกอย่างรุนแรง มีเลือดออกในจมูกบ่อยๆ อาการแสดงของการแพ้ ยา เช่น แขนงหน้าอก หายใจหรือ กลืนลำบาก บวมบริเวณลิ้น ริมฝีปาก เปลือกตา หรือหน้า ผื่นคัน ผื่นลมพิษ หรือ อาการหายใจหืดเนื่องจากหายใจขัด (wheezing) มี ผื่นขาวในคอ ปาก หรือจมูก ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ เป็นสิ่วอย่างรุนแรง

2) อาการอื่นไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา หากเป็นต่อเนื่อง หรือ รบกวนชีวิตประจำวัน มีดังนี้อาการแสบ ระคายเคือง หรือเป็นแผลไหม้ในจมูก ปากแห้ง เจ็บคอ เสียงแหบ ไอเพิ่มมากขึ้น มีเลือดกำเดาไหลเป็นบางครั้ง

การพยาบาล สังเกตอาการข้างเคียงของยา

3. Theodur-SR 200 mg

ชื่อสามัญ	Theophylline sustained-release
ประเภท	ยาขยายหลอดลม
ข้อบ่งใช้	ใช้สำหรับการลดการบรรเทาและการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยที่มีโรคหอบหืด
การออกฤทธิ์	ออกฤทธิ์ผ่านกลไกยับยั้งเอนไซม์phosphodiesterase (PDE) เป็นผลให้มีการเพิ่มระดับของ cAMP ทำให้หลอดลมขยายตัว
ผลข้างเคียง	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียนท้องเสีย, ปวดหัว, หงุดหงิด, และใจสั่น ควรใช้ความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง, โรคแผลในกระเพาะอาหาร, โรคลมชัก และโรคหัวใจที่รุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับจังหวะการเต้นหัวใจ
การพยาบาล	แนะนำให้ผู้ป่วยเคี้ยวยาเพราะจะทำให้ยาออกฤทธิ์เร็วเกินไปจนเกิดพิษได้ และควรทานยาพร้อมน้ำมากๆ

4. Doxazosin 2mg

ชื่อสามัญ	Prazosin
ประเภท	Peripheral alpha1-blockers
ข้อบ่งใช้	รักษาโรคความดันโลหิตสูงและช่วยลดอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างที่เกิดจากต่อมลูกหมากโตได้
การออกฤทธิ์	ยาปิดกั้น ตัวรับแอดรีเนอร์จิกชนิดแอลฟา1 ที่ออกฤทธิ์ไม่เฉพาะ (ออกฤทธิ์ทั้งต่อหลอดเลือดและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก)
ผลข้างเคียง	วิงเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่าใจสั่น อ่อนเพลียง่วงนอน ปวดศีรษะ ปากแห้ง คลื่นไส้
การพยาบาล	แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวัง ในการเปลี่ยนท่า เพราะยาทำให้เกิดความดันตกขณะเปลี่ยน ท่า (postural hypotension) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะ หรืออาจเป็นลม หมดสติได้ หรือ รับประทานยาก่อนนอน

5. Symbicort forte

ชื่อสามัญ	budesonide และ formoterol
ประเภท	Steroid and beta-2 agonist
ข้อบ่งใช้	ลดความรุนแรงของอาการโรคหอบหืด, ช่วยเพิ่มการทำงานของปอดและลดความถี่ของการกำเริบ
การออกฤทธิ์	udesonide ซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งใน Symbicort จะไปลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งในการลดการอักเสบ

ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว ระคายเคืองคอ ผื่นคัน ลมพิษ
 การพยาบาล แนะนำให้บ้วนปากกลั้วคอทุกครั้งหลังพ่นยา udesonide ซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งใน Symbicort จะไปกีดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งในการลดการอักเสบ จึงทำให้มีโอกาสดึงเชื้อราในช่องปากและลำคอได้ จึง มักเกิดเฉพาะที่ (ปากและลำคอ)

6. Simvastatin 10mg

ชื่อสามัญ statin
 ประเภท ยาลดไขมันในหลอดเลือด
 ข้อบ่งใช้ ลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดีและไตรกลีเซอไรด์ในหลอดเลือด ในขณะเดียวกันก็จะเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดดีด้วย
 การออกฤทธิ์ การยับยั้งเอนไซม์ตัวหนึ่งในร่างกาย ทำให้เอนไซม์ไม่ทำงาน ซึ่งเอนไซม์ดังกล่าวเกี่ยวกับการสร้างคอเลสเตอรอล ทำให้ปริมาณคอเลสเตอรอลลดลง ทั้งยังช่วยขับไขมันชนิดไม่ดี (LDL) ออกจากร่างกาย โดยตัวยาจะออกฤทธิ์ในระยะเวลา 2-6 สัปดาห์ สามารถลดคอเลสเตอรอลในร่างกายได้ 30-50%
 ผลข้างเคียง - คลื่นไส้ ปวดท้องส่วนบน มีอาการคัน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด ตัวเหลือง ตาเหลือง
 - ปัสสาวะน้อยหรือไม่ปัสสาวะ มีอาการเจ็บหรือปัสสาวะได้ลำบากมีอาการบวมที่เท้า หรือข้อเท้า และรู้สึกอ่อนเพลียหรือหายใจสั้น
 - ปวดศีรษะ
 การพยาบาล สังเกตอาการข้างเคียงของยา

7. Favipiravir 200mg

ชื่อสามัญ ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) เป็นชื่อสามัญของยากลุ่ม Avigan
 ข้อบ่งใช้ มีกลไกในการยับยั้งไวรัสที่ขยายพันธุ์ด้วย RNA polymerase เหมือนกับไวรัสไข้หวัดใหญ่ไวรัสโรคปากและเท้าเปื่อย ไวรัสไข้เลือด เป็นต้น จึงมีความปลอดภัย หากใช้อย่างถูกต้อง
 การออกฤทธิ์ การทำงานของยาฟาวิพิราเวียร์จะออกฤทธิ์ 2 แบบ ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส : ตัวยาสามารถยับยั้งเอนไซม์ RNA- dependent RNA polymerase, RdRP ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่มีในไวรัสเท่านั้นทำให้เชื้อไวรัสกลายพันธุ์ : เมื่อตัวยาเข้าสู่ร่างกาย จะถูกเปลี่ยนเป็นสาร Active Form = favipiravir-ribofuranosyl-5'- triphosphate (RTP) ให้ไวรัสกลายพันธุ์จนภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายมนุษย์สามารถเข้าไปกำจัดไวรัสจนหมดหรือเหลือปริมาณน้อยจนไม่สามารถก่อโรคในร่างกายได้อีกสำหรับในประเทศไทยยาฟาวิพิราเวียร์ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการของโรค แต่ไม่แนะนำให้ใช้กับผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการหรือใช้เพื่อป้องกันโรค

วิธีการใช้ยา

ฟาวิพิราเวียร์กับผู้ป่วยโควิด-19 ในทางแพทย์จะพิจารณาใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยที่มีอาการของโรค มีภาวะปอดอักเสบ ใช้รักษาเชื้อลงปอดที่มีอาการรุนแรงโดยขนาดยาที่ใช้ในการรักษา ในแต่ละกลุ่มจะมีวิธีการใช้ต่างกัน ดังนี้

ผู้ใหญ่ : ในวันแรกรับประทานครั้ง 8 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง และ หลังจากนั้นจะรับประทานครั้งละ 4 เม็ดทุก 12 ชั่วโมง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 90 กิโลกรัม : จะสูงขึ้น โดยในวันแรกจะรับประทานครั้งละ 12 เม็ดขนาดในการรับประทานยาทุก 12 ชั่วโมง และหลังจากนั้น ครั้งละ 5 เม็ดทุก 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามวันและเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัดระยะเวลาในการรักษาอยู่ที่ 5-10 วัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายนอกจากนี้ ยังพิจารณาให้ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ว่าอาจจะใช้กับผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ ในบางรายหากมีแนวโน้มที่จะป่วยหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีโรคประจำตัวบางชนิด เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคตับ ไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน

ผลข้างเคียง

1. คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
2. อาจทำให้ทารกในครรภ์มีความพิการ หากรับประทานยาในช่วงตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก
3. มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ เมื่อรับประทานร่วมกับยาบางชนิด
4. มีผลต่อการทำงานของตับ ตับอักเสบ (แพทย์จึงไม่แนะนำให้รับประทานร่วมกับยาฟ้าทะลายโจร หรือยาที่มีผลต่อตับ)

การพยาบาล

ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามวันและเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัด ระยะเวลาในการรักษาอยู่ที่ 5-10 วัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายนอกจากนี้ยังพิจารณาให้ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ว่าอาจจะใช้กับผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ ในบางรายหากมีแนวโน้มที่จะป่วยหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวบางชนิด เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคตับ ไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานผู้ใหญ่ วันแรกให้รับประทานยาปริมาณ 200 มิลลิกรัม จำนวน 8 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ในวันถัดไปให้รับประทานยาปริมาณ 200 มิลลิกรัม จำนวน 3 เม็ด วันละ 2 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 35 กิโลกรัม/พื้นที่ผิว 1 ตารางเมตรขึ้นไปให้รับประทานยาปริมาณ 60 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน โดยแบ่งรับประทานวันละ 2 ครั้ง จากนั้นให้รับประทานยาปริมาณ 20 มิลลิกรัม/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน โดยแบ่งรับประทานวันละ 2 ครั้ง ในวันถัดไป

ผลการตรวจ Lung Function Test

วัน เดือน ปี	ชนิดการตรวจ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
14 ม.ค.62	PFT Ratio	52.9-48.7	Moderate airflow without bronchodilator response
	FEV1	0.87(48%) – 0.9(50%)	
	FVC	1.66(72%) – 1.84(80%)	
	FEF25-75%	15%-17%	
10 ส.ค. 63	PFT Ratio	55-53.2	Moderate airflow limitation with bronchodilator response
	FEV1	0.83(46%) – 1.01(56%)	
	FVC	1.51(65%) – 1.95(82%)	
	FEF25-75%	20%-24%	

ผลการตรวจ sputum gram stain และ sputum c/s

รายการตรวจ	วันที่ตรวจ /ผลการตรวจ				
	29 มี.ค.64	19 เม.ย.64	20 พ.ค.64	24 ส.ค.64	26 ส.ค.64
WBC	Moderate	Moderate	Rare	Few	Rare
RBC	-	-	-	-	-
Epithelium cell	Few	Moderate	Few	Few	Few
Negative bacilli	Few	Rare	-	Few	Few
Negative coccobacilli	Many	Few	-	Rare	-
Positive coccobacilli	-	Few	Few	Few	Moderate
sputum c/s	No growth		No growth		No growth
การแปลผล	ไม่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง				

ผลการตรวจ Electrolyte

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		29 มี.ค. 64	19 เม.ย. 64	20 พ.ค. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
NA	135-145	141.6	140.9	139.2	136.3	141.9
K	3.5-5.5	3.88	3.92	4.48	4.11	3.98
Cl	95-100	109.6	108.2	104.2	103.4	106.3
Co2	22-30	23.2	19.4	24.8	21.5	28.3
Ion gap	0-99999	12.68	17.22	14.68	15.5	11.28
การแปลผล	มีค่า Cl สูงกว่าปกติ แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำ หรือได้รับเกลือมากเกินไป					

ผลการตรวจ BUN Cr และ GFR

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ					การแปลผล
		29 มี.ค. 64	19 เม.ย. 64	20 พ.ค. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64	
BUN	10-20	14	14	16	14	19	ค่าการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
Cr	0.7-1.3	0.9	0.92	0.82	0.97	0.78	
GFR	80-120	83.26	81.07	86.50	76.05	88.30	

ผลการตรวจ CBC

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		29 มี.ค. 64	19 เม.ย. 64	20 พ.ค. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
WBC correct	4.5-9	8.43	7.23	9.11	10.46	9.76
RBC correct	4-5.7	4.63	4.78	5.22	5.08	4.96
Hb	12-15	11.9	12.0	13.2	12.6	12.5
Hct	38-48	39	39.5	43.5	39.7	39.3
MCV	80-97	83.1	82.6	83.4	78.2	79.2

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		29 มี.ค. 64	19 ม.ย. 64	20 พ.ค. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
MCH	25-35	25.3	25.1	25.3	24.7	25.2
MCHC	0-36	30.4	30.3	30.3	31.6	31.8
Plt count	140-400	265	178	205	189	248
Plt smear		adequate	adequate	adequate	adequate	adequate
RDW-SD	13.9-16.1	15.9	16.5	17.3	16.0	17.0
Neutrophil	36-70	26.0	44	75.7	63.6	75.7
Lymphocyte	23-57	54.0	23	10.3	25.4	14.7
Monocyte	2-7	4.0	5	2.7	6.8	7.0
Eosinophil	1-5	15.0	27	10.6	3.3	1.7
Basophil	0-3	1.0	1	0.7	0.9	0.9

ผลการตรวจ CBC ต่อ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		29 มี.ค. 64	19 เม.ย. 64	20 พ.ค. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
Target Cell		Few	Few	+1	-	Few
Aniso		-	-	+1	-	-
Mocrocyte		-	-	+1	-	Few
Hypocromia		-	-	+1	-	-

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลตรวจ CBC

รายการตรวจ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
	29 มี.ค. 64	19 เม.ย. 64	20 พ.ค. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
การแปลผล	-มีภาวะซีดเล็กน้อย -มีภาวะหอบหืด	-มีภาวะหอบหืด	-มีภาวะหอบหืด -มีการอักเสบเฉียบพลันหรือมีการติดเชื้อแบคทีเรีย	-อาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส	-มีการอักเสบเฉียบพลันหรือมีการติดเชื้อแบคทีเรีย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ					การแปลผล
		8 พ.ค. 64	9 พ.ค. 64	10 พ.ค. 64	11 พ.ค. 64	26 พ.ค. 64	
Flu. A	negative	negative	-	-	-	negative	ไม่มีการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A
Flu. B	negative	negative	-	-	-	negative	ไม่มีการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A
Hemo C/S	No growth	-	-	-	No growth	-	ไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด
Sputum AFB	negative	-	negative	negative	negative	-	ไม่มีการติดเชื้อวัณโรค

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลการตรวจ Lung Function Test

วัน เดือน ปี	ชนิดการตรวจ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
4 มิ.ย. 61	PFT Ratio	54.8-53.2	Mild airflow with partially bronchodilator response COPD gr B
	FEV1	2.54 (82%)	
	FVC	2.46 (74%)	
	FEF25-75%	2.54%-(76%)	
8 ธ.ค. 63	PFT Ratio	56-53.1	Moderate airflow limitation with bronchodilator COPD gr B
	FEV1	2.66(83%)	
	FVC	2.55(82%)	
	FEF25-75%	2.67%-(82%)	

ผลการตรวจ sputum gram stain และ sputum c/s

รายการตรวจ	วันที่ตรวจ /ผลการตรวจ				
	22 ก.พ. 64	22 มี.ค. 64	17 พ.ค. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
WBC	Moderate	Moderate	Rare	Moderate	Rare
RBC	-	-	-	-	-
Epithelium cell	Few	Moderate	Few	Few	Few
Negative bacilli	Few	Rare	Rare	Few	Few
Negative coccobacilli	Many	Few	Many	Rare	-
Positive coccobacilli	-	Few	Few	Few	Moderate
sputum c/s	No growth		No growth		No growth
การแปลผล	ไม่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง				

ผลการตรวจ Electrolyte

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		11 ม.ค. 64	10 ก.พ. 64	20 เม.ย. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
NA	135-145	141.6	140.9	139.2	136.3	155.9
K	3.5-5.5	3.88	3.92	4.48	4.11	4.98
Cl	95-100	109.6	108.2	104.2	103.4	111
Co2	22-30	23.2	19.4	24.8	21.5	29
Ion gap	0-99999	12.68	17.22	14.68	15.5	17.8
การแปลผล	มีค่า Cl สูงกว่าปกติ แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำ หรือได้รับเกลือมากเกินไป					

ผลการตรวจ BUN Cr และ GFR

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ					การแปลผล
		11 ม.ค. 64	10 ก.พ. 64	20 เม.ย. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64	
BUN	10-20	14	14	16	14	19.7	ค่าการทำงานของไตสูงขึ้น
Cr	0.7-1.3	0.9	0.92	0.82	0.97	1.2	
eGFR		3	4	3	4	4	

ผลการตรวจ CBC

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		10 ม.ค. 64	10 ก.พ. 64	20 เม.ย. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
WBC correct	4.5-9	3.25	4.23	9.22	10.11	10.76
RBC correct	4-5.7	4.58	4.78	5.0	5.01	5.77
Hb	12-15	11.3	11.0	12.2	13.4	12.5

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		10 ม.ค. 64	10 ก.พ. 64	20 เม.ย. 64	24 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
Hct	38-48	39	38	39.5	38.02	37.3
MCV	80-97	75.8	80	79.4	78.9	80.2
MCH	25-35	24.7	26	26.3	26.7	28.2
MCHC	0-36	32.6	30.3	31.4	33.4	31
Plt count	140-400	153	172	196	201	222
Plt smear		adequate	adequate	adequate	adequate	adequate
RDW-SD	13.9-16.1	19.2	17.2	18.1	19.0	18.0
Neutrophil	36-70	61.0	44	75.7	63.6	77
Lymphocyte	23-57	54.0	23	10.3	25.4	25.5
Monocyte	2-7	4.0	5	2.7	6.8	7.0
Eosinophil	1-5	5.2	5.1	5.6	4.3	5.7
Basophil	0-3	0.3	1	0.6	1	2
Target Cell		Few	Few	+1	+1	Few
Target Cell		-	-	+1	+1	-

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลการตรวจ CBC ต่อ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		10 ม.ค. 64	10 ก.พ. 64	20 เม.ย. 64	1 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
Microcyte		-	-	+1	+1	Few
Hypochromia		-	-	+1	-1	-

การแปลผลตรวจ CBC

รายการตรวจ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
	10 ม.ค. 64	10 ก.พ. 64	20 เม.ย. 64	1 มิ.ย. 64	26 มิ.ย. 64
การแปลผล	- มีภาวะหอบหืด	- มีภาวะหอบหืด	- มีภาวะหอบหืด - มีการอักเสบเฉียบพลันหรือมีการติดเชื้อแบคทีเรีย	- อาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส	- มีการอักเสบเฉียบพลันหรือมีการติดเชื้อแบคทีเรีย

กรณีศึกษาตอนที่ 2

ชายไทย อายุ 67 ปี สถานภาพ สมรส คู่ จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ รับจ้าง
แผนการรักษา Medication

1. Berodual MDI

ชื่อสามัญ Fenoterol hydromide
ประเภท ยาขยายหลอดลม
ข้อบ่งใช้ ป้องกันการเกิดอาการหอบหืด และการหดเกร็งของหลอดลม
การออกฤทธิ์ เป็น β -adrenergic agonist
ผลข้างเคียง กระสับกระส่าย มึนงง กล้ามเนื้อสั่น หัวใจเต้นเร็ว แสบอก กล้ามเนื้อหัวใจเป็นตะคริว
การพยาบาล
1. นำนับการหายใจ ฟังเสียงปอด จับชีพจร วัดความดันโลหิต ติดตามดูหน้าท้องปอด
2. พ่นยาตามแผนการรักษา ถ้าพ่นยา 2 puff ให้พ่นห่างกัน 1 นาที หรือพ่นให้ห่างกันจากยาอื่น 5 นาที
3. ระวังยาเข้าตา

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4. ยาอาจทำให้ปากแห้ง ควรบ้วนปากทุกครั้งหลังพ่นยา ถ้ามีอาการมันง เป็นลม ฟังปอด มีเสียงหวีดหายใจลำบาก ผื่นคัน บวมตามใบหน้า ริมฝีปาก หรือหนังตา รายงานแพทย์ทราบ

5. แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่

2. Budesonide MDI

ชื่อสามัญ	Budesonide MDI
ประเภท	Inhaled corticosteroid (ICS)
ข้อบ่งใช้	ควบคุมโรค COPD และ Asthma รักษาโรคหอบหืดหลอดลม
การออกฤทธิ์	Budesonide เป็นยาในกลุ่ม inhaler corticosteroid มีคุณสมบัติต้านการอักเสบจึงใช้ ในการรักษาโรคหอบหืด มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำงานของปอดให้ดีขึ้น ลด airway hyper-responsiveness ลดอาการและลดความถี่ของการจับหืดส่งผลให้มี คุณภาพชีวิตดีขึ้น กลไกที่สำคัญคือ ต้าน IgE รบกวน arachidonic acid metabolism และกระบวนการสร้าง leukotrimite และ prostaglandins ป้องกันการสร้างและการ หลั่งcytokine จึงลดการกระตุ้น inflammatory cells เพิ่มการตอบสนองของreceptor ที่กล้ามเนื้อเรียบทางเดินหายใจ
ผลข้างเคียง	1) อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที มีดังนี้อาการเจ็บมูกอย่างรุนแรง มีเลือดออกในมูกบ่อยๆ อาการแสดงของการแพ้ ยา เช่น แขนงหน้าอก หายใจหรือกลืนลำบาก บวมบริเวณลิ้น ริมฝีปาก เปลือกตา หรือหน้า ผื่นคัน ผื่นลมพิษ หรืออาการหายใจหืดเนื่องจากหายใจขัด (wheezing) มี ฝ้าขาวในคอ ปาก หรือมูก ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ เป็นสิ่วอย่างรุนแรง 2) อาการอันไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา หากเป็นต่อเนื่อง หรือรบกวนชีวิตประจำวัน มีดังนี้อาการแห้ง ระคายเคือง หรือเป็นแผลไหม้ในมูก ปากแห้ง เจ็บคอ เสียงแหบ ไอเพิ่มมากขึ้น มีเลือดกำเดาไหลเป็นบางครั้ง
การพยาบาล	สังเกตอาการข้างเคียงของยา

3.Theodur-SR 200 mg

ชื่อสามัญ	Theophylline sustained-release
ประเภท	ยาขยายหลอดลม
ข้อบ่งใช้	ใช้สำหรับการลดการบรรเทาและการป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยที่มีโรคหอบหืด
การออกฤทธิ์	ออกฤทธิ์ผ่านกลไกยับยั้งเอนไซม์phosphodiesterase (PDE) เป็นผลให้มีการเพิ่มระดับของ cAMP ทำให้หลอดลมขยายตัว
ผลข้างเคียง	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียนท้องเสีย, ปวดหัว, หงุดหงิด, และใจสั่น ควรใช้ความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง, โรคแผลในกระเพาะอาหาร, โรคลมชัก และโรคหัวใจที่รุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับจังหวะการเต้นหัวใจ

การพยาบาล แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเคี้ยวยาเพราะจะทำให้ยาออกฤทธิ์เร็วเกินไปจนเกิดพิษได้ และควรทานยาพร้อมน้ำมากๆ

4. Doxazosin 2mg

ชื่อสามัญ Prazosin
 ประเภท Peripheral alpha1-blockers
 ข้อบ่งใช้ รักษาโรคความดันโลหิตสูงและช่วยลดอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างที่เกิดจากต่อมลูกหมากโตได้
 การออกฤทธิ์ ยาปิดกั้น ตัวรับแอดรีเนอร์จิกชนิดแอลฟา1 ที่ออกฤทธิ์ไม่เฉพาะ (ออกฤทธิ์ทั้งต่อหลอดเลือดและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก)
 ผลข้างเคียง วิงเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่าใจสั่น อ่อนเพลียง่วงนอน ปวดศีรษะ ปากแห้ง คลื่นไส้
 การพยาบาล แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวัง ในการเปลี่ยนท่า เพราะยาจะมีผลให้เกิดความดันตกขณะเปลี่ยน ท่า(postural hypotension) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะ หรืออาจเป็นลม หหมดสติได้ หรือ รับประทานยาก่อนนอน

5. Symbicort forte

ชื่อสามัญ budesonide และ formoterol
 ประเภท Steroid and beta-2 agonist
 ข้อบ่งใช้ ลดความรุนแรงของอาการโรคหอบหืด, ช่วยเพิ่มการทำงานของปอดและลดความถี่ของการกำเริบ
 การออกฤทธิ์ udesonide ซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งใน Symbicort จะไปกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งในการลดการอักเสบ
 ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว ระคายเคืองคอ ผื่นคัน ลมพิษ
 การพยาบาล แนะนำให้บ้วนปากทุกครั้งหลังพ่นยา udesonide ซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งใน Symbicort จะไปกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งในการลดการอักเสบ จึงทำให้มีโอกาสเกิดเชื้อราในช่องปากและลำคอได้ จึง มักเกิดเฉพาะที่ (ปากและลำคอ)

6. Simvastatin 10mg

ชื่อสามัญ statin
 ประเภท ยาลดไขมันในหลอดเลือด
 ข้อบ่งใช้ ลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดีและไตรกลีเซอไรด์ในหลอดเลือดในขณะเดียวกันก็จะเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดดีด้วย
 การออกฤทธิ์ การยับยั้งเอนไซม์ตัวหนึ่งในร่างกาย ทำให้เอนไซม์ไม่ทำงาน ซึ่งเอนไซม์ดังกล่าวเกี่ยวกับการสร้างคอเลสเตอรอล ทำให้ปริมาณคอเลสเตอรอลลดลง ทั้งยังช่วยขับไขมันชนิดไม่ดี (LDL) ออกจากร่างกาย โดยตัวยาคือออกฤทธิ์ในระยะเวลา 2-6 สัปดาห์สามารถลดคอเลสเตอรอลในร่างกายได้ 30-50%

ผลข้างเคียง	- คลื่นไส้ ปวดท้องส่วนบน มีอาการคัน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระ สีซีด ตัวเหลือง ตาเหลือง - ปัสสาวะน้อยหรือไม่ปัสสาวะ มีอาการเจ็บหรือปัสสาวะได้ลำบากอาการบวมที่เท้าหรือข้อเท้ามีและรู้สึกอ่อนเพลียหรือหายใจสั้น ปวดศีรษะ
การพยาบาล	สังเกตอาการข้างเคียงของยา

7. Favipiravir 200mg

ชื่อสามัญ	ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) เป็นชื่อสามัญของยาในกลุ่ม Avigan
ข้อบ่งใช้	มีกลไกในการยับยั้งไวรัสที่ขยายพันธุ์ด้วย RNA polymerase เหมือนกับไวรัสไข้หวัดใหญ่ ไวรัสโรคปากและเท้าเปื่อย ไวรัสไข้เหลือง เป็นต้น จึงมีความปลอดภัย หากใช้อย่างถูกต้อง
การออกฤทธิ์	การทำงานของยาฟาวิพิราเวียร์จะออกฤทธิ์ 2 แบบ ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส : ตัวยาสามารถยับยั้งเอนไซม์ RNA- dependent RNA polymerase, RdRP ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่มีในไวรัสเท่านั้นทำให้เชื้อไวรัสกลายพันธุ์ : เมื่อตัวยาเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นสาร Active Form = favipiravir-ribofuranosyl-5'- triphosphate (RTP) ให้ไวรัสกลายพันธุ์จนภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายมนุษย์สามารถเข้าไป กำจัดไวรัสจนหมด หรือเหลือปริมาณน้อยจนไม่สามารถก่อโรคในร่างกายได้อีกสำหรับในประเทศไทยยาฟาวิพิราเวียร์ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการของโรคแต่ไม่แนะนำให้ใช้กับผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการหรือใช้เพื่อป้องกันโรค วิธีการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์กับผู้ป่วยโควิด-19 ในทางแพทย์จะพิจารณาใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ในผู้ป่วยที่มีอาการของโรค มีภาวะปอดอักเสบ ใช้รักษาเชื้อลงปอดที่มีอาการรุนแรงโดยขนาดยาที่ใช้ในการรักษา ในแต่ละกลุ่มจะมีวิธีการใช้ต่างกัันดังนี้ ผู้ใหญ่ : ในวันแรกรับประทานครั้ง 8 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง และหลังจากนั้นจะรับประทาน ครั้งละ 4 เม็ดทุก 12 ชั่วโมงผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 90 กิโลกรัม : ขนาดในการ รับประทานยาจะสูงขึ้น โดยในวันแรกจะรับประทานครั้งละ 12 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง และหลังจากนั้น ครั้งละ 5 เม็ดทุก 12 ชั่วโมงผู้ป่วยควรรับประทานยาตามวันและเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัดระยะเวลาในการรักษาอยู่ที่ 5-10 วัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายนอกจากนี้ยังพิจารณาให้ใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ว่าอาจจะใช้กับผู้ที่ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ ในบางรายหากมีแนวโน้มที่จะป่วยหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวบางชนิด เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคตับ ไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน

ผลข้างเคียง

1. คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
2. อาจทำให้ทารกในครรภ์มีความพิการ หากรับประทานยาในช่วงตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก
3. มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ เมื่อรับประทานร่วมกับยาบางชนิด
4. มีผลต่อการทำงานของตับ ตับอักเสบ (แพทย์จึงไม่แนะนำให้รับประทานร่วมกับยาฟ้าทะลายโจร หรือยาที่มีผลต่อตับ)

การพยาบาล

ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามวันและเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัดระยะเวลาในการรักษาอยู่ที่ 5-10 วัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายนอกจากนี้ยังพิจารณาให้ใช้ยาฟาร์พิราเวียร์ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ว่าอาจจะใช้กับผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการในบางรายหากมีแนวโน้มที่จะป่วยหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวบางชนิด เช่น โรคปอดรื้อรังโรคตับ ไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองเบาหวานผู้ใหญ่วัยแรกให้รับประทานยาปริมาณ 200 มิลลิกรัม จำนวน 8 เม็ด วัน ละ 2 ครั้ง ในวันถัดไป ให้รับประทานยาปริมาณ 200 มิลลิกรัม จำนวน 3 เม็ด วันละ 2 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 35 กิโลกรัม/พื้นที่ผิว 1 ตารางเมตรขึ้นไปให้รับประทานยาปริมาณ 60 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน โดยแบ่งรับประทานวันละ 2 ครั้ง จากนั้นให้รับประทานยาปริมาณ 20 มิลลิกรัม/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน โดยแบ่งรับประทานวัน ละ 2 ครั้ง ในวันถัดไป

ผลการตรวจ Lung Function Test

วัน เดือน ปี	ชนิดการตรวจ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
4 มิ.ย. 61	PFT Ratio	54.8-53.2	Mild airflow with partially bronchodilator response COPD gr B
	FEV1	2.54 (82%)	
	FVC	2.46 (74%)	
	FEF25-75%	2.54%-(76%)	
8 ธ.ค. 63	PFT Ratio	56-53.1	Moderate airflow limitation with bronchodilator
	FEV1	2.66(83%)	
	FVC	2.55(82%)	COPD gr B
	FEF25-75%	2.67%-(82%)	

ผลการตรวจ sputum gram stain และ sputum c/s

รายการตรวจ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
	22 ก.พ.64	22 มี.ค.64	17 พ.ค.64	20 พ.ค.64	21 พ.ค.64
WBC	Moderate	Moderate	Rare	Moderate	Rare
RBC	-	-	-	-	-
Epithelium cell	Few	Moderate	Few	Few	Few
Negative bacilli	Few	Rare	Rare	Few	Few
Negative coccobacilli	Many	Few	Many	Rare	-
Positive coccobacilli	-	Few	Few	Few	Moderate
sputum c/s	No growth		No growth		No growth
การแปลผล	ไม่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง				

ผลการตรวจ Electrolyte

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		11 มี.ค.64	10 ก.พ.64	20 เม.ย.64	17พ.ค.64	20 พ.ค.64
NA	135-145	141.6	140.9	139.2	136.3	155.9
K	3.5-5.5	3.88	3.92	4.48	4.11	4.98
Cl	95-100	109.6	108.2	104.2	103.4	111
Co2	22-30	23.2	19.4	24.8	21.5	29
Ion gap	0-99999	12.68	17.22	14.68	15.5	17.8
การแปลผล	มีค่า Cl สูงกว่าปกติ แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำ หรือได้รับเกลือมากเกินไป					

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลการตรวจ BUN Cr และ GFR

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ					การแปลผล
		11 ม.ค.64	10 ก.พ.64	20 เม.ย.64	17 พ.ค.64	28 มิ.ย.64	
BUN	10-20	14	14	16	14	19.7	ค่าการทำงานไตสูงขึ้น
Cr	0.7-1.3	0.9	0.92	0.82	0.97	1.2	
eGFR		3	4	3	4	4	

ผลการตรวจ CBC

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		10 ม.ค.64	10 ก.พ.64	20 เม.ย.64	1 มิ.ย.64	28 มิ.ย.64
WBC correct	4.5-9	3.25	4.23	9.22	10.11	10.76
RBC correct	4-5.7	4.58	4.78	5.0	5.01	5.77
Hb	12-15	11.3	11.0	12.2	13.4	12.5
Hct	38-48	39	38	39.5	38.02	37.3
MCV	80-97	75.8	80	79.4	78.9	80.2
MCH	25-35	24.7	26	26.3	26.7	28.2
MCHC	0-36	32.6	30.3	31.4	33.4	31
Plt count	140-400	153	172	196	201	222
Plt smear		adequate	adequate	adequate	adequate	adequate
RDW-SD	13.9-16.1	19.2	17.2	18.1	19.0	18.0
Neutrophil	36-70	61.0	44	75.7	63.6	77
Lymphocyte	23-57	54.0	23	10.3	25.4	25.5
Monocyte	2-7	4.0	5	2.7	6.8	7.0

ผลการตรวจ CBC ต่อ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
		10 ม.ค.64	10 ก.พ.64	20 เม.ย.64	1 มิ.ย.64	28 มิ.ย.64
Eosinophil	1-5	5.2	5.1	5.6	4.3	5.7
Basophil	0-3	0.3	1	0.6	1	2
Target Cell		Few	Few	+1	+1	Few
Target Cell		-	-	+1	+1	-
Mocrocyte		-	-	+1	+1	Few
Hypocromia		-	-	+1	-1	-

การแปลผลตรวจ CBC

รายการตรวจ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ				
	10 ม.ค.64	10 ก.พ.64	20 เม.ย.64	1 มิ.ย.64	28 มิ.ย.64
การแปลผล	- มีภาวะหอบหืด	- มีภาวะหอบหืด	- มีภาวะหอบหืด - มีการอักเสบเฉียบพลันหรือมีการติดเชื้อแบคทีเรีย	- อาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส	- มีการอักเสบเฉียบพลันหรือมีการติดเชื้อแบคทีเรีย

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ / ผลการตรวจ					การแปลผล
		10 ม.ค.64	10 กพ.64	20 เม.ย.64	1 มิ.ย.64	28 มิ.ย.64	
Flu. A	negative	negative	negative	-	negative	negative	ไม่มีการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A
Flu. B	negative	negative	negative	-	negative	negative	ไม่มีการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A
Hemo C/S	No growth	-	-	-	-	No growth	ไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด
Sputum AFB	negative	-	-	-	negative	-	ไม่มีการติดเชื้อวัณโรค

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน