

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว :

กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระนอง

Nursing Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with
Pneumothorax: Case study of patients in Ranong Hospital

อรอนงค์ ธนิตสุขการ

Ornanong Thanitsukkarn

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

(Received: October 18, 2024; Accepted: October 31, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระนอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการแสดงและการรักษา มาวางแผนให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะก่อนจำหน่าย

ผลการศึกษา เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วจำนวน 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยป่วยชายไทย อายุ 65 ปี อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น พ่นยาไม่ดีขึ้น เป็นมา 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัย COPD with Pneumothorax รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัว ปวดแน่นท้องมากขึ้นเป็นมา 1 วัน ได้รับการวินิจฉัย COPD with Pneumothorax with Nephrotic Syndrome ในระยะวิกฤตให้การพยาบาลเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ รักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะและความชำนาญพิเศษในการดูแลผู้ป่วยทั้งภาวะวิกฤตและภาวะปกติ เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะปอดรั่ว, การพยาบาล



Abstract

This study aimed to compare the nursing Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Pneumothorax 2 patients admitted to the Ranong Hospital inpatient department. Data was collected from medical records and through interviews with patients and their families. The data was then analyzed using a health pattern model to compare the pathophysiology, symptoms, treatment, nursing care plan, and evaluation outcomes in 3 phases: critical phases, recovery phases, and pre-sale period.

Results Two male Thai patients with COPD and Pneumothorax were compared. Case 1: Thai male patient, age 65 years old. The main symptom is severe shortness of breath that did not improve with inhales for 3 hours prior. Diagnosed with COPD and Pneumothorax. Case 2: Thai male patient, age 68 years old. The main symptom is shortness of breath, generalized edema, and severe abdominal pain that had been worsening for 1 day. Diagnosed with COPD with Pneumothorax with Nephrotic syndrome. In the crisis phase, the patient received nursing care by receiving enough oxygen, controlling water and electrolyte balance, giving antibiotics and intravenous fluids, preventing complications, and reducing the anxiety of patients and relatives. Therefore, nurses have knowledge, skills, and special expertise in caring for critical and normal patients to plan nursing practices according to standards consistent with the treatment plan from the first admission until discharge to keep patient safety and reduce readmission to the hospital.

Keywords: COPD, Pneumothorax, Nursing

บทนำ

จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) ประมาณ 210 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเป็สาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 (Health Data Center: HDC, Ministry of Public Health) สำหรับในประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คน ต่อประชากรแสนคน (กรมการแพทย์, 2562) โดยมีพยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นไปในทางเสื่อมลง ไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติและเป็นโรคที่ไม่หายขาดโดยมีลักษณะเป็น progressive not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองต่อปอดจากฝุ่น และแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุดได้แก่ ควันบุหรี่ ทำให้เกิด Abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย (Multicomponent disease) ผลจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอดและหลอดเลือดปอด (Pulmonary vasculature) เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปถึงขนาดเล็กมีการอักเสบและการทำลายที่เกิดขึ้นซ้ำๆ โครงสร้างของผนังหลอดลม โดยเฉพาะส่วนปลายมีการตีบแคบการสร้าง mucus มากกว่าปกติรวมกับการทำงานผิดปกติของ cilia ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรังมีเสมหะเกิดการอุดกั้นและมีพังผืดเกิดขึ้น ส่งผลให้หลอดลมแฟบการอุดกั้นในหลอดลมที่รุนแรงจะทำให้เกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดของปอดเพิ่มขึ้น ปอดที่มีการโป่งพองอย่างถาวรทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับลมออกจากความจุของปอดภายในเวลาที่กำหนด พยาธิสภาพของโรคจะเกิดการระคายเคือง

ต่อเนื่องส่งผลทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เนื้อเยื่อปอดและหลอดเลือดภายในปอดทำให้มีการสร้าง Mucus มากกว่าปกติรวมกับการทำงานของ Cilia ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการไอมีเสมหะ มีการตีบแคบของหลอดลม ทำให้อากาศไหลเวียนไม่สะดวกมีลมค้างภายในปอด มีผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยขาดออกซิเจนและมีอาการหอบอย่างเฉียบพลัน สาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบมักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส rhinovirus, respiratory syncytial virus, coronavirus, influenza virus มีโอกาสพบเชื้อแบคทีเรียก่ออาการกำเริบได้เพียง 50% เท่านั้น ได้แก่ Haemophilus influenza, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Pseudomonas aeruginosa แต่พบว่า 1/3 ของ COPD ที่มีอาการกำเริบมักหาสาเหตุที่กระตุ้นให้อาการกำเริบไม่ได้ อาการกำเริบมักมาด้วยหอบเหนื่อยมากขึ้น เสมหะมากขึ้น เกิดการคั่งของเสมหะมีผลให้ความต้านทานภายในหลอดลมสูงขึ้นขณะหายใจออก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เนื่องจากต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง อาจสูญเสียรายได้จากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ตามปกติ ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีการดำเนินโรคเลวลงอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น ซึ่งภาวะ แทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทำให้เกิดอาการแย่ลงอย่างทันทีทันใดได้แก่ ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งถ้าลมที่รั่วออกมามีปริมาณมาก จะโป่งเนื้อปอดทำให้ปอดแฟบลง ส่งผลให้เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หากลมรั่วมี



ปริมาณมาก อาจเกิดภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ และทำให้เสียชีวิตได้ (รพีพร โรจน์แสงเรือง, 2557)

โรงพยาบาลระนองมีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2563 –2565 จำนวน 310,278 และ 260 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วจำนวน 9, 10 และ 12 ราย ตามลำดับและมีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะปอดรั่วร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 11.11, 10 และ 16.67 ตามลำดับ (โรงพยาบาลระนอง, 2565) ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการกลับมารักษาซ้ำด้วยระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะปอดรั่ว, พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะวิกฤตในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วไม่เพียงพอ, การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติไม่ต่อเนื่องและปัจจัยด้านผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่และมีการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นผู้ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วจำนวน 2 ราย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วเปรียบเทียบกับรายกรณี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูล เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วเป็นรายกรณี (Case study) จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลระนอง ในช่วงเดือน เมษายน-ตุลาคม 2567 โดยศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และแบบบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะการเตรียมจำหน่าย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	65 ปี	68 ปี
สัญชาติ	ไทย	ไทย
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
สถานภาพ	หม้าย	คู่
อาชีพ	งานบ้าน	งานบ้าน

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	บัตรประกันสุขภาพ
โรคร่วม	- โรคความดันโลหิตสูงรักษาที่โรงพยาบาลละอูน มา 10 ปี	- โรคความดันโลหิตสูง, COPD รักษา มา 12 ปี
การสูบบุหรี่	- COPD รักษา มา 10 ปี	-Nephrotic syndrome รักษา มา 8 ปี
	เคยมีประวัติสูบบุหรี่ 10-12 มวนต่อวันมา ประมาณ 40 ปี ขปัจจุบันสูบน้อยลงเหลือวัน ละ 2-3 มวนต่อวัน	มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวนมา 30 ปี เลิกสูบบุหรี่ได้ 1 ปี
วันที่เข้ารับการรักษา	18 สิงหาคม 2567	27 กันยายน 2567
วันที่จำหน่าย	23 สิงหาคม 2567	5 ตุลาคม 2567
การวินิจฉัยโรค	COPD with Pneumothorax	COPD with Pneumothorax with Nephrotic syndrome

ตารางที่ 2 รายงานข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล	หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นเป็นมา 3 ชั่วโมง	หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวเป็นมา 1 วัน
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ญาติให้ประวัติ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดเมื่อยตามตัว เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไอมากมีเสมหะสีเหลือง ไอมากตอน กลางคืน รับประทานอาหารได้น้อยลง วันนี้ เวลา 05.00 น. ไอมีเสมหะมากขึ้น หายใจ เหนื่อยหอบ พ่นยาแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการปาก คัล้า เหนือออกมากร รับนำส่งโรงพยาบาล	2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีประวัติรักษา right pleural effusion 2 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล อ่อนเพลียท้อง โตขึ้น แน่นท้อง น้ำหนักเพิ่มขึ้น 6 กิโลกรัม มา รักษาที่โรงพยาบาลได้ยาไปทานอาการไม่ดีขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจ เหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวกดบุ่ม 2+ ปวดแน่น ท้องมากขึ้น ญาตินำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- โรคประจำตัวเป็น HTและ COPD รักษาที่ โรงพยาบาลละอูนมา 10 ปี - สูบบุหรี่ 10-12 มวนต่อวัน เป็นเวลา 40 ปี ปัจจุบันสูบน้อยลงเหลือวันละ 2-3 มวนต่อวัน ,เลิกดื่มสุรา - ปฏิเสธการผ่าตัด	- โรคประจำตัวเป็นHTและ COPD รักษา มา 12 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง - มีประวัติรักษา Nephrotic syndrome 8 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง - สูบบุหรี่วันละ 10 มวนมา 30 ปี เลิกสูบบุหรี่ ได้ 1 ปี, ดื่มสุรานานๆครั้ง - ปฏิเสธการผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	- สมาชิกในครอบครัวมีบุตรชายและบุตรสะใภ้ แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว	- สมาชิกในครอบครัวมีภรรยาเป็นโรคความ ดันโลหิตสูง, บุตรสาวแข็งแรงดี

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารเสพติด	- ไม่มี	- ไม่มี
อาการแรกเริ่ม	แรกเริ่มที่ ER โรงพยาบาลระนอง เวลา 8.50 น. หายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 186/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ 90 เปอร์เซ็นต์ E4V5M6 ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing ทั้งสองข้างแพทย์พิจารณาให้ Berodual NB จำนวน 3 dose ไม่ดีขึ้น ให้ยา Dexamethasone 8 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ อาการไม่ดีขึ้น ส่งเอกซเรย์ปอด พบว่า มี ภาวะปอดรั่วด้านซ้าย(Left pneumothorax) จึงใส่ท่อระบายทรวงอก ชนิด 2 ขวด ,On 0.9 % NSS 1000 c.c. rate 80 c.c./hr ใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย ส่ง Admit แรกเริ่มที่แผนกอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็นริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าไม่เขียว หายใจเหนื่อยหอบใช้กลัมน้ำห้อง On HFNC 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4 , O₂sat= 100 % สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/72 มิลลิเมตรปรอท ใส่ท่อระบายทรวงอกด้านซ้ายชนิด 2 ขวดมีลมออกดี , ใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย รายงานแพทย์ ให้ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip in 80 cc/hr, On left ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำและลม ประมาณ 200 c.c., ส่งตรวจ cell count,C/S,G/S,protein, LDH, ADA,albumin , เจาะเลือดส่งตรวจ H/C*2, CBC, LFT , Electrolyte,U/A ,ให้ Berodual	แรกเริ่มที่ER โรงพยาบาลระนองเวลา 13.30 น. รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวกด บวม 2+ ท้องบวมโต ปวดแน่นท้อง ไม่มีไข้ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/110 มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ 93 เปอร์เซ็นต์, E4V5M6 , EKG Normal Lung: wheezing and crepitation แพทย์พิจารณาให้ Berodual NB จำนวน 2 dose ไม่ดีขึ้น CXR พบ right pleural effusion ให้ On high flow nasal cannula (HFNC) 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4 , ให้ยา Tazocin 4.5 gm IV และ Omeprazole 40 mg IV stat ส่ง Admit แรกเริ่มที่แผนกอายุรกรรมชาย เรียกผู้รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ ใช้กลัมน้ำหน้าห้อง On HFNC 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4, O₂sat= 98 % บวมทั่วตัว นอนราบไม่ได้ ไม่มีภาวะชืด ท้องบวมโต มีอาการปวดแน่นท้อง pitting edema 3+ both leg สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/97 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ ให้On 50% MgSo4 8 ml+5% D/W 100 ml IV drip in4 hr in day 1 then 50% MgSo4 4 ml +5%D/W 100 ml IV drip in 4 hr in day 2-3 แพทย์ดูผลCXR พบ pneumothorax แพทย์ทำการเจาะน้ำเยื่อหุ้มปอด (Thoracentesis) ใส่Right ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำและลม ประมาณ 500 c.c. ส่งCXRหลังทำ ICD พบว่า



ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	1 NBทุก 4 ชั่วโมง,keep O ₂ sat ≥94%, RR <24 /min Order for Continuation ให้ NPO ยกเว้นยา ถ้า Clinical ดีขึ้นให้ Regular diet	สายICD เข้าในเยื่อหุ้มปอด , ส่งตรวจ cell count, C/S,G/S,protein, LDH,ADA,albumin , เจาะเลือดส่งตรวจ H/C*2, CBC, LFT , Electrolyte,U/A ,ให้ Berodual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง,keep O ₂ sat ≥94%, RR <24 /min, ใส่สายสวนปัสสาวะ คาสาย,Order for Continuation ให้ NPO ยกเว้นยา ถ้า Clinical ดีขึ้นให้ Regular diet
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	18 สิงหาคม 2567 Hct = 37%, HGB =12.6 g/dl WBC=15,980 cell/cu.mm., PLT = 208,000 ,Neutrophil = 97 % BUN=23 mg/dl Creatinine= 0.68 mg/dl, GFR =119.45 Na=138 mmol/L,K=4.2 mmol/L, Cl=98 mmol/L ,Ca = 7.7 mg/dl HCO₃ =28 mmol/L, SGOT =30 U/L, SGPT=42 U/L 20 สิงหาคม 2567 LDH =304 U/L Sputum culture = Pseudomonas aeroginosa Sputum Gram stain WBC : Moderate Hemoculture*3 days = No bacterial Growth Pleural fluid glucose = 101 mg/dl Pleural fluid Protein = 0.18 mg/dl Pleural fluid LDH = 29 U/L	วันที่ 27 กันยายน 2567 Hct = 36.7%, HGB =12.1 g/dl WBC= 10,320 el/cu.mm.,PLT= 397,000 ,Neutrophil = 90 %, BUN=23 mg/dl Creatinine=0.68 mg/dl ,GFR =119.45 , Na=131 mmol/L, K=3.63 mmol/L,Cl=97 mmol/L SGOT =48 U/L, SGPT=38 U/L Urine Albumin 3+ , Leukocyte = Trace ,WBC = 5-10 call/HP,PT INR = 8.7 0.76 APTT=22.1 วันที่ 28 กันยายน 2567 Hct = 24% , HGB =8.2 g/dl WBC=14,820cell/cu.mm., PLT = 375,000 ,Neutrophil = 92 % , Magnesium =2.2 md/dl Anti HIV = negative Sputum culture = Escherichia coli Sputum Gram stain WBC : Moderate Epithelium Cells: Moderate,Gram Positive Hemoculture*3 days = No bacterial Growth Pleural fluid glucose = 120 mg/dl Pleural fluid Protein = 0.22 mg/dl

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		Pleural fluid LDH = 33 U/L วันที่ 29 กันยายน 2567 Hct = 27 % HGB = 9 g/dl WBC= 9,003cell/cu.mm., PLT = 259,000 ,Neutrophil = 96 % , BUN=23 mg/dl Creatinine0.77 mg/dl, GFR =113.5 Urine Albumin 3+ , Leukocyte = negative ,WBC = 1-2 cal/HP UPCR = 8.73 mg/dl
การรักษา	1. ใช้เครื่องบำบัดด้วยออกซิเจน HFNCเป็นระยะเวลา 2 วัน หลังจากนั้นให้ O ₂ Cannula 3 ลิตร/นาที่ 3 วัน 2. ให้ยาตามแผนการรักษา Ceftriaxone 2 gms IV วันละ 1 ครั้งให้ 3 วัน Azithromax 500 mg IV วันละ 1 ครั้ง ให้ 3 วัน หลังผล Sputum c/s พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa เปลี่ยนเป็น Levofloxacin 750 mg IV วันละ 1 ครั้ง, Berodual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง,Dexamethasone 4 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง,Theoder oral 1*1 pc, Meptin (50mg) oral 1*2 pc , Sereflow 2 puff เข้า-เย็น,Amlodipine (5mg) oral1*1pc, Simvastatin (20mg) oral1*1 hs , Paracetamol (500mg) 1*ทุก 4-6 ชั่วโมง, G.G. oral 1*4 pc	1. ใช้เครื่องบำบัดด้วยออกซิเจน HFNC เป็นระยะเวลา 2 วัน หลังจากนั้นให้ O ₂ Cannula 3 ลิตร/นาที่ 3 วัน 2. ให้ยาตามแผนการรักษา Tazocin 4.5 gm IV ทุก 6 ชั่วโมง, Cyclophosphamide(50mg) oral1*1pc, Prednisolone(5mg) oral 5*2 pc, Atrovastatin(40mg) oral 1*1 hs Lorsartan(50mg) oral1*1pc Manidipine(20mg) oral1*1pc, Omprazole(20mg) oral 1*1ac, Vitamin D(20,000 u)oral 1*1pc, CaCo ₃ (1500mg) oral 1*1pc Paracetamol(500mg) 1*ทุก4-6 ชั่วโมง, G.G. oral 1*4 pc

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
1. เกณฑ์การประเมินผล -หายใจมีอัตราและจังหวะสม่ำเสมอ 16-24 ครั้ง/นาที ซีฟจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท -ไม่มีลักษณะอาการซีดหรือเขียว O ₂ sat ปกติระหว่าง 95 -100% -เสียงหายใจเข้า-ออก/ฟังเสียงปอดปกติ	การประเมินผล -ระดับความรู้สึกตัวดี หายใจ อัตราการหายใจ22-28 ครั้ง/นาที ซีฟจร 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/64 -127/71 มิลลิเมตรปรอท ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว หลัง On HFNC และได้รับยา อาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง O ₂ sat อยู่ในช่วง 97-100% 100% -ไม่มีภาวะ Respiratory Failure	การประเมินผล -ระดับความรู้สึกตัวดี หายใจ อัตราการหายใจ18-22 ครั้ง/นาที ซีฟจร 79-108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 119/680 -140/90 มิลลิเมตรปรอท ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว หลัง On HFNC และได้รับยา อาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง O ₂ sat อยู่ในช่วง 97-99% -ไม่มีภาวะ Respiratory Failure
2. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -หายใจเหนื่อยหอบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง อัตราการหายใจ 26ครั้ง/นาที ซีฟจร 100 ครั้ง/นาที On HFNC O ₂ sat= 98 % ฟังปอดมีเสียงwheezing ทั้งสองข้าง ผล CXR พบว่า Left Pneumothorax On ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำสีเหลืองและลมประมาณ 200 ซี.ซี. -มีประวัติสูบบุหรี่ 40 ปี <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> -หายใจเหนื่อยหอบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง นอนราบไม่ได้ อัตราการหายใจ 28ครั้ง/นาที ซีฟจร 140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/97 มิลลิเมตรปรอท On HFNC O ₂ sat 98 % ฟังเสียงปอดซ้ายมีเสียง	กิจกรรมการพยาบาล 1.สังเกตอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย, หายใจลำบาก เป็นต้น รายงานแพทย์ทันที 2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผน การรักษา On HFNC 40-60 LPM FiO ₂ ที่ 0.4 ประเมินความสัมพันธ์การทำงานของเครื่องกับการหายใจของผู้ป่วย 3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4.จัดท่านอนศีรษะสูง (fowler position) 30-45 องศาเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัว ได้เต็มที่ 5.สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน2-3ครั้งแล้วกลืนหายใจแล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น	กิจกรรมการพยาบาล 1.สังเกตอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย,หายใจลำบาก เป็นต้น รายงานแพทย์ทันที 2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผน การรักษา On HFNC 40-60 LPM FiO ₂ ที่ 0.4 ประเมินความสัมพันธ์การทำงานของเครื่องกับการหายใจของผู้ป่วย 3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4.จัดท่านอนศีรษะสูง (fowler position) 30-45 องศาเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัว ได้เต็มที่ 5.สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน2-3ครั้งแล้วกลืนหายใจแล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น 6.ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใส่ท่อระบายทรวงอก ได้แก่ อัตราการหายใจ การหายใจลำบาก ลักษณะของสิ่งที่เจาะได้ เช่น น้ำ เลือด ลม เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
wheezingและปอดขามีเสียง crepitation และ wheezing ผล CXR พบว่า pneumothorax On Right ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำและลม ประมาณ 500 ซี.ซี. -มีประวัติสูบบุหรี่ 30 ปี	6.ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังการใส่ท่อระบายทรวงอก ได้แก่ อัตราการหายใจ การหายใจลำบาก ลักษณะของสิ่งที่ เจาะได้ เช่น น้ำ เลือด ลม เป็นต้น	7.ดูแลการทำงานของระบบการระบายให้มี ประสิทธิภาพให้เป็นระบบสัญญาณ
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่าง เพียงพอ ต่อความต้องการของ ร่างกาย	7.ดูแลการทำงานของระบบการระบาย ให้มีประสิทธิภาพให้เป็นระบบ	การประเมินผล -หลัง On HFNC ,On ICD ได้ยาและการ พยาบาลตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีอาการ หายใจเหนื่อยหอบลดลง อัตราการหายใจ 22-28 ครั้ง/นาที -O ₂ sat อยู่ในช่วง 97-99% -ไม่มีลักษณะอาการซีดหรือเขียว
เกณฑ์การประเมินผล -ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ สับสน ไม่มีอาการปวดศีรษะ -หายใจมีอัตราและจังหวะสม่ำเสมอ 18-24ครั้ง/นาที -ไม่มีลักษณะอาการซีดหรือเขียว -O ₂ sat ปกติระหว่าง 95 -100%	สัญญาณ การประเมินผล -หลัง On HFNC ,On ICD ได้ยาและการ พยาบาลตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมี อาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง อัตรา การหายใจ22-28 ครั้ง/นาที -O ₂ sat อยู่ในช่วง 97-100% -ไม่มีลักษณะอาการซีดหรือเขียว	
3. มีการติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจ	กิจกรรมการพยาบาล 1.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ทุกครั้ง 2.วัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินภาวะ ไข้ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูล 3.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Levofloxacin 750 มิลลิกรัม วัน ละ 1 ครั้งทางหลอดเลือดดำ ประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา เช่น phlebitis ผื่นแพ้ red man syndrome 4.สังเกตอาการแสดงอื่นๆ เช่น อ่อนเพลีย ,ระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล 1.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุก ครั้ง 2.วัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินภาวะไข้ ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูล 3.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Tazocin 4.5 gm IV ทุก6ชม. ประเมินและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา เช่น phlebitis ผื่นแพ้ red man syndrome 4.สังเกตอาการแสดงอื่นๆ เช่น อ่อนเพลีย , ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์
<u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -หายใจเหนื่อยหอบ ฟังปอดมีเสียง wheezing ทั้งสองข้าง -อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพ จร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที -ผล CBC พบว่า WBC = 15,980 cell/cu.mm.,Neutrophil = 97 % -Sputum c/s: Pseudomonas aeruginosa		

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
<u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ข้อมูลสนับสนุน -หายใจเหนื่อยหอบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง นอนราบไม่ได้ ฟังเสียงปอด ซ้ายมีเสียง wheezingและปอดขวา มีเสียง crepitation และ wheezing -อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28ครั้ง/นาที ชีพจร 140 ครั้ง/นาที -ผล CBC พบว่า WBC= 10,320 cell/cu.mm., Neutrophil =90 % -Sputum c/s: Escherichia coli วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เกณฑ์การประเมินผล -อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วง 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส -ระดับความรู้สึกตัวดี -ไม่มีอาการหนาวสั่น -new score 1-4 คะแนน - lactate < 2 -ปัสสาวะออก >0.5 cc/kg/hr.	5.ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้ง หลังบ้วนเสมหะและน้ำลายเพื่อช่วยลด การติดเชื้อในช่องปาก 6.สังเกตลักษณะเสมหะ สี กลิ่น ติดตามผล H/C 7.เช็ดตัวลดไข้ หลังเช็ดตัวลดไข้ดูแลให้ สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มี ความสุขสบาย การประเมินผล -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหนาวสั่น อุณหภูมิร่างกายลดลงเท่ากับ38 องศาเซลเซียสใน 24 ชั่วโมงแรกและลดลงอยู่ในช่วง37.5 -37.7 องศาเซลเซียสในวันต่อมา -new score 3 คะแนน - lactate 1.2 หลังAdmit วันที่ 3 -ปัสสาวะปกติ	5.ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลัง บ้วนเสมหะและน้ำลายเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก 6.สังเกตลักษณะเสมหะ สี กลิ่น ติดตามผล H/C 7.เช็ดตัวลดไข้ หลังเช็ดตัวลดไข้ดูแลให้ สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มี ความสุขสบาย การประเมินผล -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหนาวสั่น อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง37 -37.7 องศาเซลเซียส -new score 3 คะแนน - lactate 1.5 หลังAdmit วันที่ 2 -ปัสสาวะปกติ
4.ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal chest drain: ICD) <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> ข้อมูลสนับสนุน -CXR พบว่า Left Pneumothorax - On ICD บริเวณหน้าอกด้านซ้าย	กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลจัดทำให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 2.ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในระบบปิด 3.สังเกตการกระเพื่อมขึ้น-ลงของระดับน้ำในหลอดแก้วที่จุ่มอยู่ใต้น้ำ(ขวด Underwater-seal)	กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลจัดทำให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 2.ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในระบบปิด 3.สังเกตการกระเพื่อมขึ้น-ลงของระดับน้ำในหลอดแก้วที่จุ่มอยู่ใต้น้ำ(ขวด Underwater-seal)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
-On ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำสีเหลือง และลมประมาณ 200 ซี.ซี. <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผลCXR พบว่า pneumothorax -On Right ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำ และลมประมาณ 500 ซี.ซี. วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใส่ท่อระบายทรวงอก เกณฑ์การประเมินผล -ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก	4.ตั้งขวดไว้ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเสมอและควรยึดขวดระบายลมหรือสารเหลวไว้กับพื้น 5.รีด (Milking) สายยางบ่อยๆเพื่อป้องกันเลือดจับตัวกันเป็นลิ่ม ระวังไม่ให้สายยางหัก พับงอ 6.เมื่อมีการเปิดขวดหรือเปลี่ยนขวด ต้องใช้คีมหนีบสายยางระหว่างตัวผู้ป่วยกับขวดระบายทุกครั้ง เพื่อป้องกันลมรั่วเข้าไปในช่องปอด 7.บันทึกจำนวนสารเหลวที่ออกมา สังเกตลักษณะ สี และจำนวนของสารเหลวที่ออกมาทุกเวอร์ 8.สังเกตอาการผิดปกติ และรายงานแพทย์ เช่น แน่นหน้าอกเพิ่มขึ้น,มีเลือดออกมากกว่า 300-500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นต้น การประเมินผล -ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก	4.ตั้งขวดไว้ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเสมอและควรยึดขวดระบายลมหรือสารเหลวไว้กับพื้น 5.รีด (Milking) สายยางบ่อยๆเพื่อป้องกันเลือดจับตัวกันเป็นลิ่ม ระวังไม่ให้สายยางหัก พับงอ 6.เมื่อมีการเปิดขวดหรือเปลี่ยนขวด ต้องใช้คีมหนีบสายยางระหว่างตัวผู้ป่วยกับขวดระบายทุกครั้ง เพื่อป้องกันลมรั่วเข้าไปในช่องปอด 7.บันทึกจำนวนสารเหลวที่ออกมา สังเกตลักษณะ สี และจำนวนของสารเหลวที่ออกมาทุกเวอร์ 8.สังเกตอาการผิดปกติและรายงานแพทย์ เช่น แน่นหน้าอกเพิ่มขึ้น,มีเลือดออกมากกว่า 300-500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นต้น การประเมินผล -ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก
5.มีภาวะซีดเนื่องจากการสร้าง Erythropoietin ลดลงจากภาวะโรคไต <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -ไม่มีประวัติโรคไต <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> -เปลือกตาล่างซีด อ่อนเพลีย ความเข้มข้นของเลือดลดลงจากแรกรับ Hct เท่ากับ 21% Hemoglobin 8.2 g/dl วัตถุประสงค์ ภาวะซีดลดลง	กิจกรรมการพยาบาล -ไม่มี	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินภาวะทั่วไปที่แสดงถึงภาวะซีด เช่น เยื่อตา ลิ้น เป็นต้น 2.ดูแลให้ออนพัคพอนบนเตียง เพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม 3.ให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เป็นต้น เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กในการสร้างเม็ดเลือดแดง 4.ดูแลให้ Packed red cells 2 ยูนิตทางหลอดเลือดดำ ยูนิตละ 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดที่เพียงพอและสังเกตอาการขณะให้เลือด เช่น หน้าอกร้อน เหนื่อยออก ตัวเย็น เป็นต้น 5.ติดตามค่า HCT เพื่อประเมินภาวะซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
เกณฑ์การประเมินผล -ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) มากกว่า 30% -เยื่อปอดอักเสบมีสีแดงมากขึ้น		6.บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การประเมินผล -หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย ไม่ซีด เยื่อปอดอักเสบมีสีแดงขึ้น, Hct =27 %
6. มีภาวะน้ำเกินจากไตสูญเสีย หน้าที่ <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -ไม่มีประวัติโรคไต <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> -อ่อนเพลีย บวมทั่วตัว นอนราบ ไม่ได้ ท้องบวมโต มีอาการปวดแน่น ท้อง pitting edema 2+ both leg -ผล UPCR 8.73 mg/dl (<0.3) Urine Albumin 3+ -pain score = 8 คะแนน วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ น้ำเกิน เกณฑ์การประเมิน -มีอาการดีขึ้น,นอนราบได้ -สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60- 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร อยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที -มีอาการบวมลดลง -pain sore ลดลงอยู่ในช่วงคะแนน 1-5 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล -ไม่มี กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการ วัดสัญญาณชีพ 2.จัดท่านอนศีรษะสูง 3.ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน 4.จำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่เกิน2,000 mg/day 5.จำกัดน้ำไม่เกิน 800 ml/day เพื่อลด ภาวะน้ำเกิน การประเมินผล -ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ นอนรายได้เหนื่อย น้อยลง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย อาการบวมลดลง ปวดแน่นท้องน้อยลง Pain sore =5 คะแนน อัตราการหายใจ18- 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 90-108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 116/88 -142/89 มิลลิเมตรปรอท, O ₂ set 97-98%	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ระยะฟื้นฟู 7. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่บนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย -On HFNC , On ICD -มีอุปกรณ์สายต่างๆติดตัวผู้ป่วย <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> -ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่บนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย -On HFNC , On ICD -มีอุปกรณ์สายต่างๆติดตัวผู้ป่วย วัตถุประสงค์ -เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกณฑ์การประเมิน -ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้นตามขีดความสามารถโดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยหอบ	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ 3.ดูแลให้ความช่วยเหลือให้มีการขับถ่ายเป็นปกติ ก้นมานให้มิดชิดและช่วยเรื่องทำความสะอาดหลังขับถ่าย/ความสะอาดของร่างกาย 4..จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยจัดกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วนผู้ป่วยน้อยที่สุด 5.แนะนำผู้ป่วยและญาติมีการพลิกสลับกับการทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไป	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ 3.ดูแลให้ความช่วยเหลือให้มีการขับถ่ายเป็นปกติ ก้นมานให้มิดชิดและช่วยเรื่องทำความสะอาดหลังขับถ่าย/ความสะอาดของร่างกาย 4..จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยจัดกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วนผู้ป่วยน้อยที่สุด 5.แนะนำผู้ป่วยและญาติมีการพลิกสลับกับการทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไป การประเมินผล -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ท้องบวมโตลดลง ปวดแน่นท้องบางครั้ง เริ่มทำกิจกรรมปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในวันที่ 5 ของการนอนโรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้นตามลำดับ
ระยะก่อนจำหน่าย 8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และสอบถามตลอดว่า “อาการจะดีขึ้นไหม” จะ	กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษา 2.ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วยในขณะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมั่นใจในแผนการรักษาพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษา 2.ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วยในขณะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมั่นใจในแผนการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ได้กลับบ้านเมื่อไร ” “ต้องอยู่ โรงพยาบาลกี่วัน”	ญาติเข้าใจและมั่นใจในแผนการ รักษาพยาบาล	3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการ รักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ
<u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล มี อาการซึม จะส่ายหน้าตลอดเวลา สอบถาม ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นคน สอบถามว่า “คนไข้จะหายไหม เพราะเป็นหลายโรค” “ คนไข้บ่น เหนื่อยมาก ”	3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจใน แผนการรักษาพยาบาลและการตรวจ วินิจฉัยอื่นๆ	4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถาม เกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจ รับฟัง ปัญหาชี้แจงและอธิบายในข้อสงสัย
วัตถุประสงค์ -เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้ ผู้ป่วยและญาติ	4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถาม เกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจ รับฟัง ปัญหาชี้แจงและอธิบายในข้อสงสัย	5.อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติสามารถร่วม ปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปพร้อมๆกันกับการ พักผ่อนร่างกายและจิตใจ เช่น วิธีการหายใจ การทำสมาธิ เป็นต้น
เกณฑ์การประเมิน -ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาล -ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความ วิตกกังวล	5.อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติสามารถ ร่วมปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปพร้อมๆกัน กับการพักผ่อนร่างกายและจิตใจ เช่น วิธีการหายใจ การทำสมาธิ เป็นต้น	การประเมินผล -ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและให้ ความร่วมมือในการรักษาและยอมรับความ เจ็บป่วย ,ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
9. มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำจาก ความไม่ตระหนักและการปฏิบัติตัว ที่บ้านไม่ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองโดยการสอบถาม ผู้ป่วย/ญาติ 2.วางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D- METHOD 2.1. D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2.2.M-Medicine แนะนำเรื่องการไต่ยา ที่ถูกต้องและต่อเนื่องโดยเฉพาะยาพ่น รวมถึงอาการแพ้ยาที่ต้องรีบมาพบ แพทย์	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองโดยการสอบถามผู้ป่วย/ ญาติ 2.วางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D- METHOD 2.1. D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค การ รักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2.2.M-Medicine แนะนำเรื่องการไต่ยาที่ ถูกต้องและต่อเนื่องโดยเฉพาะยาพ่น รวมถึง อาการแพ้ยาที่ต้องรีบมาพบแพทย์
<u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -ประวัติสูบบุหรี่มา 40 ปี ปัจจุบันยัง สูบบุหรี่ -ผู้ป่วยบอกวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ไต่ยา การดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง		
<u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> -ผู้ป่วยบอกวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ไต่ยา การดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง		

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
-มีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจในการดูแลตนเองและไม่กลับมารักษาซ้ำ เกณฑ์การประเมิน -ผู้ป่วยสามารถบอกถึงชื่อโรคที่เป็นวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์	2.3 E-Environment แนะนำในการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ไล่กำจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ รวมถึงการหลีกเลี่ยงเข้าไปอยู่ในที่แออัดซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย 2.4.T-Treatment อธิบายถึงแผนการรักษาของแพทย์และแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2.5.H-Health แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการหอบเฉียบพลันและลดการเกิดพยาธิสภาพของปอดมากขึ้น 2.6 O-Out patient แนะนำสิทธิการรักษา การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หรือกรณีฉุกเฉินกด 1669 2.7 D-Diet แนะนำเรื่องอาหารที่ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ2-3 ลิตร เพื่อช่วยขับเสมหะได้ง่าย 3.ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมเยี่ยมบ้าน การประเมินผล -ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสนใจรับฟังและสอบถามเมื่อเกิดกรณีสงสัย สามารถตอบคำถามในเรื่องภาวะของโรคและการปฏิบัติตัวได้ มีการเน้นย้ำทวนซ้ำกับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และมีการแจกเอกสารการปฏิบัติตัวเป็นแผ่นพับให้กับญาติผู้ดูแล	2.3 E-Environment แนะนำในการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ไล่กำจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ รวมถึงการหลีกเลี่ยงเข้าไปอยู่ในที่แออัดซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย 2.4.T-Treatment อธิบายถึงแผนการรักษาของแพทย์และแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2.5.H-Health แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการหอบเฉียบพลันและลดการเกิดพยาธิสภาพของปอดมากขึ้น 2.6 O-Out patient แนะนำสิทธิการรักษา การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หรือกรณีฉุกเฉินกด 1669 2.7 D-Diet แนะนำเรื่องอาหารโดยจำกัดอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง,เน้นประเภทโปรตีน ผักผลไม้ เป็นต้น การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ2-3 ลิตร เพื่อช่วยขับเสมหะได้ง่าย 3.ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมเยี่ยมบ้าน การประเมินผล -ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสนใจรับฟังและสอบถามเมื่อเกิดกรณีสงสัย สามารถตอบคำถามในเรื่องภาวะของโรคและการปฏิบัติตัวได้ มีการเน้นย้ำทวนซ้ำกับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และมีการแจกเอกสารการปฏิบัติตัวเป็นแผ่นพับให้กับญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษา

พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ อายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระนองเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2567 ด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น เป็นมา 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไอมีเสมหะสีเหลือง ไอมากตอนกลางคืน รับประทานอาหารได้น้อยลง เป็นมา 5 วัน พ่นยาเองไม่ดีขึ้น มีโรคประจำตัว คือ HT และ COPD แรกรับที่ ER เวลา 08.50 น. BT 38.2 C, PP 128 /min, RR 30 /min, BP 186/90 mmHg, O₂ sat 90 % E4V5M6 EKG Normal ปอดมี wheezing แพทย์พิจารณาให้ Berodual NB 3 dose ไม่ดีขึ้นและ Dexamethasone 8 mg IV ไม่ดีขึ้น ให้ On HFNC ส่ง CXR พบ Left pneumothorax ทำ ICD ต่อ 2 ขวดได้ลมและน้ำสีเหลืองประมาณ 200 c.c., On 0.9 % NSS 1000 ml IV drip rate 100 c.c./hr และใส่สายสวนปัสสาวะคาสายแพทย์วินิจฉัย COPD with Pneumothorax ส่ง Admit แรกรับที่แผนกอายุรกรรมชาย หายใจเหนื่อยหอบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ตัวเย็นริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าไม่เขียวมีไข้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 120 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 134/72 มิลลิเมตรปรอท , On high flow nasal cannula (HFNC) 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4 O₂ sat 100 % ปรับลด 0.9 % NSS 1000 ml IV drip rate 80 cc/hr, ผล CBC พบว่า WBC เท่ากับ 15,980 cell/cu.mm., Neutrophil เท่ากับ 97 % แพทย์รักษาภาวะติดเชื้อแบคทีเรียตั้งแต่แรกรับด้วยยาปฏิชีวนะ 2 ตัวเป็นระยะเวลา 3 วัน คือ Ceftriaxone 2 gm และ Azithromax 500 mg IV วันละ 1 ครั้ง หลังทราบผล Sputum c/s พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa เปลี่ยนยาเป็น Levofloxacin 750 mg IV วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ขณะนอนโรงพยาบาลมีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิ

37.5 -37.7 องศาเซลเซียส หลัง Admit 3 วันผู้ป่วยอาการดีขึ้น หลัง off HFNC ให้ On cannula 3 l/m เหนื่อยเป็นบางครั้ง, On ICD ระบายลมออกดี ส่ง CXR 4 วันหลัง Admit ปอดขยายตัวและทำงานได้ปกติ แพทย์ off ICD วันที่ 5 ผู้ป่วยหายใจได้ไม่เหนื่อยหอบ ไม่ต้องใช้ออกซิเจน วัด O₂ sat 95 %, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ชีพจร 86 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท, อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD

พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระนองเมื่อวันที่ 27 กันยายน 2567 มาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวกดบวม 2+ เป็นมา 1 วัน ให้ประวัติ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเคยมีประวัติ right pleural effusion และนอนโรงพยาบาล เริ่มมีอาการบวมทั่วตัว ท้องบวมโต ปวดแน่นท้อง น้ำหนักเพิ่มขึ้น 6 กิโลกรัมมา 2 สัปดาห์ มารักษาที่โรงพยาบาลระนองได้ยาไปทาน อาการไม่ดีขึ้น โรคประจำตัวเป็น HT, COPD และ Nephrotic syndrome รักษาไม่สม่ำเสมอ แรกรับที่ ER เวลา 13.30 น. รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวกดบวม 2+ ท้องบวมโต บ่นปวดแน่นท้อง อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส, ชีพจร 150 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 143/110 มิลลิเมตรปรอท ค่า O₂ sat 93 % E4V5M6, EKG Normal Lung: wheezing and crepitation แพทย์พิจารณาให้ Berodual NB จำนวน 2 dose ไม่ดีขึ้น CXR พบ right pleural effusion ให้ On HFNC 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4 ,ให้ Tazocin 4.5 gm IV และ Omeprazole 40 mg IV stat แพทย์วินิจฉัย COPD with Pneumothorax with Nephrotic syndrome ส่ง Admit แรกรับที่แผนกอายุรกรรมชาย รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัว นอนราบไม่ได้



ห้องบวมโต มีอาการปวดแน่นท้อง pitting edema 2+ both leg สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 140 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 141/97 มิลลิเมตรปรอท On HFNC O₂sat= 98 % รายงานแพทย์ ให้keep O₂ sat ≥94%, RR <24 /min ,On 50% MgSo₄ 8 ml+5% D/W 100 ml IV drip in 4 hr in day 1 then 50% MgSo₄ 4 ml +5%D/W 100 ml IV drip in 4 hr in day2-3 แพทย์ดูผล CXR พบว่า pneumothorax แพทย์ทำการเจาะน้ำเยื่อหุ้มปอด ใส่ Right ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำและลมประมาณ 500 c.c. ผล CBC พบว่า WBC เท่ากับ10,320cel/cu.mm., PLT = 397,000 ,Neutrophil = 90 % หลัง Admit 2 วัน Hct ลดเหลือ 24% ให้ PRC 2 u ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากนั้นติดตาม Hct= 27% On HFNCเป็นระยะเวลา 5 วันหลังจากนั้น ให้ On O₂ cannula 3 l/m 3 วัน,off ICD หลังAdmitได้ 5 วัน ผู้ป่วยหายใจได้ไม่เหนื่อยหอบไม่ต้องใช้ออกซิเจน วัด O₂ sat 98 %, RR 20 /min, PP 90 /min, BP 116/88 mmHg, BT 36.5 C วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดภาวะปอดรั่วได้สูงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังนี้ มีประวัติรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง,ประวัติความดันโลหิตสูงและมีประวัติการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ซึ่งการสูบบุหรี่ย่อมส่งเสริมให้เกิดพยาธิสภาพที่ปอดเพิ่มขึ้น แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติเป็นโรคไต (Nephrotic syndrome) ร่วมด้วยและมีประวัติการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมที่จะทำให้เกิดพยาธิสภาพบริเวณปอดเพิ่มขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้

มากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากไตเสียหายที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของยูเรีย เสียการควบคุมสมดุลน้ำ กรดต่างในร่างกาย และฮอร์โมนที่จำเป็นต่อร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ทำให้หายใจลำบากเนื่องจากภาวะน้ำเกินและปอดบวมน้ำ อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ (มูลนิธิโรคไตแห่งชาติ ,2567) ดังนั้นการให้การพยาบาลในระยะวิกฤตมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องได้รับการดูแลติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที, 30 นาที ทุกหนึ่งชั่วโมง หลังจากนั้นทุก 4 ชั่วโมงจนกระทั่งคงที่ ดูระดับความรู้สึกตัว บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากภาวะของโรคอาจทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ กระสับกระส่ายหรือซึมลงหรือเข้าสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวจนกระทั่งเสียชีวิตได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน HFNC อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นให้ O₂ cannula 3 l/m โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้ออกซิเจนปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลระยะฟื้นฟูเป็นการรักษาต่อเนื่องขณะอยู่ในโรงพยาบาลเนื่องจากเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการและควบคุมความรุนแรง โดยลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้โรคกำเริบเฉียบพลัน เช่น ลดการติดเชื้อโดยการให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์,สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและการประเมินตรวจร่างกายเป็นต้น ดังนั้นกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่พบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 หลัง Admit ได้ 2 วันเกิดภาวะช็อค Hct=24% ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคไต (Nephrotic syndrome) ดังนั้นการให้พยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2 ต้องมีการประเมินภาวะช็อคและให้

■ ■ ■

ความช่วยเหลือในขณะที่ทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรม ให้ผู้ป่วยพักเป็นระยะ วัดสัญญาณชีพและค่าอิมิตซ์ของ ค่าออกซิเจนในเลือดและติดตามระดับฮีมาโทคริต, ฮีโมโกลบิน ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น หลังจากให้การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการ เหนื่อย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระหว่างรักษา ตัวในโรงพยาบาล ไม่พบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นและไม่มี ภาวะแทรกซ้อน หลังให้เลือดผล Hct =27% , HBG =9 g/dl เพิ่มขึ้น ในระยะก่อนจำหน่าย กรณีศึกษารายที่1 มี ประวัติการสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกไม่ได้ เสี่ยงต่อการเกิด โรคหืด พยาบาลต้องมีการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่ บ้าน โดยเน้นย้ำเรื่องการป้องกันสิ่งกระตุ้น, การฟื้นฟู สมรรถภาพของปอด, การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติมารับการรักษาไม่ ต่อเนื่อง พยาบาลต้องให้คำแนะนำและอธิบายถึง ความสำคัญในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามชนิดและขนาดที่แพทย์สั่งอย่าง สม่าเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติ การฟื้นฟู สมรรถภาพของปอด เป็นต้น สนับสนุนครอบครัวให้ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งต่อไปยังชุมชนเพื่อการดูแล อย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล (Re-admission) และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้ อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิด ภาวะปอดรั่วในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อหาแนวทาง ป้องกันและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดที่ดี
2. ควรมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว เพื่อให้การดูแล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานโดยการมี ส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว และผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน และวิธีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำให้สามารถมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว ให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและ ปลอดภัย
3. เป็นกรณีตัวอย่างที่เป็นสื่อในการเรียนรู้ ให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เสี่ยงต่อภาวะ ปอดรั่ว



เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2562). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). Retrieved Sep 6,2024 from <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชาและลาลิน เจริญจิตต์.(2565). บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล,38(2),12-25.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.(2564). ภาวะปอดรั่วเป็นอย่างไร. Retrieved Aug10,2024 <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1463>
- บุญสว่าง พิลาสโสมณ.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(1),232-243.
- ประทุม สร้อยวงศ์(2564).การพยาบาลอายุรศาสตร์: เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มูลนิธิโรคไตแห่งชาติ. (2567).การเชื่อมโยงระหว่างหัวใจและไต. Retrieved Oct 3,2024 <https://www.kidney.org/kidney-topics/heart-and-kidney-connection>.
- รพีพร โรจน์แสงเรือง.(2557). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Retrieved Sep 10,2024 <https://www.wongkarnpat.com/upfilecme/CME%20423.pdf>.
- โรงพยาบาลระนอง.กลุ่มการพยาบาล. (2565). สถิติศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลระนอง.
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้น.กรุงเทพมหานคร: บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing concepts of practice**. (4th ed). St Louis : Mosby.
- Simon ST, Altfelder N, Alt-Epping B, BauseweinC, Weingärtner V, Voltz R,et al.(2017). Characteristics of Patients with Breathlessness. Pneumologie,71(1),40-47.