

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease and uncontrolled diabetes mellitus: Two case studies.

(Received: January 27,2026 ; Revised: February 6,2026 ; Accepted: February 9,2026)

นัทกานต์ สำราญวงศ์¹
Nattakarn Samranwong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟู และวางแผนการจำหน่าย รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วย และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะฟื้นฟู และการพยาบาลระยะจำหน่าย

ผลการศึกษา จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล ชักประวัติ ประเมินอาการ การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย

คำสำคัญ: การพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Abstract

This study is a case study of two patients, aiming to compare the disease progression, treatment, and nursing care of patients with chronic obstructive pulmonary disease combined with poorly controlled diabetes who were admitted to Kalasin Hospital. They received care in the medical intensive care unit and the male medical ward at Kalasin Hospital, covering the critical stage, continuous care stage, rehabilitation stage, and discharge planning. Data were collected from patients, their relatives, and medical records, including symptom assessment, history taking, and physical examination, to identify patient problems and needs. This information was used to establish nursing diagnoses and nursing care plans, using Gordon's 11 health patterns for patient assessment and Orem's self-care theory for patient care. The nursing outcomes were evaluated in three stages: critical care nursing, rehabilitation nursing, and discharge nursing.

Study Results: From the case studies of both cases, it was found that nurses play a crucial role in patient care, from collecting information, taking medical histories, assessing symptoms, monitoring patient conditions, to organizing nursing activities that meet the individual needs and problems of each patient.

Keywords: Nursing care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Diabetes with uncontrolled blood sugar levels

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคเรื้อรังของ

ระบบทางเดินหายใจที่ก่อให้เกิดภาวะด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญต่อประชากรโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

รายงานว่าเป็นปี ค.ศ. 2019 โรค COPD เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 3.23 ล้านคนทั่วโลก และจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามของโลก¹ ลักษณะการดำเนินโรคมักมีการกำเริบเป็นระยะ ซึ่งภาวะกำเริบเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น และการเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอดอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพในระยะยาว² ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีหลักฐานทางวิชาการเพิ่มขึ้นที่ชี้ให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมสำคัญที่มีบทบาทต่อความรุนแรงและการดำเนินโรคของ COPD ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง³ พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานกระตุ้นการอักเสบและการเกิด oxidative stress ส่งผลให้เนื้อเยื่อปอดและหลอดเลือดฝอยในปอดเกิดความเสียหาย สมรรถภาพปอดลดลง และเพิ่มความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจในผู้ป่วย COPD⁴ นอกจากนี้ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเบาหวานยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของ COPD โดยภาวะกำเริบดังกล่าวมักมีความรุนแรงและนำไปสู่การนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้การดำเนินโรคแย่ลงในระยะยาว⁵ จากความสัมพันธ์ดังกล่าวโรคเบาหวานจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควบคู่กับการจัดการอาการของ COPD อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการกำเริบ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

จากสถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเป็นเบาหวานมารับบริการจำนวน 1685, 2417, และ 2976 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวจำนวน 351, 464, และ 509 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งผู้รับบริการใน

แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน⁶ มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มาด้วยอาการกำเริบและมีโรคประจำตัว ทำให้มีพยาธิสภาพที่รุนแรงต้องให้การรักษาพยาบาลทันเวลาพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินปัญหา และให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและเกิดอาการกำเริบซ้ำอีก ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้จัดทำผลงานมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานสำหรับให้บริการผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และอัตราการกลับเป็นซ้ำจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
4. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 2

รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรงซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ ข้อมูล วางแผนให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 6 มีนาคม 2567 ชายไทย อายุ 79 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้นและไอมีเสมหะ เป็นมา 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติมีไข้ต่ำ ๆ เป็นบางครั้ง ร่วมกับอ่อนเพลีย เหนื่อยหอบมากขึ้นจนต้องหยุดพักบ่อย มีอาการหอบแม้ขณะพัก และนอนราบไม่ได้ ต้องนอนหนุนหมอนหลายใบ โดยไม่มีอาการสั่นหรือหายใจมีเสียงหวีดมากกว่าปกติ จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมาถึงห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีลักษณะอ่อนเพลีย สัญญาณชีพพบอุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 149/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที และระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 95 % จึงให้ออกซิเจนทางจมูกชนิดอุ้งครอบอัตราไหล 10 ลิตรต่อนาที แพทย์พิจารณารับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พร้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ CBC BUN Creatinine Electrolyte Hemoculture PT PTT INR รวมถึงเอกซเรย์ทรวงอกและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และให้ยาปฏิชีวนะ Tazozin ทางหลอดเลือดดำทันที ต่อมาเวลา 20.00 น. ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบมากขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มเป็น 35 ครั้งต่อนาที ฟังปอดพบเสียง rhonchi ทั้งสองข้าง ระดับออกซิเจนในเลือดลดลงเหลือ 87-88 % และมีอาการเหนื่อยมากขึ้นจนไม่สามารถพูดเป็นประโยคยาวได้ สัญญาณชีพพบชีพจรเพิ่มเป็น 100 ครั้งต่อนาที แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมใส่สายสวนปัสสาวะและสายให้อาหารทางจมูก งดน้ำและอาหาร และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม รวมถึง ABG และ lactate ซึ่งพบค่าสูงถึง 4.1 mmol/L ผู้ป่วยได้รับการพ่นยา Beradual ทุก 15 นาทีจนครบ 1 ชั่วโมง จากนั้นพ่นต่อทุก 4 ชั่วโมง และมีการปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก Tazozin เป็น Meropenem ทางหลอดเลือดดำ ก่อนย้ายเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมพร้อมติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 4 ชั่วโมง และให้ Regular insulin ตามแผนการรักษา วันที่ 8 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้

สำเร็จ ให้ออกซิเจนแรงดันสูง ต่อมาเปลี่ยนเป็นออกซิเจนทางจมูกอัตราไหล 3 ลิตรต่อนาที และวางแผนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ในช่วงวันที่ 9–17 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยมีอาการคงที่ หายใจได้ด้วยออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที และได้รับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง วันที่ 18 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ พบค่า lactate ลดลงเหลือ 0.9 mmol/L แม้ผลเอกซเรย์ทรวงอกยังพบ infiltration ที่ปอดทั้งสองข้าง ตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม ถึง 6 เมษายน 2567 ผู้ป่วยหายใจได้เอง อาการโดยรวมดีขึ้น ได้รับการพญา ลดความถี่ลงตามลำดับ จนกระทั่งวันที่ 6 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมีอาการคงที่ หายใจได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาออกซิเจน และได้รับอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านโดยแพทย์ผู้ดูแล

กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 8 มีนาคม 2567 ชายไทย อายุ 58 ปี ถูกญาตินำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบมากขึ้นและไอมีเสมหะสีเหลือง เป็นมา 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยขณะเดินหรือทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติ ต่อมาอาการรุนแรงขึ้น มีอาการเหนื่อยหอบมาก ไอมีเสมหะปริมาณมากสีเหลือง และหายใจลำบากมากขึ้น แม้จะใช้ยาประจำตามแพทย์สั่งแล้วแต่อาการไม่ดีขึ้น จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อถึงห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการซึม สับสน กระสับกระส่ายเป็นช่วง ๆ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ตอบสนองช้าและไม่สามารถพูดได้ สัญญาณชีพพบอุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 188/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที และระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 94 % แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสีทรวงอก ให้การรักษาด้วยการพญา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้อาหาร Dexamethasone และยา

Fentanyl เพื่อควบคุมอาการ พร้อมทั้งให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone และ Azithromycin ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบเงา infiltration ที่ปอดด้านขวา และฟังปอดได้ยินเสียง wheezing ทั้งสองข้าง ผู้ป่วยถูกงดน้ำและอาหาร และรับไว้รักษาที่ตึกอายุรกรรมชาย วันที่ 9 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ใส่สายสวนปัสสาวะและสายให้อาหารทางจมูก ได้รับอาหารทางสายยาง ผลตรวจพบระดับแมกนีเซียมต่ำ แพทย์จึงให้ Magnesium sulfate ทางหลอดเลือดดำ รวมถึงแก้ไขภาวะโพแทสเซียมต่ำ พร้อมติดตามผลตรวจจี้เล็กโทรไลต์ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และติดตามปริมาณปัสสาวะอย่างใกล้ชิด ในช่วงวันที่ 10–21 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยยังคงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการพญาขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่อง ให้อาหารทางสายยาง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต่อมาในวันที่ 22 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยถูกย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ระหว่างวันที่ 23 มีนาคม ถึง 13 เมษายน 2567 ผู้ป่วยยังคงหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ แพทย์ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะ ผลเอกซเรย์ทรวงอกพบ infiltration ทั้งสองข้าง และยังคงได้รับการพญาขยายหลอดลมอย่างสม่ำเสมอ วันที่ 14 เมษายน 2567 ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ และถอดท่อช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนแรงดันสูง ผู้ป่วยหายใจได้เอง พร้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม และให้การรักษาต่อเนื่อง ระหว่างวันที่ 15–23 เมษายน 2567 ผู้ป่วยอาการคงที่ หายใจได้เอง ได้รับการพญาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งวันที่ 24 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ และได้รับอนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์ผู้ดูแล

สรุปการเปรียบเทียบกรณีศึกษาดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลสุขภาพ

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|--|
| เพศ | ชาย | ชาย |
| อายุ | 79 ปี | 58 ปี |
| การวินิจฉัยโรค | Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Diabetes type 2 | Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Diabetes type 2 with Hypertension |
| อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล | หายใจเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน | เหนื่อยหอบมากขึ้น ไอมีเสมหะสีเหลือง เป็นมา 2 วัน |
| ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน | ผู้ป่วย COPD ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น ไอมีเสมหะสีเหลือง เป็นมา 3 วัน ไข้ยาพ่นแล้วไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล | ประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยขณะเดินหรือทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติ ต่อมา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น ไอมีเสมหะปริมาณมาก ลักษณะเสมหะสีเหลือง ร่วมกับหายใจลำบากมากขึ้น ผู้ป่วยได้เข้ายาประจำตามแพทย์สั่ง แต่อาการไม่ทุเลารู้สึกเหนื่อยมากขึ้น โดยเฉพาะขณะทำกิจกรรม จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล |
| ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต | ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) มาประมาณ 10 ปี เคยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และเคยได้รับยาขยายหลอดลมชนิดพ่นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาประมาณ 15 ปี รักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ ไม่มีประวัติภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง | ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) มานาน 5 ปี เคยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และได้รับยาขยายหลอดลมชนิดพ่นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มานานหลายปี รักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ ไม่มีประวัติภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หรือระบบประสาท ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ระดับความดันโลหิตควบคุมได้ปานกลาง ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจขาดเลือด |
| ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว | ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูง และไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้ | ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูง และไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้ |
| ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร | ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร | ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร |
| ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด | ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 20 ปี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด | ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 10 ปี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด |
| อาการและอาการแสดง | ผู้ป่วยให้ประวัติว่า มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้นจากเดิม โดยเฉพาะขณะเดินหรือทำกิจกรรม ไอเรื้อรังมานาน และในช่วง 2-3 วันที่ผ่านมา มีอาการไอมากขึ้น มีเสมหะปริมาณมาก ลักษณะเสมหะสีเหลืองข้น ผู้ป่วยรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ต้องหยุดพักบ่อยขณะทำกิจกรรม ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีไอเป็นเลือด | ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยขณะเดินหรือทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ต่อมาในช่วง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้นร่วมกับการไอและมีเสมหะปริมาณมาก ลักษณะเสมหะสีเหลือง ผู้ป่วยรู้สึกหายใจไม่อิ่ม ต้องหยุดพักบ่อยขณะทำกิจกรรม แม้จะเข้ายาประจำตามแพทย์สั่งแล้ว |

ตารางที่ 2 แบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

| แบบแผนสุขภาพ | กรณีศึกษาครั้งที่ 1 | กรณีศึกษาครั้งที่ 2 |
|--|--|--|
| 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ | ผู้ป่วยคิดว่าว่าอาการรุนแรง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วยต่อไม่สามารถดำเนินชีวิตปกติได้ ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ และรู้สึกว่าเป็นภาระในครอบครัว | ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหอบเพราะอายุมากและสูบบุหรี่จากตอนหนุ่มๆ คิดว่ามารักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้น่าจะไม่กี่วัน ได้รับความช่วยเหลือ |
| 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร | การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ขณะอยู่ในโรงพยาบาลไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ เนื่องจากมีอาการหายใจหอบเหนื่อย | การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ขณะอยู่ในโรงพยาบาลไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ เนื่องจากค่าท่อหลอดลมและมือการหายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยใส่สายยางเพื่อให้อาหารทางสายยาง |
| 3 การขับถ่าย | ถ่ายอุจจาระเกือบทุกวัน เป็นก้อนนิ่มสีเหลือง ไม่มีปัญหาท้องผูก | การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1-2 ครั้ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ปัสสาวะสีเหลืองใสเฉลี่ยวันละ 800-1,200 มิลลิลิตร วันที่ 7 หลังจากถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยปัสสาวะได้เองปกติ |
| 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย | ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำและกิจกรรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีพยาธิสภาพปอด | ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำและกิจกรรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีพยาธิสภาพปอด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้โดยมีพยาบาลดูแลช่วยเหลือ |
| 5 การพักผ่อนนอนหลับ | การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย คิดถึงบ้าน ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ | การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย คิดถึงบ้าน ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ |
| 6 สติปัญญาและการรับรู้ | การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเวลาให้ข้อมูลต้องใช้เสียงต่ำ ความจำไม่ค่อยดี เวลาให้คำให้แนะนำต้องมีการทวนซ้ำ | การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเวลาให้ข้อมูลต้องใช้เสียงต่ำ ความจำไม่ค่อยดี เวลาให้คำให้แนะนำต้องมีการทวนซ้ำ |
| 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ | ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด รู้สึกกลัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ของตนได้ด้วยตนเอง รู้สึกท้อแท้ | ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด รู้สึกกลัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ของตนได้ด้วยตนเอง รู้สึกท้อแท้ |
| 8 บทบาทและสัมพันธภาพ | การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลให้ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมและความสามารถในการดูแลตัวเอง ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาพยาบาลและลูกทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า | การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลให้ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมและความสามารถในการดูแลตัวเอง ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาพยาบาลและลูกทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า |
| 9 เพศและการเจริญพันธุ์ | การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีผลต่อที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นตนเองและภรรยา | การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีผลต่อที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นตนเองและภรรยา |
| 10 การปรับตัว และการทนทานต่อความเครียด | การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเกิดความเครียดกับอาการอาการเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวจะเสียชีวิต | การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเกิดความเครียดกับอาการอาการเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวจะเสียชีวิต |
| 11 คุณค่าและความเชื่อ | การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะหายป่วยและกลับไปอยู่กับครอบครัว เมื่อเกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลจะสวดมนต์ | นับถือศาสนาพุทธ สวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำ คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของสังขารชีวิต เกิดขึ้นได้ตนเองก็อายุมากแล้ว |

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

| ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล | | การพยาบาล |
|---|---|---|
| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | |
| มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด | มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด | <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ สังเกตอาการ และติดตาม O₂ saturation 2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวและปอดสามารถขยายตัวได้มากขึ้น 3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ O₂ saturation ทุก 15 นาที เมื่อสัญญาณชีพดีขึ้นดีขึ้น วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง 4. บันทึก setting ของ ventilator ที่ผู้ป่วยได้รับ และตรวจสอบการทำงานของ Ventilator และเวลาเมื่อมีการปรับเปลี่ยน Mode ventilator 5. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อย O₂ saturation น้อยกว่า 95% 6. ติดตามผล ABG ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และจำกัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย |
| เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพ การหายใจลดลงจากการติดเชื้อของปอด | เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากประสิทธิภาพ การหายใจลดลงจากการติดเชื้อของปอด | <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของ ท่อช่วยหายใจ และตรวจวัด Cuff pressure ระหว่าง 20-30 cmH₂O อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันท่อเลื่อนหลุดและการกดเบียดของหลอดลม 2. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ดูแลและติดตามข้อบ่งชี้ ประเมิน สี ลักษณะ และจำนวน ของเสมหะ 4. ประเมินสภาพผู้ป่วย สัญญาณชีพ สีผิว O₂ saturation ระดับความรู้สึกตัวลักษณะการหายใจว่าสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ หรือไม่ 5. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น พยาบาลประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจและการถอดท่อช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติ Weaning protocol ของโรงพยาบาล 6. ให้การดูแลภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนจาก High-low nasal cannula อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย 7. ขณะได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะหรือดูดเสมหะทางปาก เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ ประเมินและบันทึกลักษณะสีและจำนวนเสมหะ หากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา 8. ตรวจสอบการตั้งค่า FIO₂ และค่า Total flow ตามแผนการรักษา ความชื้นที่ อุณหภูมิระหว่าง 34 - 36 องศาเซลเซียส และผู้ป่วยปิดปากให้สนิทเพื่อให้ความชื้นของออกซิเจนและความชื้นที่เพียงพอประเมินอาการและสัญญาณชีพทุก 1 - 2 ชั่วโมง 9. ติดตามฟังเสียงปอด ลักษณะเสมหะและผลตรวจเอกซเรย์ร่วมกับติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อติดตามการติดเชื้อที่ปอด 10. จัดทำนอนผู้ป่วยอยู่ในท่าหน้าตรงหนุนหมอนให้คอหงายเล็กน้อย ศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัว ได้ดีขึ้น |
| ไม่พบข้อวินิจฉัยนี้ | เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ | <ol style="list-style-type: none"> 1. ทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันด้วยขนแปรงอ่อน ทุก 12 ชั่วโมง ประเมินความผิดปกติภายในช่องปากกรณีไม่มีข้อห้าม จัดทำศีรษะสูงให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง 2. ประเมินความดันของกระเปาะหลอดลมคอท่อช่วยหายใจ (Cuff pressure) ตรวจวัดความดันในกระเปาะหลอดลมคอท่อช่วยหายใจ ให้อยู่ในช่วง 20 - 30 cmH₂O โดยการตรวจวัดทุก 8 ชั่วโมง 3. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการระบายอากาศที่ดีขึ้น ป้องกันการสำลักสารคัดหลั่งเข้าสู่ปอดและลดการสำลักน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร 7 |

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

| ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล | | การพยาบาล |
|--|--|--|
| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | |
| | | 4. ดูแลตำแหน่งท่อทางเดินหายใจ และสายข้อต่อเครื่องช่วยหายใจไม่ให้งัดรั้งในขณะที่จัดท่านอนและพลิกตะแคงตัวให้ 5. ประเมินอาการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูดเสมหะ 6. ตรวจสอบว่าสายให้อาหาร อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ให้อาหารทางสายยางในปริมาณที่พอเหมาะ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารเข้าสู่หลอดลม 7. เปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจเมื่อเห็นว่าสกปรกหรือการทำงานไม่ปกติ ติดตามหน้าที่ตักค้างในสายเครื่องช่วยหายใจออกอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะก่อนเปลี่ยนทำผู้ป่วยทุกครั้ง โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกครั้งในการเทน้ำออก รมั้ดระวังเป็นพิเศษไม่ให้น้ำไหลเข้าทางผู้ป่วยและ inline nebulizers 8. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ใช้ Weaning protocol ของโรงพยาบาล |
| มีความไม่สมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย | มีความไม่สมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย | ระบบการพยาบาล ให้การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอทางหลอดเลือด 0.995 N55 1,000 ml. ทางหลอดเลือดดำ 100 cc/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ประเมินผิวหนัง เช่น ผิวหนังแห้ง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง เยื่อตาแห้งซีด การแห้งแตกของริมฝีปาก เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ 3. ติดตามและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำท่วมปอดอย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง ได้แก่ การฟังเสียงปอด อาการไอ นอนราบไม่ได้และภาพถ่ายรังสีปอดผิดปกติ 4. ดูแลให้ E.KCL 15 ml x 2 dose feed ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามการตรวจอิเล็กโทรลัยต์ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. บันทึกสารน้ำเข้าและออกเพื่อประเมินความสมดุล |
| เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ | เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ | 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 2. ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกันเตียง การล็อคล้อของรถนอน ยกราวกันเตียงทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาล 3. ให้ข้อมูลและอธิบายกับญาติเกี่ยวกับการเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง และตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ และขออนุญาตผู้ป่วยและญาติในการใส่ถุงมือกันตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ 4. สังเกตอาการใกล้ชิด |
| ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด | ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด | 1. ดูแลรักษาทำความสะอาดร่างกาย เช้า เย็น ได้แก่ ผิวหนัง ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะ ทุก 2 ชั่วโมงเมื่อมีข้อบ่งชี้ 3. ดูแลเปลี่ยนท่าทุก 1 -2 ชั่วโมง ช่วยนวดเบาๆ บริเวณปมกระดูกต่างๆ ทุกครั้งที่พลิกตัวเปลี่ยนท่า เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีและป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4. ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ทำ Passive Exercise เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง 6. ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้ ต้องเฝ้าระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับ งอ และสังเกต ลักษณะ สีกลิ่น และปริมาณของปัสสาวะ เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 7. ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ โดยเช็ดทำความสะอาดหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ พร้อมสังเกตลักษณะและปริมาณของอุจจาระ |
| ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง คุณค่าชีวิต | ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง คุณค่าชีวิต | 1. ประเมินความวิตกกังวลของญาติ 2. เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย 3. เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างผู้ป่วย/ญาติและแพทย์ในการให้ข้อมูลแนวทางการรักษาพยาบาลการดำเนินของโรครวมถึงแนวทางในการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ |

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

| ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล | | การพยาบาล |
|---|---|---|
| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | |
| | | <p>4. ไม่ละเลยต่อความเครียดหรือความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือข้อสงสัย รับฟังและอธิบายแผนการรักษาพยาบาลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละวันให้เข้าใจ รวมถึงการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย</p> <p>5. การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงประสานงานให้แพทย์ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>6. ให้การพยาบาลแต่ละครั้ง อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและอธิบายอาการปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ</p> <p>7. เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมนอกเวลาได้ตามความเหมาะสมและแนะนำญาติถึงช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่พยาบาล</p> |
| เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากการขาดความรู้ในการดูแล | เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากการขาดความรู้ในการดูแล | <p>1. ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน โดยการโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยในเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษา การป้องกันโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด</p> <p>2. ให้ข้อมูลการดูแลรักษาการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติ</p> <p>3. ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยใช้หลัก D-METHOD โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้</p> <p>D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินของโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ต้องเพื่อป้องกันการเกิดกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูดสูดลึกซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันการสำลักอาหารที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคร่วมกับเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้</p> <p>M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับ ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ ย้ำเตือนให้ญาติดูแลการรับประทานยาฆ่าเชื้ออย่างต่อเนื่องจนหมด</p> <p>E-Environment แนะนำญาติจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก</p> <p>T-Treatment เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโดยหลังจากสามารถหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนเป็น High-flow nasal cannula และเปลี่ยนเป็น Nasal cannula ต่อมาหยุดการใช้ออกซิเจน และหายใจได้เอง</p> <p>H: Health education แนะนำการออกกำลังกายให้เหมาะสม เช่น การเดิน การแกว่งแขน แนะนำการบริหารการหายใจ กระบวนการหายใจจำเป็นต้องพึ่งพาปอดเป็นหลัก เนื่องจากเมื่อหายใจเข้าจะนำออกซิเจนเข้าไปในปอดและเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อหายใจออกปอดก็จะเป็นการนำคาร์บอนไดออกไซด์ขับออกจากร่างกาย โดยสามารถช่วยดูแลปอดให้แข็งแรงได้ในทุกวัน ผ่านการฝึกหายใจเข้า-ออกแบบลึกๆ อย่างน้อยวันละ 10 ครั้ง เพื่อบริหารปอด กระบังลม และกล้ามเนื้อทรวงอก</p> <p>O: Outpatient referral นัดมาตรวจรักษาต่อเนื่อง ที่ห้องตรวจอายุรกรรม ให้ผู้ป่วยนำบัตรนัดและบัตรประชาชนมาด้วยทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล</p> <p>D: Diet and Digestive แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเพิ่มสารอาหารโปรตีน เลี่ยงอาหารที่ผลิตแก๊สมากเพราะจะทำให้ท้องตึงจนหายใจลำบาก เช่น น้ำอัดลม ถั่ว เป็นต้น</p> |

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 2

ราย พบว่าทั้งสองรายมีความเหมือนกันในด้านเป้าหมายการดูแลรักษา คือมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ

โรคเบาหวาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของกระบวนการรักษาและการพยาบาลภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

ในกรณีผู้ป่วยรายที่ 1 แม้ว่าจะมีภาวะกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจนจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ค่อนข้างเร็วภายในระยะเวลา 2 วันหลังใส่ท่อ สะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อการรักษาทางระบบทางเดินหายใจที่ดี อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้กลับมีความซับซ้อนด้านปัญหาทางร่างกายอื่น โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่คงที่ตลอดช่วงการรักษาในโรงพยาบาล ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสูงและแปรปรวน ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ความเครียดจากโรค การติดเชื้อ การได้รับยาากลุ่มสเตียรอยด์ รวมถึงข้อจำกัดในการรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกาย ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อซ้ำ แผลหายช้า ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และอาจส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานถึง 30 วัน แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในที่สุด การดูแลผู้ป่วยรายนี้จึงจำเป็นต้องใช้แนวทางการดูแลแบบองค์รวม โดยบูรณาการการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดตามและประเมินระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด ปรับแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน การใช้ยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงการดูแลตนเองด้านระบบทางเดินหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงของการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน และลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะยาว^{7,8}

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความรุนแรงของโรคมกกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 โดยเมื่อมาถึงห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจทันที เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนและลดภาระการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานถึง 36 วัน ก่อนที่จะสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคและการฟื้นตัวของระบบทางเดินหายใจที่เป็นไปอย่างช้า ตลอดระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาด้านร่างกายหลายประการจากการเจ็บป่วยที่ยืดเยื้อและการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการนอนพักนาน (ICU-acquired weakness) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน ภาวะโภชนาการบกพร่อง และการเคลื่อนไหวร่างกายที่จำกัด ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพล่าช้า และเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลรักษา ในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมได้ยากเช่นเดียวกัน โดยระดับน้ำตาลในเลือดมีความผันผวนตลอดช่วงการรักษา อันเนื่องมาจากความเครียดของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยรุนแรง การติดเชื้อ การได้รับยาากลุ่มสเตียรอยด์ และการได้รับสารอาหารทางสายให้อาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น การติดเชื้อแทรกซ้อน การหายของแผลล่าช้า ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงการฟื้นตัวของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ช้าลง

การดูแลผู้ป่วยรายที่ 2 จึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวมและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิด โดยเน้นการประเมินและเฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด การจัดการโภชนาการที่เหมาะสม การ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน และการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายตั้งแต่ระยะวิกฤต นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว^{7,8}

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องพยาบาลควรประเมินอาการทางระบบทางเดินหายใจและระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงที่โรคกำเริบหรือได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ ซึ่งอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ควรติดตามสัญญาณชีพ ค่าออกซิเจนในเลือด ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลและรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที

2. การดูแลระบบทางเดินหายใจควบคู่กับการควบคุมระดับน้ำตาลควรบูรณาการการดูแลระบบทางเดินระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด โดยประสานงานกับทีมแพทย์ในการปรับขนาดยาอินซูลินหรือยาลดระดับน้ำตาลให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

3. การจัดการโภชนาการอย่างเหมาะสมเฉพาะรายพยาบาลควรร่วมกับนักโภชนาการวางแผนการให้สารอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งในด้านพลังงาน โปรตีน และการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด ลดความ

เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการนอนพักนาน และภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เช่น แผลหายช้า หรือการติดเชื้อซ้ำ โดยเน้นการดูแลสุขอนามัย การพลิกตะแคง การกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย และการดูแลผิวหนังอย่างเหมาะสม

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายพยาบาลควรส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ระยะที่อาการคงที่ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดโอกาสการเกิดภาวะกำเริบของโรค

6. การให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งสองโรค ได้แก่ การใช้ยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนของภาวะหายใจลำบากและภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ การควบคุมอาหาร การเลิกสูบบุหรี่ และการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

7. การดูแลด้านจิตใจและสังคมแบบองค์รวมผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมักเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล และภาระในการดูแลตนเองพยาบาลควรให้การสนับสนุนด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล รวมถึงประสานเครือข่ายชุมชนหรือระบบการติดตามต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. World Health Organization. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. GOLD. <https://goldcopd.org>

3. American Diabetes Association. (2024). *Standards of care in diabetes—2024*. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S1–S350. <https://doi.org/10.2337/dc24-Sint>
4. Cazzola, M., Rogliani, P., Ora, J., & Matera, M. G. (2021). The impact of diabetes mellitus on chronic obstructive pulmonary disease: A clinical perspective. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 16, 267–281. <https://doi.org/10.2147/COPD.S287240>
5. Zhu, L., Li, H., Wang, Y., & Wu, J. (2022). Diabetes mellitus increases the risk of acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-02130-9>
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2567). สรุปรายงานตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2565-2567. กาฬสินธุ์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2567.
7. ณัชชา กิ่งคำ พรภิวรรณ เพ็ญสังกะ จาติกา รัตน์ดาตาศ. (2567) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพปีที่ 9 ฉบับที่ 3
8. พรทิพย์ บุชบง.(2566). กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในโรงพยาบาลสามชัย ปี พ.ศ.2566. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพปีที่ 9 ฉบับที่ 1