

อาการหายใจลำบาก: บทบาทของพยาบาล Dyspnea: the Role of a Nurse

สารนิติ บุญประสพ*

บทคัดย่อ

อาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคลที่เจ็บป่วยต่อการหายใจที่ผิดปกติและ เป็นความรู้สึกที่บุคคลไม่พึงประสงค์ อาการหายใจลำบากเกิดในบุคคลที่เจ็บป่วยในหลายโรค จึงทำให้บุคคลบอกเล่าหรือ บรรยายความรู้สึกและความรุนแรงต่ออาการหายใจลำบากที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย หากอาการหายใจลำบากส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้ก็จะรู้สึกรุนแรงกว่าปกติ รู้สึกทุกข์ทรมาน เครียด วิตกกังวล พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือ บรรเทาอาการหายใจลำบากให้ทุเลา ป้องกันการ เกิดอาการในระยะยาว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรวมทั้งบทบาทหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเหมาะสมตาม สภาวะของโรค จากการให้การช่วยเหลือดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: อาการหายใจลำบาก, บทบาทของพยาบาล

Dyspnea, or shortness of breath, is the sensation an individual experiences when suffering from abnormal breathing. The undesirable symptom is found in patients suffering from multiple illnesses, causing them to have difficulty expressing their discomfort. Its difference in severity depends on its impact on normal bodily functions. If breathing difficulty causes the individual to be unable to perform their daily routines, they will feel that their symptoms are more severe, which leads to stress and anxiety. Nurses play a crucial role in helping and alleviating a patients' dyspnea as well as preventing such symptoms in the future, thus allowing patients to fulfill their daily roles and duties befitting of their physique resulting in a better quality of life.

Keywords: dyspnea, role of nurse

บทนำ

อาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกของบุคคลต่อการหายใจที่ไม่ปกติ เป็นอาการที่บุคคลไม่ พึงประสงค์ และเป็นความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ผู้อื่นไม่อาจล่วงรู้ได้ ผู้ที่มีอาการหายใจลำบากจะบรรยายความรู้สึก ต่อการหายใจลำบากที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรู้สึกหายใจไม่ออกหรือหายใจเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยหอบหืด จะรู้สึกแน่นหน้าอกขณะหายใจ (Scano, Stendardi & Grazzini, 2005) ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกว่าจะต้องออกแรงใน การหายใจมากขึ้น หายใจไม่ทัน หายใจไม่อิ่ม (Mahler, 2006) หายใจไม่โล่งไม่เต็มปอด หรือรู้สึกว่าได้รับอากาศไม่พอ (Prigmore, 2005)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

อาการหายใจลำบากเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการหายใจลำบากร้อยละ 70 และอาการจะรุนแรงขึ้น 6 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต (Booth, Moosavi & Higginson, 2008) โดยที่มีอาการหายใจลำบากในระยะวิกฤตร้อยละ 33 (Nelson, Meier, Oei et al, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการหายใจลำบากในระดับรุนแรงร้อยละ 32 ส่วนผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากร้อยละ 56 (Claessens, Lynn, Zhong, 2000) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรู้สึกหายใจเหนื่อยหอบในช่วงปีสุดท้ายของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 61 และเป็นความรู้สึกที่ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนในรอบหนึ่งปี ถึงร้อยละ 72 (McCarthy, Lay & Addington, 1996) นอกจากนี้ยังพบอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองร้อยละ 37 และผู้ป่วยที่มีเนื้อเยื่อเจริญเติบโตผิดปกติร้อยละ 33 (Anne, 2007)

อาการหายใจลำบากจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญของบุคคล หรือ ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ถ้าอาการหายใจลำบากส่งผลให้ร่างกายทำหน้าที่ลดลง รู้สึกไม่สบายใจ ไม่สุขสบาย ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เครียดหรือวิตกกังวล และเมื่ออาการดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เรื้อรัง ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตนเอง มีอาการซึมเศร้า เป็นผลให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น การหายใจของโรคช้าลง พยาบาลผู้ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจำเป็นต้องช่วยเหลือ บรรเทา และมีการจัดการกับอาการหายใจลำบากอย่างเหมาะสม รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กลไกการเกิดอาการหายใจลำบาก

การเกิดอาการหายใจลำบากประกอบด้วยกลไกที่มี

ความสัมพันธ์ซับซ้อนหลายมิติ 4 กลไก ดังนี้ (Spector & Klein, 2001; Spector, Connolly, & Carlson, 2007)

1. การกระตุ้นตัวรับรู้ทางเคมีรอบนอกหรือตัวรับรู้ทางเคมีส่วนกลาง (stimulation of peripheral or central chemoreceptor) เป็นตัวรับรู้การเปลี่ยนแปลงสารเคมีในเลือด โดยตัวรับรู้ทางเคมีรอบนอกจะถูกกระตุ้นเมื่อค่าแรงดันย่อยของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงลดลงหรือสูงขึ้น ค่าความเป็นกรด-ด่างในเลือดลดลงโดย carotid body จะส่งสัญญาณประสาทผ่านเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (glossopharyngeal nerve) และ aortic body จะส่งสัญญาณประสาทผ่านประสาทสมองคู่ที่ 10 (vagus nerve) กระตุ้นศูนย์หายใจในสมองส่วนเมดัลลา ทำให้ผู้ป่วยหายใจลึกกว่าปกติ (Hyperpnea) ส่วนตัวรับรู้ทางเคมีส่วนกลาง ถูกกระตุ้นเมื่อค่าแรงดันย่อยของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงที่สูงขึ้น แพร่เข้าไปในสมองและไขสันหลัง แล้วแตกตัวให้อิออนไฮโดรเจน (H^+) ส่งสัญญาณเข้าสู่ศูนย์ก้านสมองส่วนท้าย เกิดการหายใจลำบากในลักษณะการหายใจมากเกินไป (hyperventilation)

2. การกระตุ้นการรับรู้ภายในปอด (Stimulation of intrapulmonary receptor) ตัวรับรู้ภายในปอดประกอบด้วย ตัวรับรู้การระคายเคือง (irritant receptor) ตัวรับรู้การยืดของปอด (pulmonary stretch receptor) และตัวรับรู้ของเนื้อปอด (lung parenchymal receptor) มีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 ตัวรับรู้การระคายเคือง ซึ่งอยู่ระหว่างเซลล์ลิฟทิเลียลของทางเดินหายใจ จะตอบสนองสิ่งกระตุ้น เช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นและอากาศเย็น โดยทำให้การยืดหยุ่นของถุงลมปอดลดลงและเพิ่มแรงต้านของทางเดินหายใจมากขึ้นเกิดภาวะหลอดลมตีบ เมื่อปอดรับรู้ว่ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้น จะกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (Vagus nerve) ทำให้หายใจเร็วลึก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหายใจลำบากแน่นหน้าอกขณะหายใจออก พบในผู้ป่วยหอบหืด

- 2.2 ตัวรับรู้การยืดของปอด ซึ่งอยู่ภายในกล้ามเนื้อเรียบของทางเดินหายใจ การรับรู้นี้เกิดขึ้นเมื่อปอดขยายตัวจะกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ทำให้เกิดการหายใจเข้าและหายใจออก เรียกว่า Hering-Breuer

reflex ถ้ามีการขัดขวางตัวรับรู้การยืดของปอด จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจออกลำบาก

2.3 ตัวรับรู้ของเนื้อปอด อยู่ในผนังถุงลมปอด ใกล้หลอดเลือดฝอยมีเส้นประสาทไปถึงซีไฟเบอร์ (C-fibers) ของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 หรือเรียกว่า J receptor ซีไฟเบอร์จะตอบสนองต่อตัวกระตุ้นทางเคมี เมื่อมีเลือดคั่งในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมปอด จะกระตุ้นซีไฟเบอร์ ทำให้หายใจเร็ว ตื้น มีเสมหะมากขึ้น และหลอดลมหดตัว เกิดอาการหายใจลำบาก พบในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

3. การกระตุ้นตัวรับกลไกของผนังทรวงอกหรือกล้ามเนื้อหายใจ (stimulation of chest wall or respiratory mechanoreceptor) กลไกนี้ตอบสนองต่อการเคลื่อนไหว ความตึงตัวและความยาวของกล้ามเนื้อบริเวณผนังทรวงอกหรือกล้ามเนื้อหายใจในการหายใจปกติ แรงที่ใช้ในการหายใจเข้า จะสมดุลกับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อใดก็ตามที่ความตึงตัวและความยาวของกล้ามเนื้อไม่สมดุลกันทำให้เกิดการรับรู้การหายใจลำบาก พบในโรคของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อหายใจทำงานบกพร่อง

4. ความต้องการการหายใจเพิ่มขึ้น (increased motor command) เกิดจากสมองส่วนสั่งการ (motor cortex) ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วนรับรู้ความรู้สึก (sensory cortex) มากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น เกิดอาการหายใจลำบาก พบในผู้ป่วยโรคอ้วน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงขณะออกกำลังกาย

สาเหตุของอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบาก เกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทกล้ามเนื้อ ระบบเลือด รวมทั้งความผิดปกติด้านจิตใจ (Indelicato, 2007) ดังนี้

1. ระบบการหายใจผิดปกติ เกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ โรคของเนื้อปอด การมีน้ำหรือสารเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด และหลอดเลือดปอดมีการอุดตันได้แก่

1.1 มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ เป็นลักษณะที่มีสิ่งกีดขวางทางเดินหายใจ ทำให้มีแรงต้านทานในทางเดินหายใจสูงขึ้นจึงเกิดการหายใจลำบาก เช่น การสำลักสิ่งแปลกปลอม เนื้องอกภายในหลอดลม หลอดลมหดตัวหรือ ตีบจากการระคายเคือง หรืออักเสบ

1.2 โรคของเนื้อปอด ได้แก่ ปอดอักเสบ ปอดบวม น้ำ ถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด และภาวะพังผืดของเนื้อเยื่อปอด ปริมาตรของเนื้อปอดและเนื้อปอดมีความสามารถในการยืดหยุ่นลดลง

1.3 โรคของช่องเยื่อหุ้มปอด ได้แก่ มีลม น้ำเลือด คั่งอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือกระดูกซี่โครงหัก เกิดการกดเบียดเนื้อปอด ส่งผลให้ปริมาตรปอดลดลง และปอดขยายตัวได้น้อยลง

1.4 ภาวะหลอดเลือดปอดอุดตัน (pulmonary embolism) เกิดจากการมีลิ่มเลือดในหลอดเลือดต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ มีการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขาและลิ่มเลือดนั้นอาจจะเคลื่อนที่มากุดหลอดเลือดที่ปอด หรือผู้ที่มีประวัติกินยาคุมกำเนิด มีการอุดตันของหลอดเลือดที่ปอด เป็นต้น โดยจะเกิดอาการหายใจลำบากแบบเฉียบพลัน และถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันทีอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือดผิดปกติ ได้แก่ ภาวะหัวใจวายแบบคั่ง (congestive heart failure) ภาวะน้ำเกิน (Fluid overload) หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจและเยื่อหุ้มหัวใจผิดปกติ หรือหัวใจผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจลำบากขณะออกกำลังกาย เมื่อนอนราบ และหายใจลำบากเฉียบพลันเวลานอนกลางคืน

3. โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ได้แก่ กิลแลงบาเรซินโดรม (Guillain-Barre syndrome) มายแอสทีเนียกราวิส (myasthenia gravis) โรคโปลิโอ (Poliomyelitis) กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโปลิโอในเลือดดำ ทำให้ปริมาตรอากาศที่เข้าสู่ปอดน้อยกว่าปกติ เกิดอาการหายใจลำบาก ส่วนผู้ป่วยที่กระดูกทรวงอกบวม กระดูกสันหลังคดโก่งมากหรือผนังทรวงอกที่ผิดปกติ กดเบียดเนื้อปอด หรือ ทางเดินหายใจ

4. ภาวะเมตาบอลิซึมผิดปกติ พบในผู้ป่วยที่มี

ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำหรือก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย เหนื่อยออก ตัวเขียว กระสับกระส่าย สับสน และภาวะที่ร่างกายมี เมตาบอลิซึมมากกว่าปกติ ได้แก่ ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ การตั้งครรภ์ ภาวะเลือดเป็นกรด ไตวาย หรือติดเชื้อใน กระแสเลือด

5. ภาวะจิตใจผิดปกติ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล อย่างรุนแรง ทำให้หายใจเร็วและรู้สึกหายใจเหนื่อยเรียกว่า hyperventilation syndrome ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วย หญิงสาวอายุน้อย และมีประวัติกระทบกระเทือนทางจิตใจ ชัดเจน

6. ระบบเลือดผิดปกติ เช่น ภาวะซีด พบอาการ หายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 8 กรัม เฟอร์เซ็นต์ (Karnath, 2004)

ลักษณะทางคลินิกของอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นรวดเร็วใช้เวลาเป็น นาที หรือเป็นชั่วโมง หากเกิดอาการภายใน 24-48 ชั่วโมง เรียกว่า อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (acute dyspnea) (Boyers, Karnath, Mercado, 2004) หรือมีอาการหายใจ ลำบากไม่รุนแรงแต่มีอาการคงอยู่ตลอดเวลา (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553) เป็นระยะเวลา มากกว่า 1 เดือน เรียกว่าอาการหายใจลำบากเรื้อรัง (chronic dyspnea) (Karnani, Reisfield & Wilson, 2005) อาการหายใจ ลำบากสามารถเปลี่ยนแปลงจากอาการคงที่ เป็นอาการ เฉียบพลันได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้น เช่น อากาศ เปลี่ยนแปลง ความวิตกกังวล เป็นต้น ลักษณะของอาการ หายใจลำบากขึ้นอยู่กับตำแหน่งการอุดตันของทางเดิน หายใจ เช่น ผู้ป่วยมีการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนจะมี อาการหายใจเข้าลำบาก มีรอยบวมบริเวณร่องเหนือกระดูก ทรวงอก ได้ยินเสียงครืดตรงลำคอเวลาหายใจเข้า ส่วน ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจส่วนล่างจะมีอาการ หายใจลำบากในช่วงของการหายใจออก โดยระยะเวลาที่ใช้ ในการหายใจออกนานขึ้น มักจะมีเสียงวี๊ดเวลาหายใจออก ร่วมด้วย นอกจากนี้ อาการหายใจลำบากยังมีความสัมพันธ์ กับท่าของผู้ป่วย 4 รูปแบบ (อรินทยา พรหมนิธิกุล,

2553) คือ

1. มีอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (orthopnea) ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนศีรษะสูง พบในผู้ป่วย หัวใจล้มเหลว โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. มีอาการหายใจลำบาก หลังจากนอนหลับไป ระยะหนึ่งต้องตื่นลุกขึ้นมานั่งหายใจ (paroxysmal nocturnal dyspnea) พบในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
3. มีอาการหายใจลำบาก ขณะนั่งหรือนอนศีรษะ สูงและดีขึ้นเมื่อนอนราบ (platypnea)
4. มีอาการหายใจลำบาก ขณะนอนตะแคงซ้าย หรือขวา (trepopnea) อาการหายไปเมื่อนอนหงาย พบใน ผู้ป่วยโรคหัวใจ หรือมีอาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง พบในผู้ป่วยหัวใจข้างซ้ายล้มเหลว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการหรือความรุนแรง ของอาการหายใจลำบากประกอบด้วยปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล (Stelle & Shaver, 1992) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะการ ทำงานที่ต้องออกแรงหรือสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้ มลภาวะ ควันบุหรี่และฝุ่นละอองต่าง ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจ มากขึ้น รวมถึงการรับรู้แรงสั่นสั่นทางสังคม โดยการ ฟังพาดคนอื่นมากเกินไปในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ ผู้ป่วยไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ส่งผล ให้มีอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น (Janson-Bjerklie, Carrieri, & Hudes, 1986)
2. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่
 - 2.1 พยาธิสภาพของโรคและระยะเวลาที่เป็น โรค ความเสื่อมของปอดที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรค ทำให้โรคทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ (Celli, 1999)
 - 2.2 ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีระดับ ความรุนแรงของโรคมากกว่าจะมีความรุนแรงและความถี่ ของอาการหายใจลำบากมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง ของโรคในระยะแรก (Gift, 1989)
 - 2.3 อายุ ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีอาการหายใจ

ลำบากรุนแรงและบ่อยกว่า มีผลกระทบด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีความตระหนักในอาการของตนเองมากกว่า ในขณะที่ผู้สูงอายุจะมีความเคยชินกับอาการของตนเอง หรือไม่สามารถที่จะจำกัดกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาในการหายใจได้ (American Lung Association, 2003)

2.4 เพศ มีความแตกต่างในการรับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก โดยเพศหญิงที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 36 แพ็ค/ปี มีรายงานอาการหายใจลำบากที่รุนแรงมากกว่าเพศชายซึ่งสูบบุหรี่เฉลี่ย 46 แพ็ค/ปี (Watson et al., 2004)

2.5 ภาวะอารมณ์ พบว่าการร้องไห้ หัวเราะอย่างรุนแรง หรือการร้องตะโกนทำให้เกิดการกระตุ้นตัวรับของทางเดินหายใจ เกิดการบีบตัวของหลอดลมทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Carrieri & Janson, 1984)

2.6 อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยที่ความวิตกกังวลจะเพิ่มแรงขับในการหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวลมีผลต่อการหายใจด้วย เมื่อมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นระดับความวิตกกังวลจะสูงขึ้นด้วย (Gift, 1989)

2.7 ความไวหรือความทนทานต่ออาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยที่มีความไวต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ง่าย และจะมีความทนทานต่ออาการหายใจลำบากได้น้อย เมื่อมีอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างเห็นได้ชัด (Steele & Shaver, 1992)

บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จำเป็นต้องมีความรู้สาเหตุและลักษณะของอาการหายใจลำบาก สามารถประเมินอาการที่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม วางแผนการดูแลตามสาเหตุของอาการ พินิจพิจารณาภาพการหายใจ รวมทั้งดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อ

บรรเทาอาการหายใจลำบาก โดยมีการประสานการทำงานร่วมกันกับแพทย์ ในเรื่องการรักษา เกสซิกในเครื่องใช้ยา นักอาชีวบำบัดเพื่อช่วยเหลือจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย นักกายภาพบำบัดสอนการหายใจและเทคนิคการขับเสมหะ นักสังคมสงเคราะห์ประเมินและช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจถึงวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากและสามารถปรับตัวต่ออาการหายใจลำบากได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น บทบาทพยาบาลในการจัดการกับอาการหายใจลำบากมีดังต่อไปนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการสอบถามประวัติและความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบากตามอักษรย่อ O, P, Q, R, S, T, U and V (Dyspnea Assessment using Acronym O, P, Q, R, S, T, U and V) (Cancer Care Ontario's, 2010). เพื่อให้จดจำง่าย ครบคลุมอาการ และข้อมูลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ในเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อนที่จะมาโรงพยาบาล

O: Onset อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ระยะเวลาเกิดนานเท่าใด ความถี่เกิดบ่อยแค่ไหน

P: Provoking/ Palliating มีปัจจัยอะไรส่งเสริม เช่น การสูบบุหรี่ ขณะเกิดอาการผู้ป่วยกำลังทำอะไร เช่น ยกของหรือออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากบรรเทาหรือรุนแรงขึ้นได้อย่างไร

Q: Quality ความรู้สึกขณะที่มีอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยบรรยายความรู้สึกต่อการหายใจ

R: Region / Radiation มีอาการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือไม่

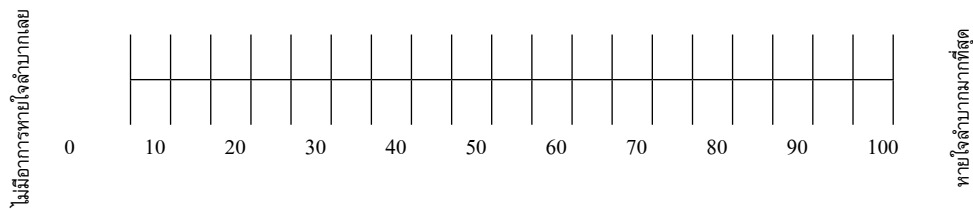
S: Severity ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อาการปัจจุบัน อาการที่รู้สึกดีที่สุด อาการที่รู้สึกแย่ที่สุด อาการโดยเฉลี่ย เป็นอย่างไร อาการอย่างไรที่ทำให้วิตกกังวล

T: Treatment ปัจจุบันได้รับการรักษาหรือใช้ยาอะไร มีประสิทธิภาพดีหรือไม่ มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างไร ในอดีตใช้ยาอะไร

U: Understanding / Impact on you ผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุของอาการหายใจลำบากคืออะไร และอาการหายใจลำบากนั้นมีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวอย่างไร

V: Values ความสุขสบาย หรือ ระดับอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยยอมรับได้

พร้อมกันนี้พยาบาลต้องตรวจร่างกาย และสังเกตลักษณะการหายใจ อาการอ่อนล้า อาการไม่สุขสบาย ร่วมกับสังเกตอาการด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล อาการซึมเศร้า เป็นต้น



ภาพที่ 1 แบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Gift, 1989)

2.2 ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากในขณะผู้ป่วยทำกิจกรรม 5 ระดับ (วัชรานุกุลสวัสดิ์, 2555)

ระดับ 0 ปกติ ไม่มีเหนื่อยง่าย

ระดับ 1 มีอาการเหนื่อยง่าย เมื่อเดินเร็ว ๆ ขึ้นทางชัน

ระดับ 2 เดินในพื้นที่ราบไม่ทันเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะเหนื่อยหรือต้องหยุดเดินเป็นพักๆ

ระดับ 3 เดินได้น้อยกว่า 100 เมตร

ระดับ 4 เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ แต่งตัว จนไม่สามารถออกนอกบ้านได้

3. กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยตามสาเหตุและความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ที่สอดคล้องกันกับแผนการรักษาของแพทย์

3.1 ดูแลให้ได้รับการรักษาอาการหายใจลำบากตามสาเหตุของการเกิดอาการ เช่น ให้ยาขยายหลอดลมและยากลุ่มสเตียรอยด์แก่ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ่นยาขยายหลอดลมกลุ่มสเตียรอยด์และยาระงับการอักเสบแก่ผู้ป่วยหอบหืด (วัชรานุกุลสวัสดิ์, 2550) ให้

2. ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก เลือกใช้แบบประเมินตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

2.1 ประเมินความรู้สึกหายใจลำบากขณะผู้ป่วยไม่ได้ทำกิจกรรม โดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) (ภาพที่ 1) เป็นแบบประเมินเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรง แล้วอ่านค่าตัวเลขแทนค่าอาการหายใจลำบากที่ประสบอยู่ในขณะนั้น (Gift, 1989)

ยาขยายหลอดลมร่วมกับรังสีรักษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะแก่ภาวะปอดอักเสบ ให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับภาวะหลอดเลือดอุดตัน ดูแลให้ภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับยาขับปัสสาวะและยาที่เพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, 2553) หรือ ดูแลให้ผู้ที่มิภาวะชืดให้ได้รับยา หรืออาหาร เพื่อเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดง นอกจากนี้พยาบาลจะต้องประสานกับเภสัชกรในการสอนให้ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย

3.2 ดูแลให้ได้รับยาที่มีอนุพันธ์ของฝิ่น (opioid) ซึ่งเป็นยาที่มีหลักฐานสนับสนุนให้ใช้บรรเทาอาการหายใจลำบากที่ดีที่สุด โดยกลไกออกฤทธิ์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าไปลดการรับรู้การหายใจเหนื่อยหอบ (sensation of breathlessness) ของผู้ป่วย และฤทธิ์ของยาที่ระงับปวดทำให้การปวดบริเวณทรวงอกลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยหยุดหายใจด้วย (Jennings, Davies, Higgins, Gibbs, & Broadley, 2002). นอกจากนี้ ยาที่มีอนุพันธ์ของฝิ่น จะช่วยลดกลไกการกระตุ้นตัวรับรูทางเคมีและทำให้หลอดเลือดขยายตัวลดปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่าง

ส่งผลให้ภาวะเลือดคั่งในปอดลดลงด้วย (Indelicato, 2007)

3.3 ดูแลได้รับยาคลายกังวล (Anxiolytic agent) เพื่อลดความวิตกกังวลอันเป็นผลมาจากความรู้สึก หายใจลำบาก (Thomas & Gunten, 2002)

3.4 ดูแลให้ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน เพื่อให้ได้ค่าแรงดันย่อยของ ก๊าซออกซิเจน (PaO_2) 55-60 มม.ปรอท และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (SaO_2) 88 - 90% (Indelicato, 2007) พยาบาล ต้องสังเกตภาวะพร่องออกซิเจน และเฝ้าระวังไม่ให้ปริมาณออกซิเจนสูงเกินไป เพราะอาจจะเกิดการหายใจล้มเหลวจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่งได้

4. สื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก โดยการพูดกับผู้ป่วยด้วยคำถามปลายปิด และใช้คำพูดสั้นๆ เพียง 1 - 2 คำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามโดยการพยักหน้า ล่ายศีรษะ ให้ผู้ป่วยเขียนบนกระดาน หรือให้ผู้ป่วยดูรูปภาพกิจกรรมที่ต้องการสื่อสารในขณะนั้น เพื่อให้สามารถตอบคำถามได้ทันที (Prigmore, 2005) นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนแบบสวมหน้ากากพยาบาลจะต้องอ่านริมฝีปากผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยพูด เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังเป็นการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยอีกด้วย

5. ดูแลสิ่งแวดล้อม โดยให้ผู้ป่วยพักในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอขณะที่อาการหายใจลำบาก (Taylor, 2007) หรือเปิดพัดลมให้มีลมพัดเบา ๆ ผ่านบริเวณใบหน้า (มีใยเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve) เป็นตัวรับรู้อาการหายใจลำบาก) เนื่องจากแรงลมจะช่วยลดการกระตุ้นตัวรับรู้การหายใจลำบาก บริเวณใบหน้า จะทำให้ความรุนแรงของการหายใจลำบากลดลง (Schwartzstien, Lahive, Pope, Weinberger, & Weiss, 1987)

6. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อหายใจทำหน้าที่ได้มากที่สุด และใช้แรงในการหายใจน้อยที่สุด (Taylor, 2007) ดังนี้

6.1 นั่งบนเตียงใช้หมอนหนุนหรือรองบริเวณ

หลัง หรือนั่งที่ริมเตียงและพบบนโต๊ะโดยใช้หมอนรองรับศีรษะ หรือนั่งบนเก้าอี้เอนตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย วางศอกทั้งสองข้างไว้บนเข่า ปลายเท้าแยกจากกันเล็กน้อย แขนและมือทั้งสองข้างผ่อนคลาย

6.2 ยืนให้หลังและสะโพกพิงฝาผนัง สันเท้าห่างจากฝาผนังประมาณ 12 นิ้ว ห่อไหล่ผ่อนคลาย และก้มศีรษะมาทางด้านหน้าเล็กน้อย แขนทั้งสองข้างวางแนบลำตัว

6.3 เดินในท่าที่ปอดขยายได้ดี เช่น เดินประชิดฝาผนัง ยกแขนไว้บนศีรษะหรือเดินจับราวบันได

7. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายใจเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการหายใจลำบาก ไม่เกิดอาการเหนื่อยล้า (ชายชาญโพธิรัตน์, 2550) ช่วงเวลาให้ความรู้ที่เหมาะสม คือ ขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก รวมทั้งให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการหายใจไปพร้อมๆ กัน พยาบาลควรต้องชี้แนะให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติได้ มีการติดตามให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยเฉพาะผู้ป่วยที่หายใจลำบากเรื้อรัง กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ ประกอบด้วย

7.1 ฝึกการหายใจโดยการห่อปาก (pursed lip breathing) สามารถลดการหายใจลำบากในผู้ป่วยกลุ่มโรคหายใจลำบากแบบเรื้อรัง เพราะจะทำให้หายใจช้าลงหายใจได้ลึกมากขึ้น ช่วยเพิ่มปริมาตรความจุปอดและลดอัตราการหายใจ ปฏิบัติโดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย หายใจเข้าทางจมูกนับในใจ 1-2 หลังจากนั้นหายใจออกทางปากคล้ายพิวปากนับในใจ 1-2-3-4 เมื่อหายใจออกหมดแล้ว หายใจเข้าทางจมูกอีกครั้ง และหายใจออกทางปากโดยการห่อปากเหมือนเดิม 6-8 ครั้งต่อรอบ และพักประมาณ 1-2 นาที แล้วจึงทำซ้ำอีก 2 รอบ ผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

7.2 ฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องหรือกะบังลม (abdominal or diaphragmatic breathing) เป็นการหายใจที่ใช้กำลังน้อยที่สุดและได้ลมเข้าออกจาก

ปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยนั่งในท่าสบายหรือนอนท่าศีรษะสูง ใช้มือหนึ่งวางบริเวณตรงกลางทรวงอก และอีกมือหนึ่งวางบริเวณท้องใต้ลิ้นปี่ หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ นับในใจ 1-2 ขณะหายใจเข้าหน้าท้องจะโป่งออก จนรู้สึกว่ามีมือข้างที่วางบริเวณท้องเคลื่อนที่สูงขึ้น และบริเวณทรวงอกจะเคลื่อนไหวน้อยลง หายใจทางปากคล้ายผิวปาก นับในใจ 1-2-3-4 กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหดตัว สังเกตได้จากหน้าท้องจะยุบลง พร้อมกับแนะนำให้ผู้ป่วยออกแรงกดเบา ๆ บนหน้าท้องขณะหายใจออก

7.3 สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ขับเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในทางเดินหายใจได้ดี โดยให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ผ่อนคลาย นั่งหรือนอนศีรษะสูงหรือนอนศีรษะสูง หายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ 2-3 ครั้ง จากนั้นสูดหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ อย่างเต็มที่ กลั้นหายใจไว้ครู่หนึ่งประมาณ 2-3 วินาที หลังจากนั้นโน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย อ้าปากกว้างแล้วไอออกมาติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้ง ให้เสมหะออกมา พักโดยการหายใจเข้า ออก ช้า ๆ เบา ๆ

7.4 สอนการออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ (respiratory muscle strengthening) ป้องกันอาการหายใจลำบาก โดยพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยก่อนการออกกำลังกาย เพื่อให้เหมาะสมกับอาการในขณะนั้น กิจกรรมการออกกำลังกาย (Cancer Care Ontario's, 2010) มี ดังต่อไปนี้

1) ท่ายืดกล้ามเนื้อทรวงอก (stretching the muscle of the chest wall) ปฏิบัติโดยยืนตรง แขนทั้งสองข้างแนบลำตัว กางแขน แขนทั้งสองข้างยกขึ้นเหนือศีรษะให้หมุนฝ่ามือออกข้างนอก พร้อมหายใจเข้าทางจมูก นับ 1 - 2 หลังจากนั้นปล่อยแขนลงข้างลำตัว พร้อมหายใจออกทางปากแบบห่อปาก นับ 1-2-3-4 ทำซ้ำ 4 ครั้ง

2) ท่าเปิดอก (Opening the chest) ปฏิบัติโดยนั่งหรือยืนตัวตรง แขนอยู่ด้านข้างของลำตัว หันฝ่ามือมาทางด้านหน้า เคลื่อนแขนไปด้านหลังให้ไกลที่สุดเท่าที่จะทำได้ หายใจเข้าทางจมูกขณะที่เคลื่อนแขน และเคลื่อนแขนจากข้างหลังมาด้านหน้าพร้อมหายใจออกโดย

การห่อปาก ทำซ้ำ 4 ครั้ง

3) ท่าหมุนข้อศอก (Elbow Circles) ปฏิบัติโดย วางมือบนไหล่ทั้งสองข้าง หมุนข้อศอกจากด้านหน้าไปด้านหลัง และด้านหลังมาด้านหน้าให้เป็นวงกลม ขณะยกข้อศอกขึ้นหายใจเข้า และหายใจออกเมื่อหมุนข้อศอกลง หมุนมาทางด้านหน้า 10 ครั้ง และด้านหลัง 10 ครั้ง

4) ท่า Shoulder shrug ปฏิบัติโดยนั่งหรือยืนตรง วางแขนทั้งสองข้างลำตัว หันฝ่ามือไปด้านหลัง หายใจเข้าขณะพร้อมยกและหมุนไหล่ไปด้านหน้าและหลัง ค้างไว้ 3 - 5 วินาที หายใจออกขณะที่เคลื่อนไหล่ลง ในท่าปกติ ทำซ้ำ 10 ครั้ง

5) ท่า Chest fly ปฏิบัติโดยนั่งตัวตรง มือทั้งสองข้างอยู่ที่บริเวณหู หันฝ่ามือมาด้านหน้า หายใจออกช้าๆ ให้ฝ่ามือเข้าหากัน หายใจเข้าให้ฝ่ามือไปด้านหลัง

6) ท่าปั่นเนย (Churn the butter) ปฏิบัติโดยนั่งตัวตรง ให้มืออยู่ในท่าสวดมนต์ หมุนมือให้กว้างที่สุดเหมือนกับการปั่นเนย โดยหมุนไปทางด้านซ้าย 10 ครั้ง พัก และหมุนในทิศตรงกันข้าม 10 ครั้ง

8. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้ป่วยบางรายมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น เนื่องจากเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะอาบน้ำ ผู้ป่วยจึงมักจะหลีกเลี่ยงการอาบน้ำ ทำให้ร่างกายขาดความสดชื่น เพื่อร่างกายสะอาดสดชื่น และป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนขณะอาบน้ำ แนะนำให้ญาติดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามความเหมาะสม ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่หายใจลำบากนั้นผู้ป่วยมักจะอ้าปากหายใจ ทำให้เยื่อปากแห้ง ส่งผลให้ไม่สุขสบาย ควรให้ผู้ผู้ป่วยแปรงฟัน บ้วนปาก หรือดื่มน้ำ เพื่อให้ช่องปากมีความชุ่มชื้น อีกทั้งควรเน้นย้ำให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปากทุกครั้งหลังได้รับยาขยายหลอดลมชนิดสเตียรอยด์ เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราในปาก

9. แนะนำการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ถ้าไม่มีข้อห้ามแนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2 ลิตร หากได้รับน้ำน้อยกว่าปกติจะทำให้ร่างกายขาดน้ำ ซึ่งเป็นผลให้ปากแห้ง มีเสมหะคั่งและท้องผูก บางรายรู้สึกหายใจลำบากมากขึ้น หลังจากรับประทานอาหารมากเกินไป เนื่องจากปริมาณ

อาหารที่อยู่ในกระเพาะทำให้กะบังลมขยายตัวไม่ดี ควรแนะนำให้รับประทานอาหารมื้อปกติแต่จำนวนน้อยลง เสริมอาหารมื้อว่าง เพื่อลดความไม่สุขสบายหลังรับประทานอาหาร และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารมากขึ้น หรือหากมีอาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรให้ออกซิเจนตามความเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลยังจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ถั่วลิสง แอปเปิ้ล แดงโม กะหล่ำปลี บร็อคโคลี กะหล่ำดอก ข้าวโพด แดงกวา หอมใหญ่ พริกไทย อาหารทอด ข้าวเหนียว น้ำอัดลม เป็นต้น เนื่องจากอาหารดังกล่าว ทำให้เกิดแก๊สจะทำให้ผู้ป่วยท้องอืดส่งผลให้หายใจลำบากมากขึ้น (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553)

10. สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และลดความวิตกกังวล วิธีที่ง่ายที่สุด โดยให้ฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ โดยเริ่มหายใจเข้าครั้งที่ 1 นับ 1 หายใจเข้าครั้งที่ 2 นับ 2 จนถึงที่ 5 ในการหายใจเข้าแต่ละครั้งเมื่อครบ 5 เริ่มต้นนับ 1 ใหม่ โดยทำร่วมกับการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลม (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2554)

11. ดูแลด้านจิตใจ ในขณะที่หายใจลำบาก ผู้ป่วยอาจกลัวและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พยาบาลจะต้องอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ สัมผัสและลูบหลังผู้ป่วยเบา ๆ ใส่เสื้อผ้าหลวมๆ ทำให้รู้สึกสุขสบาย จะทำให้ผู้ป่วยสงบและผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล

12. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวกับอาการหายใจลำบาก (living with breathlessness) พยาบาลจะต้องประเมินผลกระทบจากการหายใจลำบาก ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยประสานการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักอาชีวบำบัดเพื่อช่วยเหลือจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย นักกายภาพบำบัดสอนการหายใจและเทคนิคการขับเสมหะ นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือการดูแลที่บ้านและประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

สรุป

อาการหายใจลำบากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการ

หายใจที่ผิดปกติ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการจะเป็นผู้บอกสาเหตุ ลักษณะ ความรุนแรงของอาการ ผลกระทบของอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ไม่สุขสบาย อ่อนล้า หากอาการหายใจลำบากไม่ได้รับการช่วยเหลือ จัดการอย่างเหมาะสม หรือมีอาการเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ พยาบาลจึงควรตระหนักต่ออาการหายใจลำบากและให้ความสำคัญต่อความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกเล่า พร้อมทั้งมีการประเมินสภาพร่างกายร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหาที่ถูกต้องตรงกันกับความรู้สึกของผู้ป่วย มีการวางแผนช่วยเหลือ บรรเทาให้อาการทุเลาลดความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก ตลอดจนการป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากในระยะยาว โดยพยาบาลจำเป็นต้องประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การช่วยเหลือและจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา ติดตามผู้ป่วย การปฏิบัติตัวและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

- ชายชาญ โพธิรัตน์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. **วารสารวันโรค โรคทางอก และเวชบำบัดวิกฤต**, 159-167.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2553). การดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. **Journal Nursing Science**, 28(3): 13-21.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน ปรานี ทุไพเราะ, บรรณาธิการ. **การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2**. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส. 17-43.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใน ปรานี ทุไพเราะ, บรรณาธิการ. **การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1**. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส. 60-91.

- วัชรนา บุญสวัสดิ์. (2550). โรคหืด (Asthma). ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ. **ตำราโรคระบบการหายใจ**. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์. 444-55.
- วัชรนา บุญสวัสดิ์. (2555). Trends in new guideline for COPD. ใน แจ่มศักดิ์ ไชยคุนา, บรรณาธิการ. **Current Chest 2012 อรุณรุ่งโรจน์ร่วมสมัย 2555**. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์. 59-70.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). Acute dyspnea in the I.C.U. **วารสารเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย**. 17(1): 17-21.
- อรินทยา พรหมนิธิกุล (2553). อาการเหนื่อย ใน เมตตาภรณ์ พรพัฒน์กุล และชจรศักดิ์ นพคุณ, บรรณาธิการ. **อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์**. เชียงใหม่: ทริค. 55-66.
- American Lung Association. (2003). **Lung Disease Data 2003**. Retrived 12/11/2011 from http://www.lungusa.org/assets/documents/publications/lung-disease-data/LDD__2003.pdf
- Anne, R. (2007). The Advanced Practice Nurses Role in Palliative Care and the management of Dyspnea. **Advanced Practice Nursing e Journal**. Retrived 2/11/2011 from <http://www.medscape.com/view article. htm>.
- Booth, S., Moosavi, S. H. & Higginson, I. J. (2008). The etiology and management of intractable breathlessness in patients with advanced cancer: a systematic review of pharmacological therapy. *Nature clinical practice Oncology*, 5 (2): 90-100.
- Boyers, M. C., Karnath, B. M. & Mercado, A. C. (2004). Acute Dyspnea: A Sign of Underlying Disease. **Hospital Physician**: Retrived 05/10/2011 from www.turner-white.com/memberfile.php?
- Cancer Care Ontario's. (2010). **Symptom Management Guide-to-Practice: Dyspnea**. Retrived 24/08/2011 from http://www.cehpcn.ca/uploads/CCO_Dyspnea_Symptom_Management_Guide_to_Practice_1284046306.pdf.
- Carrieri, V. & Janson,-Bjerklie, S. (1984). The sensation of dyspnea: a review. **Heart and Lung** 13: 436-447.
- Celli, B. R. (1999). Pathophysiology of chronic obstructive pulmonary disease. In N.S. Cherniak.
- Claessens, M. T., Lynn, J., Zhong, Z., et al. (2000). Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). **J Am GeriatrSoc**. 48(5 Suppl): S146 - S153.
- Gift, G. A. (1989). Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. **Rehabilitation Nursing**. 14 (6): 323-325.
- Indelicato, R. A. (2007). The Advanced Practice Nurse's Role in Palliative Care and the Management of Dyspnea. **Medscape: Topics in Advanced Practice Nursing e-Journal**. Retrived 2/11/2011 <http://www.medscape.com/viewarticle/551364>
- Janson-Bjerklie, S., Carrieri, V. K., & Hudes, M. (1986). The sensations of pulmonary dyspnea. **Nursing Research**. 35: 154-9.
- Jennings, A. L., Davies, A. N., Higgins, J. P., Gibbs, J. S., & Broadley, K. E. (2002). A systematic

- review of the use of opioids in the management of dyspnoea. **Thorax**. 57: 939-44.
- Karnani, B. M., Reisfield, G. M. & Wilson, G. R. (2005). Evaluation of Chronic Dyspnea. **American Family Physician**. 72 (8): 1529-1537.
- Karnath, B. M. (2004). Review of Clinical Signs Anemia in Adult patient. **Hospital Physician**. Retrived 05/10/2011 from www.turner-white.com/memberfile.php?.
- Mahler, D. A. (2006). Mechanisms and Measurement of Dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **The American Thoracic Society**. 3:234-238.
- McCarthy, M., Lay, M., & Addington-Hall, J. (1996). Dying from heart disease. **J Royal Coll Physicians Lond**. 30: 325-328.
- Nelson, J. E., Meier, D. E., Oei, et al. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. **Crit care Med**. 29: 277-282.
- Prigmore, S. (2005). Assessment and nursing care of the patient with dyspnoea. **Nursing Times**. 101: 14-50.
- Scano, G., Stendardi, L., Grazzini, M. (2005). Understanding dyspnoea by its language. **European Respiration Journal**. 25(2): 380-385.
- Schwartzstien, R. M., Lahive, K., Pope, A., Weinberger, S. E., & Weiss, J. W. (1987). Cold Stimulation reduces breathlessness induced in normal subjects. **American Review of Respiratory Disease**. 136(1): 58-61.
- Spector, N., Klein, D. (2001). Chronic critical ill dyspnea patient : mechanical and clinical management. **AACN Clinical Issues**. 12: 220-233.
- Spector, N. M., & Connolly, M. A., & Carlson, K. K. (2007). Dyspnea Applying Research to Bedside Practice. **AACN Advanced Critical Care**. 18(1): 45-60.
- Stelle, B., & Shaver, J. (1992). The dyspnea experience: Nociceptive properties and a model for research and practice. **Advanced in Nursing Science**. 15 (1): 64-76.
- Taylor, J. (2007). The non-Pharmacological management of breathlessness. **End of life care**. 1(1): 20-27.
- Thomas, J. R., & von Gunten, C. F., (2002). Clinical management in dyspnea. **The Lancet**. 3: 223-228.
- Watson, L., Vestbo, J., Postma, D. S., Decramer, M., Rennard, S., Kin, V. A., Vemeire, P. A., Sorinano, J. B., (2004). Gender differences in the management and experience of chronic obstructive pulmonary disease. **Respiratory Medicine**. 99: 1207-1213.