



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๔๓ ๒๔๕๐ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ว ๘๐๖๒

วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสทักท้วงเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ จำนวน ๑ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายณัฏฐพงษ์ ธีรภักดิ์)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวมารีสา โพธิ์ธรรม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายปราชญา อุ่นเพชรวรการ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวมาริส โพธิ์ธรรม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๑๔๖๗๐๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๔๖๗๐๙	เลื่อนระดับ
	<u>ชื่อผลงานส่งประเมิน</u>	การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน				๑๐๐%
	<u>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน</u>	แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					

๖๐๓๗ ดนช๑๗๗

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 5 พฤษภาคม 2567 รวมวันที่อยู่ในการดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ การดำเนินโรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป โดยการอุดกั้นในปอดที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ ลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ มีอาการทางระบบหายใจจากการอุดกั้นทางเดินหายใจโดยมีสาเหตุมาจากการสัมผัสอนุภาค/แก๊ส หรือ มาจากสารพันธุกรรมของบุคคลที่ทำให้พัฒนาการปอดผิดปกติซึ่งการอุดกั้นนี้เกิดจาก 2 สาเหตุร่วมกัน คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2022)

ภาวะกำเริบของโรคแบบเฉียบพลันในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการในระบบทางเดินหายใจแย่ลงอย่างฉับพลัน ใน 3 วัน อาการดังกล่าว ได้แก่ หายใจลำบาก ไอถี่ เหนื่อยมากหรือเปลี่ยนสี ส่งผลให้ต้องมีการรักษาเพิ่มเติม โดยต้องแยกจากโรคหรือภาวะอื่นๆ เช่น หัวใจล้มเหลว ปอดอักเสบ เป็นต้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565)

พยาธิสภาพของโรค

กลไกการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเริ่มจากการสัมผัสควันบุหรี่หรือสารที่ระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เช่น มลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบการหายใจ ได้แก่ ส่วนที่เป็นเนื้อปอด (parenchyma) และส่วนที่เป็นหลอดเลือด (vasculature) (GOLD, 2022) จากกระบวนการอักเสบแบบเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ (inflammatory cell) ได้แก่ มีการเพิ่มจำนวนของ neutrophil ในท่อทางเดินหายใจ และมีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวชนิด macrophage และ lymphocyte และมีการหลั่งสารสื่อการอักเสบ (inflammatory mediators) ได้แก่ Leukotriene B4, Interleukin 8 และ Tumor Necrosis Factor-Alpha เป็นต้น โดยสารเหล่านี้เป็นตัวทำลายโครงสร้างของปอด เมื่อหลอดเลือดเกิดการระคายเคืองทำให้เกิดการสร้างมูกออกมามากและเหนียวกว่าปกติร่วมกับหลอดเลือดขนาดใหญ่มีการทำงานของขนกวัด (cilia) ลดลงทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรังและมีเสมหะมากขึ้น ส่งผลให้มีการตีบแคบของหลอดเลือดร่วมกับการสูญเสียความยืดหยุ่นของปอด (elastic recoil) (Brandsma et al., 2020) จากการที่ elastin และ collagen tissue ในถุงลมของเนื้อปอดถูกทำลายทำให้เกิดการจำกัดการไหลของอากาศ และมีอากาศค้างในถุงลมปอด การระบายอากาศลดลง มีผลต่อการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ และคาร์บอนไดออกไซด์คั่งตามมา เมื่อโรคมีความรุนแรงขึ้นทำให้เกิดความดันในหลอดเลือดแดงปอดสูงขึ้น (pulmonary hypertension) จากโครงสร้างหลอดเลือดผิดปกติรูปหนาตัวขึ้น และมีการหดตัวทำให้เพิ่มแรงต้านทานในหลอดเลือดปอดเมื่อแรงต้านมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดภาวะหัวใจซีกขวาโต และหัวใจวายตามมา (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565)

สาเหตุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มีสาเหตุมาจากการสัมผัสอนุภาค/แก๊ส หรือมาจากสารพันธุกรรมของบุคคลที่ทำให้พัฒนาการปอดผิดปกติ (GOLD, 2022) ซึ่งการอุดกั้นนี้เกิดจาก 2 สาเหตุร่วมกัน คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) (CDC, 2021) ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1 ลักษณะทางพันธุกรรม ได้แก่ ยีนที่ทำให้เกิดการขาดสารแอลฟาวันแอนติทริปซิน (alpha-1 antitrypsin: AATD) พบได้ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2 อายุและเพศ อายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับโรคนี้ เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นความยืดหยุ่นของหลอดลมและเนื้อปอดลดลงทำให้ปอดเสียหายที่ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่วนเพศนั้นในอดีตการศึกษาบ่งชี้ว่าพบโรคนี้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้วพบการรายงานความชุกของการเกิดโรคเท่าๆ กันทั้งในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นของเพศหญิง

1.3 การมีพยาธิสภาพที่ปอด และหลอดลม โดยหากเคยสัมผัสปัจจัยรบกวนในวัยเด็กจะทำให้สมรรถภาพปอดผิดปกติได้เมื่อมีอายุมากขึ้น

1.4 ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจทั้งจากแบคทีเรียและไวรัส โดยพบว่าประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่รุนแรงในวัยเด็ก มีผลลดสมรรถภาพปอด (lung function)

1.5 ประวัติโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) ทำให้ผนังหลอดลมหนาตัวขึ้นมีเมือกทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น (NHLBI, 2022) ทำให้ไอมีเสมหะเรื้อรังส่งผลให้ค่า FEV₁

1.6 ภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ/หอบหืด (airway hyperresponsiveness/asthma) เป็นปัจจัยเสี่ยงในการส่งผลให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

2. ปัจจัยด้านสถานะแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่

2.1 การสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ พบเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยบุหรี่ทำให้สมรรถภาพปอดลดลง 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่จากกระบวนการทำให้เกิดภาวะถุงลมโป่งพองขึ้น และพบว่าผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีประวัติสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มาเป็นเวลานาน

2.2 มลภาวะทางอากาศ (air pollution) มลภาวะทางอากาศที่เกิดภายในบ้าน (indoor air pollution) เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) ฝุ่นที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ควันจากการเชื่อมโลหะและเครื่องจักรต่างๆ (diesel exhaust)

2.3 เศรษฐฐานะ พบความชุกเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะต่ำ โดยพบว่ามี mốiเกี่ยวข้องกับการสัมผัสมลพิษและโภชนาการที่ไม่ดี

อาการและอาการแสดงของโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะแรกมักไม่ปรากฏอาการชัดเจน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโรคนั้นดำเนินไปอย่างช้าๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเมื่อพยาธิสภาพลุกลามไปมากแล้ว อาการที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาการหายใจลำบาก (dyspnea) โดยพบมากถึงร้อยละ 82 - 91 (Clarke et al., 2022) โดยผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อยอย่างเรื้อรังจากพยาธิสภาพของโรคและเมื่อโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยแม้ในขณะพัก ต้องออกแรงเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ เมื่อมีปริมาณออกซิเจนซึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนแก๊สของปอดไม่เพียงพอต่อการสลายกรดแลคติก (lactic acid) ที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญพลังงานทำให้มีการสะสมของกรดแลคติกในเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อจึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า ซึ่งจากการแลกเปลี่ยนแก๊สภายในปอดที่ไม่มีประสิทธิภาพแบบเรื้อรังจึงทำให้มีการคั่งของกรดแลคติกอยู่เสมอทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าสะสมตามมา นอกจากนี้ยังพบอาการอื่นๆ เช่น หายใจมีเสียงวี๊ด ไอเรื้อรังและมีเสมหะ โดยอาการไอมักพบเป็นอาการนำแรกของผู้ป่วย ในกรณีที่มีอาการอื่น ๆ เช่น ไอเป็นเลือด หรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยอื่นเสมอที่สำคัญ คือ วัณโรค มะเร็งปอด และหลอดลมพอง (bronchiectasis) (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางคลินิกร่วมกัน ได้แก่ ผลภาพรังสีทรวงอก ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ วัดค่าก๊าซในเลือดแดงและยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมทรี (spirometry) โดยใช้ค่า FEV_1/FVC หลังพ่นยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 (GOLD, 2022)

หมายเหตุ: - ค่า FVC (forced vital capacity) คือ การวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกแรงเต็มที่หลังจากให้ผู้ป่วยหายใจเข้าแรงเต็มที่

- FEV_1 (forced expiratory volume in one second): คือ การวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกเต็มที่ในช่วง 1 วินาทีแรกหลังจากให้ผู้ป่วยหายใจเข้าแรงเต็มที่

ระดับความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD (2022) แบ่งตามความรุนแรงของการอุดกั้นหลอดลม (Airflow limitation severity) โดยใช้ค่า FEV_1 หลังพ่นยาขยายหลอดลม แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

GOLD 1: รุนแรงน้อย (Mild) ค่า FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เปอร์เซ็นต์ ของค่ามาตรฐาน

GOLD 2: รุนแรงปานกลาง (Moderate) ค่า 50 เปอร์เซ็นต์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ FEV_1 น้อยกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

GOLD 3: รุนแรงมาก (Severe) ค่า 30 เปอร์เซ็นต์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ FEV_1 น้อยกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

GOLD 4: รุนแรงมากที่สุด (Very Severe) ค่า FEV_1 น้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

นอกจากนี้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังสามารถจำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A, B, C และ D

โดยใช้เครื่องมือ ABCD assessment tool โดยใช้ร่วมกับแบบสอบถามอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (modified Medical Research Council questionnaire: mMRC) และแบบประเมินผล กระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วย (COPD assessment test: CAT) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ กำเริบและอาการทางเดินหายใจ สามารถจำแนกออกเป็นกลุ่ม ดังนี้

- กลุ่ม A: มีอาการทางเดินหายใจเล็กน้อย และมีความเสี่ยงต่ออาการกำเริบน้อย
ไม่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ mMRC 0-1 หรือ CAT น้อยกว่า 10
- กลุ่ม B: มีอาการทางเดินหายใจและมีความเสี่ยงต่ออาการกำเริบน้อย
ไม่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ mMRC มากกว่าหรือเท่ากับ 2 หรือ CAT มากกว่า หรือเท่ากับ 10
- กลุ่ม C: มีอาการทางเดินหายใจเล็กน้อย และมีความเสี่ยงต่ออาการกำเริบสูง
มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้ง mMRC 0-1 หรือ CAT น้อยกว่า 10
- กลุ่ม D: มีอาการทางเดินหายใจและมีความเสี่ยงต่ออาการกำเริบสูงมีประวัติเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้ง mMRC มากกว่าหรือเท่ากับ 2 หรือ CAT มากกว่า หรือเท่ากับ 10

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป้าหมายหลักของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ ลดอาการ ชะลอความก้าวหน้าของโรค เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม ลดการกำเริบเฉียบพลัน ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง คือ การเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้ผลและเสียค่าใช้จ่ายน้อย สามารถลดความ เสี่ยงการเกิดโรค นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยง หรือลดมลพิษทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ
2. การรักษาในระยะสงบหรือคงที่ หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบของโรค ประกอบด้วย
 - 2.1) การให้ความรู้เรื่องโรค การดำเนินโรค การปฏิบัติตนและการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการ กำเริบ แผนการรักษา และความรู้เรื่องยา
 - 2.2) การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้มี 4 กลุ่ม คือ
 - กลุ่มที่ 1 ยาขยายหลอดลม (bronchodilators)
 - กลุ่มที่ 2 ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids)
 - กลุ่มที่ 3 ยาอื่นๆ ได้แก่ ยาด้านอาการไอ ยาด้านจุลชีพ ยาละลายเสมหะ ยากลุ่มแอนติออกซิแดนท์ วัคซีน และการรักษาด้วย alpha-1 antitrypsin ในผู้ป่วยที่ขาดสาร alpha-1 antitrypsin
 - กลุ่มที่ 4 ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์ Phosphodiesterase-4 ซึ่งเป็นยากลุ่มใหม่ที่ใช้ในการรักษาโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย
 - 2.3) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological therapy) ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) มีเป้าหมายเพื่อช่วยลดอาการของโรค ฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน/ออกกำลังกาย การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ลดอาการหอบเหนื่อย

และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.4) การบำบัดด้วยออกซิเจนระยะยาว (long-term oxygen therapy: LTOT) ผู้ป่วยมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 88 เปอร์เซ็นต์หรือมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 89 เปอร์เซ็นต์แต่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง หัวใจห้องขวาล้มเหลว เป็นต้น โดยการให้ออกซิเจนเพื่อให้ผู้ป่วยมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 88–92 เปอร์เซ็นต์ สามารถลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

3. การรักษาภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation)

เป้าหมายของการรักษาภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค คือ ลดอาการที่เกิดขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ประกอบด้วย

3.1) การให้ออกซิเจน เป้าหมายเพื่อคงค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในช่วง 88–92 เปอร์เซ็นต์ และระมัดระวังการเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งจากการให้ออกซิเจนที่มากเกินไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึมลงหรือหมดสติได้

3.2) การรักษาด้วยยา ได้แก่

- กลุ่มที่ 1 ยาพ่นสูดขยายหลอดลม การใช้ยา β_2 agonist ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคปอดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบหากผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองเร็วพอต่อยานี้แนะนำให้เพิ่ม anticholinergic drug การใช้ยาขยายหลอดลม 2 ชนิด ที่มีกลไกและระยะเวลาการออกฤทธิ์ต่างกันจะช่วยเสริมฤทธิ์ขยายหลอดลมหรือลดผลข้างเคียง

- กลุ่มที่ 2 ยากลูโคคอร์ติโคสเตียรอยด์ (glucocorticosteroids) จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ มีอาการและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น โดยจะพิจารณาให้เป็นราย ๆ โดยในระยะแรกจะให้ในรูปยาฉีด เมื่ออาการดีขึ้นจะปรับเป็นชนิดรับประทาน

- กลุ่มที่ 3 ยาปฏิชีวนะ จะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรีย มีอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ไอมีเสมหะจำนวนมากและมีเสมหะเปลี่ยนสีหรือเป็นหนอง หรืออาการกำเริบรุนแรงและต้องได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ โดยยาที่เลือกใช้ควรพิจารณาเลือกยาที่มีฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อที่สัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของโรค และคำนึงถึงประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่ผ่านมา

(สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565; GOLD, 2022)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน

นอกจากการรักษาที่เหมาะสมกับอาการและระยะโรคของผู้ป่วยแล้ว การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการความหลากหลายในการดูแลทั้งต่อผู้ป่วยเอง รวมถึงญาติ ครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต และ เป็นผู้ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ค้นหาปัญหารายบุคคล ประสานงานเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งทักษะเบื้องต้นที่พยาบาลควรมีในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ

1. การรวบรวมประวัติและประเมินอาการที่สำคัญ โดยประเมินอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยด้วยเกณฑ์ mMRC หรือ CAT ชักประวัติการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วย และประวัติการเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation) ทั้งความถี่และความรุนแรง ประวัติการเข้ารับการรักษาดัวในโรงพยาบาล ประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจ และประวัติการเกิดโรคร่วมที่สำคัญ

2. ความรู้เรื่องโรคและการดำเนินของโรค

3. กระบวนการพยาบาลที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัยในระยะวิกฤต

3.1 การดูแลทางเดินหายใจ เนื่องจากในระยะวิกฤตผู้ป่วยมักมีอาการหอบเหนื่อยมากจากหลอดลมที่หดเกร็ง โดยดูแลให้ยาขยายหลอดลม และออกซิเจน ตามแผนการรักษา หรือดูแลช่วยแพทย์เปิดทางเดินหายใจ

3.2 เจาะเลือดส่งตรวจ และ ถ่ายภาพรังสีปอด เพื่อค้นหาโรคร่วมที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีภาวะกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน เช่น ภาวะปอดอักเสบ หรือ ภาวะน้ำท่วมปอด เป็นต้น

3.3 ดูแลให้ได้รับยาลดการอักเสบตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากในระยะกำเริบของโรค ร่างกายมีการหลั่ง Inflammatory mediators หลายชนิด ทำให้หลอดลมตีบแคบ ส่งผลทำให้ผู้ป่วย มีอาการหายใจลำบาก

3.4 ติดตามเครื่องตรวจคลื่นหัวใจเพื่อดูการเต้นของหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากในระยะวิกฤตผู้ป่วยมักมีอาการหอบเหนื่อยมาก ใช้กล้ามเนื้ออกกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในหายใจ (accessory muscle) หรือมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เช่น respiratory paradox หรือ respiratory alternans จึงส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้น ในบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นมีอาการแสดงของภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลวหรือหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

3.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการที่ผู้ป่วยเหนื่อย และต้องมียกกิจกรรม ส่งผลให้ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

3.6 การพยาบาลรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ คงความสมดุลกรดด่างในร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระยะของโรครุนแรงมักมีค่าออกซิเจนต่ำเรื้อรัง หรือ มีค่า PaO_2 น้อยกว่า 60 mmHg, และ pH น้อยกว่า 7.35

3.7 การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจาก ในระยะกำเริบผู้ป่วยจะมีการระคายเคืองและการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ไม่ดี และหากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจร่วมด้วยจะส่งผลให้มีเสมหะในทางเดินหายใจ

3.8 ดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อในทางเดินหายใจ

3.9 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องใช้พลังงานมากในการออกแรงหายใจในภาวะที่มีการกำเริบของโรค การที่ร่างกายได้รับพลังงานไม่เพียงพอส่งผลให้ร่างกายจำเป็นต้องใช้การเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน เกิดการคั่งของแลคติก ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินของโรคเลวลง

3.10 การพยาบาลด้านจิตใจ เนื่องจาก ในระยะที่โรคกำเริบเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่ทันตั้งตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัว คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ ความดันโลหิตสูง วันที่ 2 พฤษภาคม 2567 มาโรงพยาบาลด้วย 1 สัปดาห์ก่อนมา โรงพยาบาลมีอาการไอ ร่วมกับมีเสมหะ มีอาการเหนื่อยเป็นพักๆ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แน่นหน้าอก ร่วมกับหอบเหนื่อยมาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกรับที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยร่วมกับ มีลักษณะการหายใจมีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อหน้าอก (Retraction) สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ชีพจร 138 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 168/104 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายฟังปอดพบเสียงวี๊ด (Wheezing) ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเฉียบพลัน ดูแลพ่นยา Berodual 1 nebule ทุก 15 นาทีจำนวน 3 ครั้ง ให้ยาลดการอักเสบในระบบทางเดินหายใจ Dexamethasone 8 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทันที ร่วมกับให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ผสมใน NSS 100 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง จากนั้นผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยหอบ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ แพทย์จึงพิจารณาให้ยา ระวังความรู้สึก Valium 5 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทันที และพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก หลังใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ แพทย์จึงให้ยา ระวังความรู้สึก Fentanyl 50 ไมโครกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทันที และให้ยา Fentanyl ต่อเนื่องด้วยอัตรา 50 ไมโครกรัมต่อชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ป่วยหายใจไม่หอบเหนื่อย หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจมากขึ้น จึงย้ายมารักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก ระหว่างที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วย Glasgow Coma Score เท่ากับ 14T (E₄M₆V₇) ผู้ป่วยหายใจโดยใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลึก 24 เซนติเมตรที่มุมปากและใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นเวลา 3 วัน ร่วมกับได้รับสารน้ำชนิด 0.9% NaCl ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้ยาลดการอักเสบชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 nebule ทุก 4-8 ชั่วโมง และยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัมวันละครั้ง ได้รับอาหารสูตร Blenderized Low salt diet (1:1) 250 มิลลิลิตรทางสายยาง ทุก 6 ชั่วโมง และมีารับประทาน ได้แก่ ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน Theophylline ครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ Diltiazem 30 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร และ ยาควบคุมความดันโลหิต Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า และให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ

- 1) มีภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน เนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
- 2) มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
- 3) มีภาวะไม่สมดุลน้ำในร่างกาย และ
- 4) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง

หลังให้การรักษา และการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อยจึงให้คำแนะนำการการฝึกหายใจ และการไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการอุดตันของเสมหะ ในระบบทางเดินหายใจ ได้ประเมินการกลืนก่อนเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองเพื่อป้องกันการสูดสำลัก และได้ประเมินทักษะและสอนวิธีการพ่นยาที่ถูกต้องให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านสามารถพ่นยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากนั้นผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

(วันที่ 5 พฤษภาคม 2567) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีสหน้าสดขึ้น ไม่มีอาการเหนื่อยหอบไม่มีไข้ นอนราบได้ ไม่มีอาการหายใจลำบาก สามารถยุติการให้ออกซิเจนทางท่อสอดจมูก (Oxygen Cannula) ได้ แพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านวันที่ 7 พฤษภาคม 2567 และมีयरับประทานต่อเนื่อง รวมวันที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนัก 4 วัน และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 6 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านบึง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อพัฒนาความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านบึงใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน

4.3.3 เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานแก่พยาบาลใหม่และนักศึกษาพยาบาล

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ วันที่ 2 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 5 พฤษภาคม รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 4 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว, น้ำท่วมปอด และ ปอดแตก เป็นต้น ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ จากนั้นส่งผู้ป่วยไปติดตามอาการต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลันในหน่วยงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยภาวะการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเฉียบพลัน มีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อประคองระบบการทำงานของระบบหายใจที่ล้มเหลวซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรค การให้การพยาบาลจึงมีความซับซ้อนจำเป็นต้องเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง เนื่องจาก ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ ระบบต่างๆของร่างกายทำงานหนัก จึงมีความเสี่ยงที่อาการของผู้ป่วยจะทรุดลงได้ทุกเมื่อ นอกจากนี้ยังซักประวัติพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบในครั้งนี้อาจมีปัจจัยร่วมมาจากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ โดยสาเหตุที่ยังไม่สามารถเลิกได้มาจากผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองสูบบุหรี่มานาน การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก รวมถึงในอดีตเคยพยายามเลิกมาแล้วหลายครั้ง แต่ก็ล้มเหลวทุกครั้ง เนื่องจาก เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ตัวเองจะรู้สึกไม่มีสมาธิ อีกทั้งเมื่อประเมินทักษะการใช้ยาพ่นก็ยังพบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถสูดยาพ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อนจึงทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลมาก ซึ่งมีสาเหตุจากการรับรู้และความเข้าใจว่า การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมากบ่งบอกถึงอาการที่หนักและเสี่ยงที่จะเสียชีวิตตลอดเวลา อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความกังวลเรื่องการสื่อสาร ที่ไม่สามารถแปลงเสียงสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และญาติได้ เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยไม่ได้อาหารหรือเตรียมตัวล่วงหน้า และไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักมาก่อน อีกทั้งญาติไม่สามารถเฝ้าดูแลได้ จึงก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลเหล่านี้มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา และการฟื้นตัวของผู้ป่วยโดยอาจทำให้ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจนานขึ้น และ เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator - Associated Pneumonia: VAP) เป็นต้น

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการกำเริบเฉียบพลันในการตรวจร่างกายและประเมินสัญญาณชีพ รวมถึงสังเกตอาการและอาการแสดงในระยะวิกฤต อีกทั้งยังมีความจำเป็นในการใช้เครื่องมือที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วย ฟื้นหายจากโรค ปลอดภัย และ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

9.2 พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องของยาที่ใช้รักษา และควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเทคนิคการพ่นยาที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านสามารถพ่นยาได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

9.3 พยาบาลต้องมีความรู้ และเทคนิคในการส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กบุหรืรวมถึงการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ควันไฟ ฝุ่น เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดการกำเริบของโรค

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวมารีสา โพธิ์ธรรม สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....นางสาว มารีสา โพธิ์ธรรม.....ผู้ขอประเมิน

(นางสาวมารีสา โพธิ์ธรรม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่.....๒๕๘ เดือน.....ธ.ค. ปี.....๒๕๖๗ พ.ศ.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *กนก*

(นางสาวพรเพ็ญ ชลพนารักษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้าหอผู้ป่วย

วันที่ *๒๘* *ธ.ค.* *๒๕๖๗* พ.ศ.

(ลงชื่อ) *กนก*

(นางสาวมัทนา ศิริโชคปรีชา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล

วันที่ *๒๘* *ธ.ค.* *๒๕๖๗* พ.ศ.

(ลงชื่อ) *กนก* ✓

(นางแววดาว พิมพ์เรศ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง

วันที่ *๒๘* *ธ.ค.* *๒๕๖๗* พ.ศ.

(ลงชื่อ) *ก*

(..... (นายอภิรัตน์ กตัญญูตานนท์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ *๒๘* *ก.ย.* *๒๕๖๗* พ.ศ.

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว

2. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ และเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล หรือสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลวแล้วควรเริ่มประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้น การหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อลดระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ภาวะหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว (Weaning Failure) จึงเป็นสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิดในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่ภาวะสุขภาพที่แย่ลงของผู้ป่วย เช่น ความเจ็บปวด เสี่ยงต่อการติดเชื้อ รวมทั้งระบบบริการต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้น จากการรวบรวมสถิติเวชระเบียนของหอผู้ป่วยหนัก พบสถิติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2564- 2566 พบจำนวน 147,142 และ 159 ราย ตามลำดับ มีจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจคิดเป็น 986,843 และ 1,014 วัน ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวจำนวน 4,4 และ 3 ราย ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว คือ เกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator - Associated Pneumonia: VAP) 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจนานเกิน 14 วัน (Prolong intubation) 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 73 (โรงพยาบาลบ้านบึง, 2564, 2565 และ 2566) ส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาต้านจุลชีพมากขึ้น มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มโอกาสการทุพพลภาพ และเสียชีวิตให้กับผู้ป่วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านบึง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ระบบทางเดินหายใจ มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจและอาการดีขึ้นแล้ว ก็จะเริ่มเข้าสู่กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยการหย่าเครื่องช่วยหายใจควรรีบทำให้เร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดอักเสบ ปอดแฟบ และหลอดลมถูกกดทับจากลูกโป่งของท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ลดค่าใช้จ่าย และจำนวนวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงควรให้ความสนใจและเอาใจใส่ต่อปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกับความสำเร็จ หรือล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ (ยุพา วงศ์รสไตรและคณะ, 2560)

ในปัจจุบันหอผู้ป่วยหนักไม่มีแนวทางประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยลักษณะการทำงานปัจจุบันจะเริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจเมื่อแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้พิจารณาให้เริ่มหยาเครื่องเท่านั้น ไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ชัดเจนเพื่อสื่อสารกันในห้องผู้ป่วย อีกทั้งในห้องผู้ป่วยมีบุคลากรที่ประสบภาระการทำงานยังน้อย ทำให้ยังขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ การหยาเครื่องช่วยหายใจจึงเกิดความล่าช้า ไม่มีความต่อเนื่องในการเริ่มการหยาเครื่องช่วยหายใจ และใช้เวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจมากขึ้น ทำให้การหยาเครื่องช่วยหายใจให้ประสบผลสำเร็จ

การหยาเครื่องช่วยหายใจให้สำเร็จยังเป็นปัญหาในการปฏิบัติ และมีความยากลำบาก สำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยด้านความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ความสามารถของบุคลากรในห้อง การสื่อสารและความร่วมมือในห้องสุขภาพ ความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้จัดทำจึงสนใจที่จะศึกษาและสังเคราะห์ความรู้จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างแนวปฏิบัติในการพยาบาลเพื่อป้องกันการหยาเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้ทีมสุขภาพใช้ในการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม พร้อมทั้งเพิ่มโอกาสในการหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ลดจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่ท่อช่วยหายใจนาน

จากการศึกษาและสังเคราะห์ความรู้จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า เครื่องมือ Extubation Predictive Score (ExPreS) เป็นเครื่องมือที่พยาบาลเจ้าของไข้สามารถประเมิน เพื่อทำนายความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจให้กับผู้ป่วยได้ แต่ยังพบข้อจำกัดในการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในห้องผู้ป่วยหนัก คือ ไม่สามารถประเมิน Dynamic Lung และ การวัด Muscle strength ได้ ผู้จัดทำจึงมีความสนใจในการพัฒนาเครื่องมือในการทำนายความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนามาจาก ExPreS แต่นำมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะกับบริบทหอผู้ป่วยหนักได้ปฏิบัติงานอยู่ โดยนำปัจจัยที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ พัฒนาเป็นเครื่องมือ Modified Extubation Prediction Score โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการหยาเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษากระบวนการ การดูแลรักษา และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการหยาเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการหยาเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว

3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล และสาเหตุของปัญหา
4. รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้สำเร็จ จากนั้นจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว
5. นำเสนอแนวคิดการ อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. จัดเตรียมเอกสารแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว
8. จัดทำแบบประเมิน แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
9. นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวที่จัดทำขึ้นมาเริ่มใช้ในหน่วยงานกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านบึง และประเมินผล

10. สรุปผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวไปใช้ในทิศทางเดียวกัน
- 4.2 พยาบาลนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงหลังถอดท่อช่วยหายใจ
5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
- 5.1 พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว ร้อยละ 80
- 5.2 อัตราการภาวะหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ร้อยละ 90

(ลงชื่อ) มโนไพร โปธิธรรม ผู้ขอประเมิน
 (.....นางสาวมริสา โปธิธรรม.....)
 (ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.....
 (วันที่) ๒๘ ต.ค. ๒๕๖๗

เอกสารอ้างอิง

- ธีรวัฒน์ สมคำศรี, คลวิวัฒน์ แสนโสม,อภิชาติ โช้เงิน. (2566). การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวภายหลังถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ, 46(7), 73-87. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/264943/180443>
- โรงพยาบาลบ้านบึง. (2564). สถิติรายงานหอผู้ป่วยหนัก
- โรงพยาบาลบ้านบึง. (2565). สถิติรายงานหอผู้ป่วยหนัก
- โรงพยาบาลบ้านบึง. (2566). สถิติรายงานหอผู้ป่วยหนัก
- สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). Burden COPD. <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด
- Baptistella, A. R., Sarmiento, F. J., da Silva, K. R., Baptistella, S. F., Taglietti, M., Zuquello, R. Á., & Nunes Filho, J. R. (2018). Predictive factors of weaning from mechanical ventilation and extubation outcome: A systematic review. *Journal of critical care*, 48, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.08.023>
- Baptistella, A. R., Mantelli, L. M., Matte, L., Carvalho, M. E. d. R. U., Fortunatti, J. A., Costa, I. Z., . . . Nunes Filho, J. R. (2021). Prediction of extubation outcome in mechanically ventilated patients: Development and validation of the Extubation Predictive Score (ExPreS). *PLOS ONE*, 16(3), e0248868. doi:10.1371/journal.pone.0248868
- Jhou HJ, Chen PH, Ou-Yang LJ, Lin C, Tang SE, Lee CH. Methods of Weaning From Mechanical Ventilation in Adult: A Network Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Oct 4;8:752984. doi: 10.3389/fmed.2021.752984. PMID: 34671629; PMCID: PMC8521009.
- Torrini, F., Gendreau, S., Morel, J., Carteaux, G., Thille, A. W., Antonelli, M., & Mekontso Dessap, A. (2021). Prediction of extubation outcome in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Critical care (London, England)*, 25(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03802-3>