



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพรสุดา หงษ์ศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลพนมไพร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้


ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะหักท้วงให้หักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(นายเชวงศักดิ์ พลเยี่ยม)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวพรสุดา หงษ์ศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลพนมไพร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๑๑๐๑๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลพนมไพร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๑๐๑๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”		 (นายนรากร สุทธิประภา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มิถุนายน - 31 กรกฎาคม 2564
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

3.1.1 ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย พยาธิสภาพ สาเหตุของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค

3.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.1.1 ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย พยาธิสภาพ สาเหตุของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค พยาธิสภาพและพยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดจากกลไกการอักเสบทั้งในหลอดลมขนาดเล็กและขนาดใหญ่และในเนื้อปอดในระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนเลือดในปอดระบบหัวใจและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจทำให้ถุงลมมีภาวะขาดออกซิเจนเป็นสาเหตุที่ทำให้ถุงลมส่วนปลายมีการขยายตัวมากกว่าปกติและมีการยืดขยายของชั้นกล้ามเนื้อในหลอดเลือดส่วนปลายและในระยะรุนแรงของโรคจะมีการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อส่วนของผนังหลอดเลือดชั้นใน (Intima) ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะความดันสูงในหลอดเลือดปอด (Pulmonary hypertension) และเกิดภาวะหัวใจห้องล่างขวาขยายขนาดใหญ่ (Right ventricular hypertrophy) พบได้ในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจากกระบวนการทำลายของถุงลมและในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้ายบางรายมีกล้ามเนื้อกระบังลมเกิดการฝ่อตัวและพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ทำให้มีเสมหะจำนวนมากในหลอดลมเป็นผลจากการเพิ่มขนาดและจำนวนของชั้นใต้เยื่อเมือก (Submucosal gland) และมีการเพิ่มจำนวนของเซลล์คัดหลั่งสารมูก (Goblet cell) และในหลอดลมขนาดใหญ่มีการลดจำนวนและขนาดของเซลล์ขนกวัด (Cilia) ร่วมกับมีการติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้เชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโตและปล่อยสารพิษไปทำลายเซลล์ขนกวัดและเซลล์คัดหลั่งสารมูก ส่วนพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเกิดจากการสูญเสียความยืดหยุ่นในเนื้อปอดส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีแรงขับเสมหะจากถุงลมส่วนปลายมาที่ท่อทางเดินหายใจส่วนต้นในระหว่างการหายใจออก

ความหมายของโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นของหลอดลมชนิดที่ไม่สามารถกลับคืนมาเป็นปกติได้ (Not fully reversible airflow obstruction) การอุดกั้นของหลอดลมมีลักษณะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ (Progressive) และเป็นผลจากความผิดปกติของการตอบสนองของการอักเสบที่มีต่ออนุภาคหรือก๊าซที่เป็นอันตรายต่อปอด เช่น ฝุ่นและก๊าซพิษที่สำคัญที่สุด คือ คาร์บอนบุหรี่ โดยทั่วไปโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย 2 โรคได้แก่โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) เป็นโรคที่นิยามขึ้นมาจากอาการทางคลินิกคือผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะโดยมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดย ไม่เกิดจาก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สาเหตุอื่น ๆ และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) เป็นโรคที่นิยามขึ้นมาจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลม ทำให้บริเวณถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลมมีการขยายตัวโป่งพอง ซึ่งมีผลต่อการถ่ายเทแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง(สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553)

อุบัติการณ์เกิดของโรค

ในประเทศไทยมีความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากมลพิษทางอากาศและอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนรักษาในโรงพยาบาล 249,742 รายซึ่งในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 1.5 ล้านราย คาดว่าผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 5.00 เป็นผู้เป็นโรคนี

นอกจากนี้ จากสถิติพบมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดจำนวน 17,347 รายในปี พ.ศ.2560 และมากกว่าร้อยละ 30.00 มาจากกรุงเทพมหานครและจังหวัดในภาคเหนือ โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในประเทศไทย คือ การสูบบุหรี่และมลภาวะสิ่งแวดล้อม(สถิติกระทรวงสาธารณสุข,2563)

อุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 7 เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราการตายในประชากรสูงเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศและยังเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกันเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน ในเขตสุขภาพที่ 7 พบอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ปี พ.ศ. 2559-2562 เท่ากับ 317.17,312.76,314.31 และ 306.47 ต่อแสนประชากร และในจังหวัดร้อยเอ็ด พบอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 33.76 ,18.16 และ 12.63 ต่อแสนประชากร และในอำเภอนมโพระพบอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 9.66 ,2.78 และ 4.19 ต่อแสนประชากรและยังพบอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปีขึ้นไป)ของอำเภอนมโพระ ปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 132.86 ,128.43 และ 107.74 ต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด,2564) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยในอำเภอนมโพระอาจต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการรักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ โดยการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 15,700 บาท ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้โรคนี้นี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง เมื่อเจ็บป่วยระยะยาวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ จนกระทั่งเสียชีวิต

สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแต่เชื่อว่าปัจจัยต่างๆ ที่คิดว่าน่าจะทำให้เกิด คือ

1. การสูบบุหรี่ มีข้อมูลหลายอย่างที่แสดงถึงความเกี่ยวพันระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้นว่า

1.1 สถิติโรคนี้นี้เพิ่มขึ้นได้สัดส่วนกับปริมาณการสูบบุหรี่

1.2 โรคนี้นี้พบในหมู่ประชากรที่สูบบุหรี่สูงกว่าหมู่ประชากรที่ไม่สูบบุหรี่ ยิ่งกลุ่มสูบบุหรี่จัดก็ยิ่งพบมากขึ้นตามสัดส่วนโดยเฉลี่ยจะพบโรคนี้นี้ในหมู่ประชากรที่สูบบุหรี่จัด (เกินกว่าสองซองต่อวันเป็นเวลา 20 ปี) ประมาณ 18 เท่าของหมู่ประชากรที่ไม่สูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1.3 การทดลองในสุนัขของออร์บาชกับคณะ โดยให้สุนัขสูบบุหรี่ทางท่อหลอดลม คือ ผลการทดลองพบว่ากลุ่มสุนัขที่สูบบุหรี่จัด (9 มวน/วันเป็นเวลา 29 เดือน) นั้นมีการเปลี่ยนแปลงที่มีลักษณะของหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพองปรากฏทุกตัว ส่วนสุนัขที่สูบบุหรี่น้อยก็พบอัตราของถุงลมโป่งพองลดลงส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความผิดปกติเลย

ในควันบุหรี่มีสารระคายเคือง ได้แก่ ไนโตรเจนไดออกไซด์ ซัลไฟต์ และอะโครลีน ซึ่งออกฤทธิ์ต่อหลอดลม 2 ประการ

ก. ทำให้ขนกวัดของเยื่อหลอดลมเสียหายที่

ข. ทำให้เซลล์ขี้มูกหลังมูกมากขึ้น เมื่อการพัดโบกของขนกวัดเสื่อมหน้าที่และมีการหลั่งน้ำมูกมากขึ้น จะทำให้สิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่หลอดลมค้างค้ำได้ง่ายการอักเสบของหลอดลมจึงเกิดขึ้นได้ง่ายเช่นกัน เมื่อการอักเสบหลอดลมเกิดขึ้นซ้ำๆ นับรวมปีก็จะทำให้ผนังหลอดลมหนาขึ้น และท่อของหลอดลมแคบลงซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรค นอกจากนี้บุหรี่ยังทำลายเซลล์แมคโครฟาจในถุงลม ทำลายผนังกั้นระหว่างถุงลม ทำให้ถุงลมโป่งพอง

2. มลภาวะทางอากาศ ความสัมพันธ์ระหว่างมลภาวะทางอากาศกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ค่อยชัดเจนเท่ากับบุหรี่ยเพราะสารระคายเคืองต่างๆ ที่ปรากฏในบรรยากาศมีปริมาณไม่มากเท่ากับที่พบในควันบุหรี่ ข้อมูลทางสถิติซึ่งพอจะเป็นหลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างมลภาวะทางอากาศเกิดขึ้นนั้นมีมากกว่าในชนบทใหญ่ๆ เชื่อว่าซัลเฟอร์ไดออกไซด์ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงประเภทถ่านหินในโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้การกำเริบของโรคบ่อยขึ้นในช่วงเวลาที่ความเข้มข้นของซัลเฟอร์ไดออกไซด์ในบรรยากาศมีสูงขึ้น และอัตราการตายของโรคพบมากขึ้นในช่วงเวลาที่มีซัลเฟอร์ไดออกไซด์มากขึ้น

3. การขาดแอลฟา 1 แอนติทริพซิน (Alpha 1 antitrypsin) แอลฟา 1 แอนติทริพซิน เป็นโปรตีนที่สร้างจากตับมีค่าประมาณ 240 มก% มีคุณสมบัติต้านฤทธิ์ของเอนไซม์ซึ่งย่อยโปรตีนต่างๆ เช่น ตรีพซินคอลลาจีเนส (Trypsin Collagenase) และอีลาสเทส (Elastase) บางคนจึงเรียกว่า แอลฟา 1 แอลติโปรเทียส หน้าที่โปรตีนชนิดนี้เกี่ยวข้องกับกาเกิดถุงลมโป่งพอง อย่างไรก็ตามไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าโปรตีนดังกล่าวช่วยยับยั้งการทำงานเนื้อเยื่อ ซึ่งอาจจะเกิดมากเกินไปในขณะที่มีการอักเสบของหลอดลม การขาดโปรตีนชนิดนี้จึงเชื่อว่าทำให้เกิดการทำลายของหลอดลมและผนังถุงลมมากขึ้นในขณะที่มีการอักเสบและเกิดถุงลมโป่งพองตามมา

4. การติดเชื้อผู้ป่วยที่เป็นหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มักมีประวัติติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนบ่อยๆ การอักเสบทำให้มีการทำลายเยื่อบุผิว เกิดเป็นแผลเป็นและชั้นใต้เยื่อบุผิวหนาขึ้นทำให้หลอดลมตีบแคบถาวร

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดได้ทั้งจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยและปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วย ดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยได้แก่พันธุกรรม เช่น Alpha-1 antitrypsin โดยปกติแล้วร่างกายจะมีการสร้างสาร Alpha-1 antitrypsin ซึ่งเป็น Serum protein ที่สร้างจากตับเป็นสารที่ทำหน้าที่ยับยั้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การทำงานของเอนไซม์โปรตีน เนสอีลาสเตสไม่เข้าไปทำลาย Elastin ในเนื้อปอดดำชนิด Alpha-1 antitrypsin ทำให้เร่งการเกิดภาวะถุงลมโป่งพองก่อนวัยอันควรถึงแม้ว่าจะไม่ได้สูบบุหรี่โดยภาวะนี้พบได้น้อยกว่า ร้อยละ 10 ในประชากรทั่วไปและมักเจอในกลุ่มยุโรปตอนบน

2. ปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ คอวันบุหรีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่า ร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยและการสูบบุหรี่มากกว่า 10 ของต่อปีถือว่ามี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสัมผัสฝุ่นและสารเคมีจากการประกอบอาชีพ เป็นปัจจัย ที่สำคัญรองจากการสูบบุหรี่พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมดและจากมลภาวะภายนอกและ ภายในอาคาร มลภาวะภายในอาคารได้แก่ การเผาไหม้เชื้อเพลิงชีวมวล(Biomass) ซึ่งทำจากซากพืช มูลสัตว์ เพื่อการประกอบอาหารหรือให้ความร้อนในสถานที่ที่การระบายอากาศไม่ดีซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา อายุ ยิ่งอายุมากยิ่งมีโอกาสเกิดเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้นและพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีมีโอกาสเกิดเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าเพศชายเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อีก เช่น การที่เคยเป็นวัณโรคปอดมาก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการและอาการแสดงของโรค

อาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการเหนื่อยไอเรื้อรังและมีเสมหะแต่ในระยะแรกผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใด ๆ เลยอาการเหนื่อยเป็นอาการสำคัญที่มักนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ลักษณะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Progressive dyspnea) โดยโรคนี้เกิดในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ทำให้บางครั้งผู้ป่วยคิดว่าอาการเหนื่อยเป็นจากที่มีอายุมากประกอบกับผู้ป่วยอาจมีโรคอื่นที่ทำให้เหนื่อยร่วมด้วย อาการเริ่มแรกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ เพลวลงเรื่อย ๆ อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคืออาการหอบเหนื่อย(Dyspnea) โดยเฉพาะเวลาที่ต้องออกแรงมากขึ้น ไอเป็นพัก ๆ และอ่อนเพลีย(Fatigue) หลังจากออกแรงอาการเหล่านี้อาจเริ่มเพียงหอบเหนื่อยเล็กน้อย ไอในตอนเช้า ๆ แต่ไม่มารู้สึกเหนื่อยเมื่อขึ้นบันไดและอาการไม่ปรากฏชัดผู้ป่วยจึงมักจะไม่ได้สนใจและไม่ได้ไปพบแพทย์จนกระทั่งอาการเป็นมากและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะที่เรื้อรังและ อาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วยเป็นอย่างมากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นรุนแรงผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการหายใจ คือ จะหายใจลำบากและต้องออกแรงมากขึ้น เมื่อหายใจออก(Force exhalation) ซึ่งจะสังเกตเห็นได้ชัดในผู้ป่วยที่มีถุงลมโป่งพอง (Emphysema) และหลอดลมอักเสบเรื้อรังฟังก้องจะได้ยินเสียงวี๊ด ๆ (Wheezing sound) ขณะมีอาการหอบหืดน้ำหนักลดและผู้ป่วยจะมีขีดจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ผลระดับก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas) จะผิดปกติ การตรวจสมรรถภาพของปอดจะพบอัตราการหายใจออกต้องใช้เวลานานขึ้นซึ่งถ้ายังเป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดหอบเหนื่อยเลือดขาดออกซิเจน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติได้แก่ประวัติการสูบบุหรี่ การสัมผัสสารเคมีและมลพิษ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคและกรรมพันธุ์การตรวจร่างกายอาจพบทรวงอกเป็นรูปถังเบียร์(Barrel shape) เคาะปอดจะได้ยินเสียงโปร่งจากการมีอากาศค้างในถุงลมปริมาณมากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก มีประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรค แต่ไม่มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่หากโรคมีความรุนแรงมาก อาจพบปอดพองลมทั้งสองข้าง (Bilateral hyperinflation) กระบังลมแบนราบหัวใจมีขนาดเล็กการตรวจความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง ช่วยบอกถึงการพร่องออกซิเจน ภาวะหายใจล้มเหลว โดยเฉพาะภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ค้างในเลือดแดง ภาวะพร่องออกซิเจนไม่มีความจำเพาะในการช่วยวินิจฉัยตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่อง Spirometry การตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometry เป็นการวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าและออกจากปอด เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคและติดตามการรักษาหรือดำเนินโรคและยังสามารถบอกถึงการเสื่อมของการทำงานของปอดก่อนที่อาการแสดงทางคลินิกจะเริ่มปรากฏค่าที่ได้จากการตรวจสมรรถภาพปอดที่ใช้ส่วนใหญ่คือ FEV1 / FVC * 100 หน่วยเป็นเปอร์เซ็นต์ ค่าที่ปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่(FEV1)หารด้วยปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จนสุดจากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่ (FVC) น้อยกว่าร้อยละ 70 โดยค่าปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่น้อยกว่าร้อยละ 80 พบในกรณีที่มีการอุดกั้นการผ่านของอากาศในปอด (Obstructive defect) เช่น ในโรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกรณีที่มีการอุดกั้นมาก ๆ และมีอากาศถูกขังในปอดมากขึ้น ค่าปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จนสุดจากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่ที่จะลดลงได้ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อตรวจซ้ำหลังจากได้รับยาขยายหลอดลม 15 นาทีจะพบว่าการตอบสนองน้อยหรือไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมการตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมจะพิจารณาจากค่า Percent reversible คือค่าปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่หลังใช้ยาลดค่าปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ก่อนการใช้ยา 100 หารด้วยค่าปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ก่อนการใช้ยาเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 12 ร่วมกับมีค่าปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 200 มิลลิลิตรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังตรวจพบความจุปอด (Total Lung Capacity: TLC) เพิ่มขึ้นเนื่องจากถุงลมโป่งพองทำให้มีลมค้างในปอดค่าปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่และปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จนสุดจากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่มากกว่าร้อยละ 80 โดยค่าปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จนสุดจากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่น้อยกว่า ร้อยละ80 ส่วนใหญ่พบในกรณีที่มีความผิดปกติในปอดและการขยายตัวของปอดถูกจำกัด(Restrictive defect)เช่นจากInterstitial lung disease, Myasthenia gravis, Kyphoscoliosis จะมีปริมาตรของปอดลดลงแต่อัตราการไหลของลมหายใจออกจะอยู่ในเกณฑ์ปกติค่าปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่และปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จนสุดจากตำแหน่งที่หายใจเข้า

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เต็มทีอาจปกติได้ถ้าค่าปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มทีและปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วลดต่ำลงด้วย

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งออกเป็น 4 ระดับตามเกณฑ์โกลด์ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease : GOLD) (Rodriguez-Roisin, 2010) ดังนี้

ระดับเล็กน้อย (Mild COPD) ค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าในเวลา 1 วินาที แรกต่อปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าเต็มที (FEV1/FEV) น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าในเวลา 1 วินาทีแรกร่วมกับมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ

ระดับปานกลาง (Moderate COPD) ค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าในเวลา 1 วินาทีแรกต่อค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าเต็มที (FEV1/FVC) น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าในเวลา 1 วินาทีแรกภายหลังการได้รับยาขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แต่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่าที่ทำนายมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อย

ระดับรุนแรง (Severe COPD) ค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าในเวลา 1 วินาทีแรกต่อค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าเต็มที (FEV1/FVC) น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าในเวลา 1 วินาทีแรกภายหลังการได้รับยาขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ของค่าที่ทำนายแต่น้อยกว่า 50 ของค่าที่ทำนายร่วมกับมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน

ระดับรุนแรงมาก (Very severe COPD) ค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าในเวลา 1 วินาทีแรกต่อค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าเต็มที (FEV1/FVC) น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าออกโดยเร็วและแรงเต็มทีหลังจากหายใจเข้าในเวลา 1 วินาทีแรกภายหลังการได้รับยาขยายหลอดลมน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ของค่าที่ทำนายหรือน้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าที่ทำนายร่วมกับมีอาการหายใจหอบเหนื่อยตลอดเวลา ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง

การรักษาโรคและข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันการเกิดโรคถือว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุด แต่เมื่อเกิดโรคแล้ว การดูแลรักษาจะต้องมุ่งไปสู่เป้าหมายโดยการดูแลรักษาจะประกอบด้วย การประเมินและติดตามโรค (Assess and monitor disease) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Reduce risk factors) การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วงที่โรคสงบ (Manage stable COPD) และการดูแลรักษาช่วงที่มีการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (Manage exacerbations)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีดังนี้ เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย (Relieve symptoms) ป้องกันหรือบรรเทาการเกิดการลุกลามของโรค (Prevent disease progression) เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกาย (Improve exercise tolerance) ปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Improve health status) ป้องกันและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อน (Prevent and treat complication) ป้องกันและให้การรักษากำเริบเฉียบพลันของโรค (Prevent and treat exacerbations) ลดอัตราการเสียชีวิต (Reduce mortality) ป้องกันหรือทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาให้น้อยที่สุด (Minimize side effects from treatment)

การลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการหาสาเหตุและควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคทุกชนิดสาเหตุหลักของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่การสูดฝุ่นละอองจากการประกอบอาชีพควันจากการหุงต้มอาหารหรือจากมลภาวะเป็นพิษทางอากาศโดยการสูบบุหรี่ถือว่าเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรค ดังนั้น มาตรการควบคุมการสูบบุหรี่การรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ของภาครัฐและเอกชนสื่อต่าง ๆ ทั้งทางวิทยุโทรทัศน์ รวมถึงการให้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ความร่วมมือสนับสนุนจากญาติหรือคนใกล้ชิด ล้วนแล้วแต่ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงได้การเลิกสูบบุหรี่เป็นการป้องกันรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพที่สุดเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด โดยมีผลประโยชน์ ดังนี้ ในสัปดาห์แรกที่เลิกสูบบุหรี่มักจะมีอาการอยากบุหรี่อยู่ สัปดาห์ต่อมาอาการอยากจะน้อยลง ทางเดินหายใจจะรู้สึกโล่งขึ้นกว่าเดิมภายใน 2 สัปดาห์ เสมหะจะลดลง ลดความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ คือ ลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหากเลิกบุหรี่ขณะที่ปอดยังไม่ถูกทำลายมากสมรรถภาพของปอดจะสามารถฟื้นตัวขึ้นได้การหลีกเลี่ยงฝุ่นละอองหรือควันทั้งจากการประกอบอาชีพ การหุงต้มอาหารหรือจากมลภาวะทางอากาศภายนอก เช่น ควันรถ ต้องดำเนินการควบคู่กันไปทั้งตัวผู้ป่วยและชุมชน จำเป็นต้องมีการให้ความรู้การหลีกเลี่ยงโดยการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม เช่น การใช้หน้ากากที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวการักษาโรคนั้นไม่เพียงแต่การมาพบแพทย์รับยาอย่างสม่ำเสมอ เพราะองค์ประกอบสำคัญอยู่ที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติใกล้ชิดนั้นหวังผลในด้านการชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพปอด หรือการเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายกิจกรรมเท่านั้น แต่ทำให้รู้จักบริหารจัดการกับปัญหาหรือดูแลเบื้องต้นหากมีอาการกำเริบเฉียบพลันได้สามารถใช้ยาได้อย่างถูกวิธีประสิทธิภาพและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการหยุดบุหรี่ เนื่องจากการหยุดสูบบุหรี่สามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคได้ การให้ความรู้ยังทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคมีการตัดสินใจวางแผน หรือเลือกการรักษาให้กับตนเองภายใต้คำแนะนำของแพทย์ โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรคได้ (End-of-life-care)

1. การดูแลรักษาในช่วงที่โรคสงบ (Stable COPD) ประกอบด้วยการรักษาโดยการให้ยา (Pharmacologic treatment) และการรักษาส่วนที่ไม่ใช่ยา (Non-pharmacologic treatment) การให้ยามี จุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมอาการลดความถี่หรือบรรเทาความรุนแรงในการกำเริบเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยาหลักในการรักษา คือ ยาขยายหลอดลมและยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ยาขยายหลอดลม (Bronchodilators) มีคุณสมบัติหลักในการเปลี่ยนแปลง Airway smooth muscle tone ประโยชน์หลัก คือ การบรรเทาอาการโดยทำให้หลอดลมขยายออกมาจากปอดได้มากขึ้น ยามีอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ Beta-2 agonists ออกฤทธิ์หลักโดยการขยาย Airway smooth muscle ผ่านการกระตุ้น Beta-2 adrenergic receptors ทำให้ Cyclic AMP เพิ่มขึ้นและมีผลด้านการหดตัวของหลอดลมมีหลายรูปแบบทั้งแบบรับประทาน แบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนังแบบสูด Aerosol (Metered Dose Inhaler: MDI) แบบผงแห้ง (Dry Powdered Inhaler: DPI) หรือแบบน้ำให้ผ่านเครื่องพ่นละอองฝอย(Nebulizer) ยาสูดพ่นมีทั้ง Short-acting beta-2 agonists ได้แก่ Salbutamol Terbutaline ซึ่งหมดภายใน 4-6 ชั่วโมง ส่วน Long-acting beta-2 agonists ได้แก่ Formoterol Salmeterol มี ระยะเวลาออกฤทธิ์นานกว่า 12 ชั่วโมง หรือแบ่งตาม Onset เป็นออกฤทธิ์เร็วใน 3-5 นาทีฤทธิ์มากที่สุด 20-30 นาที ได้แก่ Salbutamol Terbutaline Formoterol หรือออกฤทธิ์ช้า ใน 30-45 นาที ได้แก่ Salbutamol ในปัจจุบันไม่แนะนำแบบรับประทานหรือแบบฉีด เนื่องจากมีผลข้างเคียงมากกว่าและผลที่ได้ช้ากว่าชนิดสูดพ่น ผลข้างเคียง คือ อาการมือสั่น หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นผิดจังหวะได้ในผู้ป่วยบางคน

Anticholinergics ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง Acetylcholine ที่จะไปจับที่ Muscarinic receptor ที่ Central airway smooth muscle (M3 receptors) โดยยากลุ่ม Short-acting anticholinergics (Ipratropiumbromide) จะไปยับยั้ง M2 receptors ด้วยออกฤทธิ์เร็วใน 3-5 นาที คล้าย Short-acting beta-2 agonists แต่ฤทธิ์สูงสุดอยู่ที่ 1-2 ชั่วโมง มีผลประมาณ 8 ชั่วโมง ในขณะที่ Long-acting anticholinergics (Tiotropium) มีความจำเพาะต่อ M3 และ M1 receptors ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 2 ชั่วโมง อยู่ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมงยากลุ่มนี้ชนิดสูดมีผลข้างเคียงน้อย เช่น มีอาการปากแห้งในบางรายอาจมีอาการปัสสาวะลำบากจากต่อมลูกหมากโต กรณีที่ใช้เป็นยา Nebulizer อาจมีต่อหินเฉียบพลันเกิดขึ้น

Methylxanthines (Xanthine derivatives เช่น Aminophylline Theophylline) มีทั้งแบบรับประทานและแบบฉีด แบบรับประทานมีชนิดออกฤทธิ์สั้นและ Sustained-release กลไกของยาออกฤทธิ์ต้าน Phosphodiesterase แบบ Non-selective ทำให้ขยายหลอดลมแต่ความแรงน้อยกว่า Bronchodilators ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ Ventricular arrhythmias Grand mal convulsions ปวดศีรษะคลื่นไส้อาเจียนและมีปวดแสบยอดอก (Heartburn) ได้

กลูโคคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Glucocorticosteroids) มีทั้งให้ผล Systemic คือ แบบรับประทานหรือแบบฉีดเข้าเส้นและแบบ Local คือ แบบสูดพ่น เช่น MDI DPI และ Nebulizer การให้ผล Systemic โดยใช้ยากลุ่มกลูโคคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบระยะสั้น (Short term) ในกรณีมีการกำเริบเฉียบพลันแต่การให้ระยะยาว(Long term) ไม่แนะนำเนื่องจากผลข้างเคียงค่อนข้างสูง

วัคซีน แนะนำฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส Influenza สามารถลดการเจ็บป่วยรุนแรงและลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ถึง ร้อยละ 50 และฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อนิวโมคอคคัส (Pneumococcal vaccine) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ยาปฏิชีวนะ โดยทั่วไปไม่แนะนำ ในการป้องกันการติดเชื้อระยะยาวจะให้เมื่อมีการติดเชื้อหรือมีอาการกำเริบเฉียบพลันบางราย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ยากกลุ่ม Psychoactive agents ให้ตามอาการเช่น อาการซึมเศร้ากังวล นอนไม่หลับควรเลือกยานอนหลับที่ปลอดภัย คือ Antihistamine หรือ Choral hydrate หรือ Benzodiazepine ในขนาดต่ำพบว่า ไม่กดศูนย์การหายใจ

2. การดูแลรักษาในช่วงที่โรคกำเริบเฉียบพลัน (Exacerbations) การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินโรคปกติอย่างรวดเร็วและเป็นผลให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้มากขึ้นกว่าขนาดปกติที่ผู้ป่วยเคยใช้ในแต่ละวันทำให้ผู้ป่วยต้องพบแพทย์ก่อนนัดหรือมาที่ห้องฉุกเฉินต้องนอนพักรักษาตัวหรือต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเมื่ออาการทุเลาลงการฟื้นตัวของสมรรถภาพปอดให้เท่าเดิมก่อนการกำเริบต้องอาศัยระยะเวลาเป็นเดือนมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคโดยสาเหตุที่พบบ่อยคือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและการสูดดมมลพิษในอากาศอาการที่บ่งว่ามีอาการกำเริบเฉียบพลัน คืออาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจเสียงดังวี๊ด ไอมีเสมหะเพิ่มขึ้นหรือเสมหะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเขียวคล้ายหนองมีไข้หรือทำกิจกรรมได้ลดลง ซ้ำจรดต้นเร็ว มีอาการอ่อนเพลีย สับสน ซึม ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับเล็กน้อยหรือปานกลางมักไม่ค่อยเกิดภาวะกำเริบหรือหากเกิดมักจะไม่รุนแรง ส่วนใหญ่ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ความรุนแรงของการกำเริบดูจากระยะเวลาที่อาการทรุดลงความถี่ในการกำเริบหรือการนอนโรงพยาบาลในช่วงที่ผ่านมาตรวจร่างกายพบการหายใจใช้ Accessory muscles มี Paradoxical chest wall movement มีอาการเขียว ซึม บวมตามแขนขาหน้า หรือสัญญาณชีพไม่คงที่ตรวจค่าออกซิเจนในกระแสเลือด (SpO₂) โดยการเจาะ Arterial blood gas (ABG) พบภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ซึ่งค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (PaO₂) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด (PaCO₂) มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทหรือมีความเป็นกรดเป็นด่าง (pH) น้อยกว่า 7.36 และการรักษาเบื้องต้นหลังจากจำแนกผู้ป่วยตามความรุนแรงแล้วผู้ป่วยควรได้รับยาสูดขยายหลอดลมมากขึ้นหรือถี่ขึ้น หรือต้องใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดละอองฝอย (Small Volume Nebulizer: SVN) การให้ออกซิเจนทดแทน ต้องมีการควบคุมปริมาณ (Controlled oxygen therapy) คือการให้ออกซิเจนเพื่อลดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxemia) โดยพยายามให้ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (PaO₂) มากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอทหรือค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนของฮีโมโกลบิน (SaO₂) มากกว่าร้อยละ 90 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ค้างอยู่แล้วการพ่น SVN ควรใช้แรงอัดอากาศเป็นตัวอัดยาแทนการให้ออกซิเจน เพราะจะทำให้ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ค้างเป็นมากขึ้นจนซึมหรือหมดสติได้ (CO₂ narcosis) หลังให้ออกซิเจนควรเจาะ ABG ซ้ำที่ 30-60 นาทีเพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ค้าง

3. การรักษาที่ไม่ให้ยาได้แก่การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary rehabilitation) เป้าหมายคือเพื่อลดอาการเพิ่มคุณภาพชีวิตเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันโดยตามเกณฑ์ของโกลด์แนะนำให้ทำให้ผู้ป่วยที่ FEV₁ น้อยกว่า ร้อยละ 80 แต่ผู้ที่น่าจะเห็นประโยชน์จากการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดชัดเจนควรจะเป็นคนที่ทำกิจกรรมประจำวันไม่ได้หรือเหนื่อยหอบทั้งที่รับยาขยายหลอดลมอย่างเหมาะสมโดยเริ่มจากการประเมินสภาพเบื้องต้นดูความรุนแรงของตัวโรคมักมีการแนะนำเรื่องการอดบุหรี่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษาการให้ความรู้เรื่องโรคหรือด้านโภชนาการระวังเรื่องน้ำหนักตัวที่มากหรือน้อยเกินไปการฝึกการหายใจ เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยการฝึกการไออย่างมี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประสิทธิภาพการเพิ่มความแข็งแรงและคงทนของกล้ามเนื้ออาศัยการออกกำลังกายทั้งการเดินการฝึกกำลังกล้ามเนื้อแขนขา

4.การใช้ออกซิเจน วิธีการให้แบ่งเป็น 3 คือ การให้แบบระยะยาว การให้เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย การให้ระหว่างออกกำลังกายโดยการเพิ่มออกซิเจนในเลือดขณะพักให้ PaO₂ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มิลลิเมตรปรอทที่ระดับน้ำทะเลหรือ SaO₂ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 เพื่อให้อวัยวะสำคัญ (Vital organ) ในร่างกายได้รับออกซิเจนที่เพียงพอและสามารถทำงานได้ตามปกติ การให้ Long-Term Oxygen Therapy (LTOT) คือการให้ออกซิเจนมากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Chronic respiratory failure พบว่า สามารถเพิ่มอัตราการอยู่รอด (Survival rate) ได้ข้อบ่งชี้ในการให้ LTOT คือ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมาก (Very severe COPD) ที่มีลักษณะต่อไปนี้ PaO₂ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 มิลลิเมตรปรอท หรือ SaO₂ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88 โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งและ PaO₂ อยู่ระหว่าง 55 กับ 60 มิลลิเมตรปรอทหรือ SaO₂ เท่ากับร้อยละ 88 ที่มีลักษณะของ Pulmonary hypertension, หัวใจวาย คือ มีบวมตามแขนขาหรือมี Polycythemia (Hematocrit มากกว่าร้อยละ 55)

5.การรักษาโดยการผ่าตัด การผ่าตัดจำเป็นต้องเลือกทำเฉพาะในผู้ป่วยบางรายที่มีความเหมาะสมเท่านั้นเนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากชนิดของการผ่าตัดมี 3 ชนิดหลัก คือ

1) Bullectomy เป็นการผ่าตัดที่เลือกทำกรณีที่ Bulla ขนาดใหญ่ เป็นส่วนที่ไม่มีประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนก๊าซและมีการกดเนื้อปอดส่วนข้างเคียงโดยหลังผ่าตัดออกจะทำให้เนื้อปอดส่วนที่โดนกดมีการขยายตัวทำงานมากขึ้น ลดอาการเหนื่อยหอบ และเพิ่มสมรรถภาพปอดได้

2) Lung volume reduction surgery (LVRS) เป็นการผ่าตัดที่เลือกทำเฉพาะกรณีที่ปอดที่เป็น Upper-Lobe emphysema และมี Exercise capacity ต่ำจุดประสงค์เพื่อลดภาวะการขยายตัวของปอดทำให้กล้ามเนื้อหายใจสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) Lung transplantation เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนปอดที่มีผลช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมได้โดยทำในผู้ป่วย very advanced COPD แต่มีข้อจำกัด คือค่าใช้จ่ายมากมีผู้บริจาคอวัยวะจำนวนน้อยอัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดสูงมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น Acute graft rejection, Bronchiolitis obliterans, CMV infection, โรคติดเชื้อฉวยโอกาสจากทั้งเชื้อราและแบคทีเรีย (Opportunistic/ Fungal/ Bacterial infections), Lymphoproliferative disease และ Lymphomas

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม

การพยาบาลในระยะแรกเริ่มเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะวิกฤตจากทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง อากาศผ่านเข้าและออกจากปอดได้สะดวก จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์เพื่อให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา

การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย

เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีความรู้การเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อนอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ ฝึกทักษะการพ่นยา การรับประทานยา การออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสมกับโรค

การวางแผนการจำหน่าย

ทีมสุขภาพได้ร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ METHOD โดยมุ่งเน้นการใช้ยาการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความเหมาะสม ดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เพียงใดและมีสาเหตุอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามควรแก่สภาพของผู้ป่วย

2. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างถูกวิธี โดยวิธีการสอนให้ผู้ป่วยหายใจออกโดยการเป่าปาก เพื่อป้องกันการปิดของหลอดลมเร็วเกินไป ช่วยให้ระยะเวลาการหายใจออกนานขึ้น และลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูก

การพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะการหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้

1. จัดสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะหายใจวาย พบว่าการติดเชื้อเป็นเหตุส่งเสริมที่สำคัญ ดังนั้น จึงต้องป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจขึ้นโดยใช้หลัก aseptic technique ในการดูแลผู้ป่วย หรือ ถ้ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะต้องแก้ไขโดยเร็วโดยการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมตามแผนการรักษา

2. ประเมินอาการของการอุดตันทางเดินหายใจจากการมีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม หลอดลมหดเกร็ง หรือตีบแคบซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการหายใจวาย ดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งเสมอและพยายามกำจัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีออกซิเจนในเลือดต่ำและการมี CO₂ คั่งในเลือด ซึ่งอาการของทั้งสองภาวะนี้คล้ายกันมากในรายที่มีระดับ PaO₂ ต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทคาดว่าเนื้อเยื่อจะได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอแต่ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเหมาะสมการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะให้ในขนาดที่เพิ่มออกซิเจนแก่เนื้อเยื่อโดยไม่ทำให้เกิด necrosis ดังนั้นจึงนิยมให้ในขนาดต่ำๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นโดยรักษาระดับ PaO₂ 50 -60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องอาศัยระดับออกซิเจนที่ต่ำเป็นตัวกระตุ้นการหายใจแทนการใช้ระดับ CO₂ ที่สูง การให้ออกซิเจนขนาดสูงจะทำให้ระดับในเลือดสูงขึ้น ทำให้ไม่มีตัวกระตุ้นการหายใจผู้ป่วยจะหายใจช้าลงการคั่งของ CO₂ เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการง่วงซึม (necrosis) หรือหมดสติจนถึงหยุดหายใจ

การพยาบาลสำหรับปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม

พยาบาลต้องเข้าใจว่า ผู้ป่วยต้องการการประคับประคองการช่วยเหลือในขณะมีปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะในระยะแรกซึ่งผู้ป่วยต้องปรับตัว เพื่อให้พันบพบาทของผู้เจ็บป่วยพยาบาลจะต้องทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามข้อข้องใจต่าง ๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความเครียดของตัวเองด้วย ทั้งควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาพยาบาลตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ช่วยเหลือในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามสมควรแก่สภาพโดยต้องพิจารณาถึงการตอบสนองและการปรับตัวดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับภาวะของจิตสังคมของผู้ป่วยแต่ก็ต้องอาศัยการประคับประคองจากพยาบาลด้วยพยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

การพยาบาลสำหรับปัญหาขาดความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

การขาดความรู้ในการดูแลตนเองจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยมักไม่ร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาล จึงต้องวางแผนที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนให้บุคคลในครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ วิธีการรักษาพยาบาลการสะสมพลังงานและการออกกำลังกายที่เหมาะสม พยาบาลควรเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาขึ้นควรดูแลประคับประคอง ผู้ป่วยและควรประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการให้การดูแลผู้ป่วยการช่วยเหลือหรือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้เป็นอย่างดีจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายตามสมควรแก่สภาพ ความจำเป็นที่จะต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลจะน้อยลงลดความสิ้นเปลืองทางด้านเศรษฐกิจของ ครอบครัวได้ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและถึงแก่กรรมอย่างสงบได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในของหลอดลมหรือของเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบลงอาการของโรคจะค่อย ๆ เลาลงเรื่อย ๆ โดยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ และปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญมากโรคหนึ่งเพราะอุบัติการณ์และผลกระทบของโรคมิเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุอันดับที่ 12 ของภาวะทุพพลภาพ และเป็นปัญหาสาเหตุการตายอันดับ 6 ของ ประชากรทั่วโลก และมีการคาดการณ์ว่าโรคนี้อาจจะเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 ของโลกในปี พ.ศ. 2563 และจากการสำรวจประชากรโลก พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น ในอัตรา 58.7, 65.6 และ 67.3 ต่อพันประชากรคิดเป็นอัตราการเพิ่ม ขึ้นร้อยละ 24 ต่อปี (National Center of Health Statistics & National Health Survey, 2003) สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายและความพิการเป็นอันดับที่ 4 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 3 ภายในปี ค.ศ. 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์หรือมาที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสูงขึ้น จากการสำรวจค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในปีค.ศ. 2020 พบว่าสูงมากถึง 32.1 ล้านดอลลาร์ โดยที่ 18 ล้านดอลลาร์เป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง (ปราณี ฟูไพบรา, 2554)

สำหรับประเทศไทย พบว่า ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ถึง 74 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอันดับที่ 1 และ 2 รองจากภาวะเสื่อมจากความชราตามลำดับ จัดว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและการสูบบุหรี่ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 10 ล้านคน และประมาณร้อยละ 15-30 ของคนที่สูบบุหรี่จะเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งคาดการณ์ได้ว่าในประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 1.5-3 ล้านคน อุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 7 เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราการตายในประชากรสูงเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศและยังเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกันเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน ในเขตสุขภาพที่ 7 พบอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ปี พ.ศ. 2559-2562 เท่ากับ 317.17, 312.76, 314.31 และ 306.47 ต่อแสนประชากร และในจังหวัดร้อยเอ็ด พบอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 33.76 , 18.16 และ 12.63 ต่อแสนประชากร และในอำเภอพนมไพรพบอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 9.66 , 2.78 และ 4.19 ต่อแสนประชากรและยังพบอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปีขึ้นไป)ของอำเภอพนมไพร ปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 132.86 , 128.43 และ 107.74 ต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (HDC สำนักงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2564) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยในอำเภอพนมไพรอาจต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการรักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ โดยการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 15,700 บาท ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้โรคนี้อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง เมื่อเจ็บป่วยระยะยาวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ จนกระทั่งเสียชีวิต

สำหรับผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายตามวัยซึ่งมีผลกระทบต่อพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยกระดูกสันหลังเสื่อมและผิดปกติรูปร่างอกมีลักษณะอกคล้ายถังเปียร์บางรายมีหลังค่อมคดร่วมด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมขาดความยืดหยุ่นตัวมวลกล้ามเนื้ออกหลังและทรวงอกลดลงทำให้ทรวงอกขยายตัวได้ไม่เต็มที่จะต้องมีการอาศัยกล้ามเนื้อทรวงอกหน้าท้องในการช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการอักเสบอย่างเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจตั้งแต่หลอดลมขนาดใหญ่จนกระทั่งถึงถุงลมและมีการอักเสบในเนื้อเยื่อของระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการถูกทำลาย เช่น ในถุงลมปอดพื้นที่ผิวของถุงลมลดลงและในผู้สูงอายุจะมีผนังถุงลมที่บางลงและมีการขยายใหญ่ขึ้นทำให้เกิดการสูญเสียความยืดหยุ่นของถุงลม ผนังกันระหว่างถุงลมกับเส้นเลือดฝอยถูกทำลายมีการหนาตัวของต่อมเยื่อเมือกในหลอดลมและเซลล์คiliated สารมูกมีการผลิตจำนวนเซลล์และประสิทธิภาพการทำหน้าที่ลดลงประสิทธิภาพของการขับเสมหะลดลงทำให้มีเสมหะคั่งค้างมากขึ้น การอุดตันของเสมหะทำให้เกิดการอุดกั้นทางระบายอากาศส่งผลให้ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง เกิดภาวะพร่องออกซิเจนความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่ายและอาการหายใจลำบากตามมาในผู้สูงอายุจะมีภูมิคุ้มกันลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายเมื่อมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจะทำให้เกิดเสมหะมากขึ้น ไอบ่อยขึ้นส่งผลให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น

อาการสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคืออาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย โดยเฉพาะเมื่อมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อโรคมีความรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะต้องใช้กล้ามเนื้อส่วนอื่น ๆ ช่วยในการหายใจได้แก่กล้ามเนื้อคอไหล่หน้าท้องและช่วงเวลาในการหายใจออกจะนานผิดปกติหายใจเสียงวี๊ด น้ำหนักลด ทรวงอกมีลักษณะเป็นรูปถังเปียร์หน้าอกยกในท่าหายใจ เข้าหลังโกงผู้ป่วยมักหายใจออกโดยการเป่าปากจะทำให้แรงดันภายในทรวงอกเพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือดดำที่คอโป่งขณะหายใจออกและแฟบลงขณะหายใจเข้า ในระยะท้ายของโรคจะพบอาการของระบบหายใจวาย มีอาการของก๊าซออกซิเจนในเลือดต่ำ เช่น ปวดมึนศีรษะ ซีฟจรเร็ว ความดันโลหิตสูง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและปลายมือปลายเท้าเขียว ได้มีการแบ่งอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น 2 ระยะ คือ อาการระยะสงบหรือคงที่และระยะกำเริบเฉียบพลัน อาการในระยะสงบหรือคงที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะนี้จะมีอาการไอมีเสมหะสีขาวในตอนเช้าแต่ไม่มาก เหนื่อยหอบเล็กน้อยรู้สึกเพลียเมื่อเดินขึ้นบันได ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะสามารถควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดอาการเหนื่อยรุนแรงตามมาได้แต่ถ้าผู้ป่วยบกพร่องความรู้ในการที่จะควบคุมโรคผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ส่วนอาการในระยะกำเริบเฉียบพลันซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรค

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการคงที่หรือดีมาตลอดได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือมีปัจจัยอื่น ๆ ทำให้เกิดอาการมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นอยู่ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้นกว่าเดิมปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นและเปลี่ยนสีในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งอาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกเป็นประสบการณ์การรับรู้และแปลความหมายของบุคคลอาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ของความทุกข์ทรมานเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านร่างกายพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอาการหายใจลำบากรุนแรงและเกิดขึ้นบ่อยครั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้หรือปฏิบัติกิจกรรมอย่างจำกัดทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและคิดว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลาต้องอาศัยพึ่งพาและขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเกิดความวิตกกังวลเกิดความเครียดและด้านภาพลักษณ์จากพยาธิสภาพของโรคที่มีการหลังเสมหะออกมามากและเหนียว ขับเสมหะออกยากทำให้ต้องไอเพื่อขับเสมหะออกมาให้ได้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอายและกลัวถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้างทำให้ไม่อยากออกไปพบปะกับผู้อื่นมีการแยกตัวออกจากสังคมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

ด้านครอบครัวของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการเผชิญกับภาวะวิกฤติฉุกเฉินจากอาการหายใจเหนื่อยหอบกำเริบเฉียบพลันและการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุทำให้ครอบครัวต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในบ้านหากสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดข้อขัดแย้งและปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวลดลงและยังส่งผลถึงผู้ดูแลทำให้มีปัญหา ด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจตามมา และด้านเศรษฐกิจเมื่อครอบครัวมีผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ในบ้านจะส่งผลให้ครอบครัวต้องมีภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นและต้องมาดูแลผู้ป่วยทำให้สูญเสียรายได้จากการไม่ได้ประกอบอาชีพถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิธีการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการใช้ยาพ่นการให้ออกซิเจนและมีเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้จ่ายพ่นได้ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถชะลอพยาธิสภาพของโรคได้หรือช่วยบรรเทาอาการเท่านั้นแต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่สามารถดูแลตนเองได้และผู้ดูแลยังไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ก็จะไม่สามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรค ทำให้ต้องวนเวียนกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำ ๆ เป็นระยะ ๆ ด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบอยู่บ่อยครั้ง

จากการทบทวนทำให้พยาบาลได้รับทราบข้อมูลและสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อพิจารณากิจกรรมการนำญาติ/ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการวางแผนจำหน่ายในหอผู้ป่วย พบว่ายังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้เกิดความหลากหลายในการปฏิบัติกรพยาบาล การให้ความรู้บางครั้งไม่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลโดยเฉพาะทักษะที่สำคัญ เช่น การประเมินการหายใจ การดูแลเมื่อน้ำมูกและเสมหะ การจัดทำเพื่อระบายเสมหะ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเบื้องต้น และปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือ ผู้ดูแลจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้ามาดูแลผู้ป่วยบางครั้งผู้ดูแลขณะ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

อยู่โรงพยาบาลเป็นคนละคนกับผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้านที่อาจจะยังขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยก็จะทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำและกลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลอีก

ดังนั้นในบทบาทพยาบาล จึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้เป็นรูปธรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวเพื่อร่วมในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในด้านการประเมิน ความรุนแรงของภาวะการหายใจลำบากและการจัดการทางเดินหายใจ รวมถึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยคาดหวังว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย คือปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงและมีความพึงพอใจในบริการ

4.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลและเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การพยาบาล แนวทางการรักษาเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ตลอดจนการเสียชีวิตของผู้ป่วย
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติตามได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อส่งเสริมญาติในครอบครัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการสนับสนุนหรือช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ปฏิบัติตามอย่างเหมาะสม
4. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4.2 เป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.3 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ราย ณ ศึกษผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนมไพร ระหว่างวันที่ 1 เดือนมิถุนายน - 31 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยศึกษาผู้ป่วยขณะรักษาตัวที่ศึกษผู้ป่วยใน ให้การพยาบาลและดูแลต่อเนื่องติดตามผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

4.4 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รวบรวมผลงานในรอบปีที่ผ่านมา
2. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 ราย
3. ศึกษา ค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำราวิชาการ บทความ ปรีक्षाและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากแพทย์/พยาบาลผู้ร่วมงานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยสาขาอายุรกรรม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน จากญาติผู้ป่วย
5. นำข้อมูลพื้นฐานมาวิเคราะห์วางแผนกำหนดแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลทั้งนี้โดยยึดหลักมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล
7. สรุป วิเคราะห์ รายงานการศึกษาและจัดทำเอกสารวิชาการ/จัดพิมพ์และทำรูปเล่ม
8. นำเสนอผลงานแก่ผู้บริหารทางการพยาบาลตามลำดับ
9. นำเอกสารออกเผยแพร่ในที่ประชุมประจำเดือน แผนกต่าง ๆ ห้องสมุดโรงพยาบาล

4.5 ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา

4.5.1 ข้อมูลทั่วไป

ชายไทยอายุ 76 ปี มาโรงพยาบาลพนมไพรเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2564 เวลา 11.58 น. ด้วยอาการไอมีเสมหะสีขาวข้น ไม่มีไข้ หายใจหอบเหนื่อยมีเสียงดังวี๊ด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

เมื่อ 1 วันมีอาการไอมีเสมหะสีขาวข้น หายใจหอบเหนื่อย เนื่องจากข้างบ้านสูบบุหรี่ ได้พ่นยาเองที่บ้านจำนวน 3 ครั้งอาการไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมไพรด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาแล้ว 11 ปี มีประวัติการสูบบุหรี่เมื่อ 6 ปีที่แล้ววันละ 20 มวน ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม ไม่มีประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการผ่าตัด บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธโรคร้ายแรงใดๆ สภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ในความดูแล

อาการแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 18.02 หายใจหอบเหนื่อยมีเสียงดังวี๊ด ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะสีขาวข้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/65 mmHg วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 93 % ที่ Room Air จากการตรวจร่างกายโดย Chest X-ray แพทย์พบว่า Lung : Reticular infiltration ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing both lung ผิวหนังเย็นชื้นร่วมกับมีเหงื่อออกตามใบหน้า แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคแรกรับเป็น Chronic Obstructive Pulmonary Disease with acute exacerbation รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลพนมไพร เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2564 เวลา 13.20 น. แพทย์พิจารณาให้ยาพ่น Berodual Nebule 4 ml พ่น stat ทุก 20 นาที X 3 ครั้งและให้ Dexamethasone 8 mg IV stat, On Oxygen canular 3 LMP, ให้เจาะเลือดตรวจ Complete Blood Count (CBC) /BUN/Creatinine/Electrolyte/AFB/SARS-CoV2 ดูแลให้ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลม Berodual Nebule 4 ml 1 NB พ่น q 4 hr , Dexamethasone 4 mg IV q 6 hr สังเกตอาการหอบเหนื่อยและพิจารณาให้ยารักษา DOXAZOSIN 2 mg รับประทาน 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนนอน, Fluticasone Inhaler 125 mcg/dose พ่นทางปาก 2 ครั้งวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น, Glyceryl Guaiacolate 100 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร, Seretide สูดทางปาก 1 ที่ วันละ 2 ครั้ง, Theophylline SR 200 mg ครั้งละ 2 เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนนอน, Acetylcysteine 200 mg ครั้งละ 1 ของละลายน้ำวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ดูแลให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงปอดขยายตัวได้เต็มที่ แนะนำจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะและทำให้หายใจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สะดวกขึ้น สอนและสาธิตการไออย่างมีประสิทธิภาพ แนะนำการงดการดื่ม น้ำเย็นจัดและการสูดอากาศเย็นจัดโดยใช้ผ้าปิดปากและจมูกเพราะอากาศเย็นจะทำให้หลอดลมหดเกร็งตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตภาวะพร่องออกซิเจนคุณลักษณะการหายใจและอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ขณะพักผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพักๆให้ออกซิเจนทางจมูก 3 LMP เป็นพักๆผู้ป่วยรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์สีหน้าคลายความวิตกกังวล สามารถนอนหลับพักผ่อนได้เป็นพักๆ

4.5.2 สรุปอาการตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

การตรวจเยี่ยมอาการในแต่ละวันและการรักษาครั้งที่ 1 วันที่ 23 มิถุนายน 2564

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบเหนื่อย มีเสียงดังวี๊ด ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะสีขาวข้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/65 mmHg วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 93 % ที่ Room Air จากการตรวจร่างกายโดย Chest X-ray แพทย์พบว่า Lung : Reticular infiltration ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing both lung ผิวหนังเย็นชื้นร่วมกับมีเหงื่อออกตามใบหน้า แพทย์พิจารณาให้ยาพ่น Berodual Nebule 4 ml พ่น stat ทุก 20 นาที X 3 ครั้งและให้ Dexamethasone 8 mg IV stat, On Oxygen canular 3 LMP, ให้เจาะเลือดตรวจ Complete Blood Count (CBC) /BUN/Creatinine/Electrolyte/AFB/SARS-CoV2 ดูแลให้ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลม Berodual Nebule 4 ml 1 NB พ่น q 4 hr , Dexamethasone 4 mg IV q 6 hr สังเกตอาการหอบเหนื่อยแพทย์ให้ยารักษา DOXAZOSIN 2 mg รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน, Fluticasone Inhaler 125 mcg/dose พ่นทางปาก 2 ครั้งวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น, Glyceryl Guaiacolate 100 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร, Seretide สูดทางปาก 1 ที่วันละ 2 ครั้ง, Theophylline SR 200 mg ครั้งละ 2 เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนนอน, Acetylcysteine 200 mg ครั้งละ 1 ของละลายน้ำวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ดูแลให้ออนคิรชะสูง 30-45 องศาเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงปอดขยายตัวได้เต็มที่ แนะนำจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะและทำให้หายใจได้สะดวกขึ้น สอนและสาธิตการไออย่างมีประสิทธิภาพ แนะนำการงดการดื่ม น้ำเย็นจัดและการสูดอากาศเย็นจัดโดยใช้ผ้าปิดปากและจมูกเพราะอากาศเย็นจะทำให้หลอดลมหดเกร็งตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตภาวะพร่องออกซิเจนคุณลักษณะการหายใจและอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ขณะพักผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพักๆให้ออกซิเจนทางจมูก 3 LMP เป็นพักๆผู้ป่วยรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์สีหน้าคลายความวิตกกังวล สามารถนอนหลับพักผ่อนได้เป็นพักๆ

การตรวจเยี่ยมอาการในแต่ละวันและการรักษาครั้งที่ 2 วันที่ 24 มิถุนายน 2564

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง หายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อย ไอมีเสมหะสีขาวข้น ไอห่างๆ ทำทางอ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย 4-5 ช้อน นอนไม่ค่อยหลับในช่วงกลางคืน สีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/71 mmHg วัด O₂ sat 95 % ช่วยเหลือตัวเองได้แขนขา 2 ข้าง Motor power เกรด 5 ขับถ่ายได้เองปกติ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้ on injection plug แขนขวา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า RBC,Hb,Hct,Neutrophil มีค่าต่ำกว่าปกติและพบ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Eosinophil , Monocyte, Basophil สูงกว่าปกติและยังพบค่า K ต่ำ, CO2 สูง ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่งพร้อมสาริตและแนะนำการพ่นยาอย่างถูกวิธี ดูแลจัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา สอนและสาธิตญาติเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด วิธีการออกกำลังกาย การฝึกการหายใจโดยการห่อปากและฝึกบริหารกล้ามเนื้อและกระบังลม สอนการไอขับเสมหะอย่างถูกวิธีเพื่อให้หายใจโล่งเสมหะขับออกได้ง่าย แพทย์วางแผนการจำหน่ายในวันพรุ่งนี้แนะนำผู้ป่วยและญาติค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ โดยการสอบถามผู้ป่วยทราบว่าข้างบ้านมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ประจำเมื่อผู้ป่วยได้สูดดมกลิ่นควันบุหรี่ทำให้มีอาการกำเริบจึงแนะนำเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมหลีกเลี่ยงการอยู่ใต้ลมและย้ายห้องนอนให้ห่างจากข้างบ้านเพื่อลดภาวะเสี่ยงในการเกิดอาการหอบ ญาติและผู้ป่วยรับทราบพร้อมจะปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านรวมถึงอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดให้ผู้ป่วยและญาติเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม การรู้จักดูแลตนเองที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มมีอาการจะช่วยลดอาการหอบที่รุนแรงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

การตรวจเยี่ยมอาการในแต่ละวันและการรักษาครั้งที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2564

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ นอนพักผ่อนได้ สีหน้ายิ้มแย้มสดชื่นมากขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ มีอาการไอต่างๆ ไม่มีเสมหะ ไม่หอบเหนื่อยและไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 107/64 mmHg วัดO2 sat 95 % ฟังปอด Lung clear แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการแล้วอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดอีก 2 สัปดาห์มาพบแพทย์อีกครั้งเพื่อติดตามอาการ ในวันที่ 9 กรกฎาคม 2564 พร้อมทั้งให้ยาไปรับประทานที่บ้านดังนี้ Doxazosin 2 mg 1 tab hs, Berodual inhaler พ่นสูดเข้าลำคอ 1 รอบเฉพาะมีอาการหอบเท่านั้น , Fluticasone inhaler 125 mg พ่นทางปาก 2 ครั้ง วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น, Seretide สูดทางปาก 1 ที่วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น, Theophylline SR 200 mg 2 tab hs, Paracetamol 500 mg 1 tab prn q 6 hr, Acetylcysteine 200 mg ครั้งละ 1 ของวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร, Glyceryl Guaiacolate 100 mg 1 tab tid pc ได้วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีเภสัชกรให้คำแนะนำเรื่องการพ่นยาอย่างถูกวิธี ผลข้างเคียงของยา นักกายภาพบำบัดสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกาย พยาบาลให้คำแนะนำเรื่องโรคอาการกำเริบ การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้ประเมินผลก่อนจำหน่ายกลับบ้านพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจมากขึ้น ประสานงานเพื่อส่งข้อมูลให้ติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป

4.5.3 การพยาบาลผู้ป่วยตามหลักกระบวนการพยาบาล

สรุปปัญหาที่พบขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

- วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ
- วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดลดลงจากพยาธิสภาพโรค COPD
- วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากอ่อนเพลียหายใจหอบ
- วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหอบ
- วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

5.1.1 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

5.1.2 ผู้ป่วยและญาติทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสามารถลด/หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงได้

5.1.3 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการพ่นยาที่ถูกต้องวิธีและใฝ่ระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

5.1.4 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด/ออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการเจ็บป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5.2.2 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

5.2.3 ผู้ป่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีภาวะแทรกซ้อน

5.2.4 ผู้ป่วย/ญาติมีความพึงพอใจในการพยาบาล

5.2.5 ผู้ป่วยลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

6.3 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลพนมไพร

6.4 เพื่อเป็นคู่มือสำหรับพยาบาลและเผยแพร่แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ด้านผู้ป่วย

7.1.1. ผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้สูงอายุและเจ็บป่วยเรื้อรังมานานยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ทำให้เกิดความเครียด/ท้อแท้/ขาดกำลังใจเพราะรักษาไม่หายขาดสักที

7.1.2. ญาติยังขาดความรู้ในเรื่องของแหล่งให้บริการ ที่จะเข้ารับบริการได้สะดวกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย/อาการกำเริบ

7.1.3. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ในชุมชนที่แออัดมีควันไฟ/ข้างบ้านสูบบุหรี่

7.2 ด้านเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์

ในการรักษาผู้ป่วยรายนี้มีการประเมินปัญหาและวินิจฉัยปัญหาได้ถูกต้อง มีการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมมีการออกเยี่ยมบ้านและการให้สุขศึกษา การมาตรวจตามนัด การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องปลอดภัยกลับบ้าน และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ในผู้ป่วยรายนี้ยังขาดการตรวจการทำงานของปอด แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ระหว่างการศึกษาพบปัญหาผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสภาพแวดล้อมในชุมชนมีความแออัดและมีควันไฟ/ข้างบ้านสูบบุหรี่ ผู้ศึกษาจึงได้ปรับวิธีการให้ความรู้โดยใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่รับไว้ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนมไพร โดยบทบาทผู้จัดการรายกรณีเน้นในการสอนให้ความรู้และทักษะให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง การให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะที่จำเป็นและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านได้ นอกจากนี้บทบาทของผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายหรือส่งต่อหน่วยงานบริการสุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพโดยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการวางแผนการพยาบาลให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม ในการวางแผนการพยาบาลร่วมกัน อธิบายพยาธิสภาพของโรค และเป้าหมายการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจ ให้คำแนะนำในเรื่องของการเลือกแหล่งรับบริการ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน พร้อมทั้งประสานงานกับกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม ในการออกเยี่ยมบ้าน ให้บริการเชิงรุก เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

9.2 ในการจัดประชุมวิชาการ ควรเชิญเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมประชุมด้วย เพื่อทราบแนวทางในการรักษาพยาบาลและการดูแลเบื้องต้น ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

9.3 ควรมีการส่งบุคลากร ไปอบรมหรือประชุมวิชาการนอกโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ

9.4 ควรจัดทำ หนังสือ เอกสาร วารสาร วิชาการเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทันสมัยมาไว้ในห้องสมุดให้มากกว่านี้

9.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ควรมีการประสานงานกับงานเยี่ยมบ้าน (HHC) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบในการออกติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางสาวพรสุตา หงษ์ศรี

สัดส่วนผลงานร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

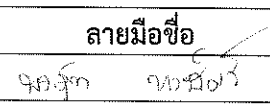
(นางสาวพรสุดา หงษ์ศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

วันที่...4...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ. 2565

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพรสุดา หงษ์ศรี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ).....

(นางบังอร สิมสีแก้ว)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพนมไพร

วันที่...4...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายวัชระ เอี่ยมรัศมีกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมไพร

วันที่...4...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มของโรคปอดอักเสบเรื้อรังที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก ลักษณะสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ หลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอดเกิดการอักเสบเสียหายเนื่องจากได้รับแก๊สหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองเป็นเวลานานส่งผลให้หลอดลมค่อยๆตีบแคบลงหรือถูกอุดกั้นโดยไม่อาจฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้อีก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 หรือพ.ศ. 2573 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบเป็นสาเหตุการตายและพิการเป็นอันดับ 4 และคาดว่าจะเพิ่มมากขึ้นภายใน 3 ปีเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ มาห้องฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง

ในประเทศไทยมีความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากมลพิษทางอากาศและอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2558 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนรักษาในโรงพยาบาล 249,742 รายซึ่งในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 1.5 ล้านราย คาดว่าผู้ที่มียาอายุ 30 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 5.00ป่วยเป็นโรคนี้ นอกจากนี้ จากสถิติพบมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดจำนวน 17,347 รายในปี พ.ศ.2560 และมากกว่าร้อยละ 30.00 มาจากกรุงเทพมหานครและจังหวัดในภาคเหนือ โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในประเทศไทยคือ การสูบบุหรี่และมลภาวะสิ่งแวดล้อม (สถิติกระทรวงสาธารณสุข,2563)

อุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 7 เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราการตายในประชากรสูงเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศและยังเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกันเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน ในเขตสุขภาพที่ 7 พบอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ปี พ.ศ. 2559-2562 เท่ากับ 317.17,312.76,314.31 และ 306.47 ต่อแสนประชากร และในจังหวัดร้อยเอ็ด พบอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 33.76 ,18.16 และ 12.63 ต่อแสนประชากร และในอำเภอพนมไพรพบอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 9.66 ,2.78 และ 4.19 ต่อแสนประชากรและยังพบอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปีขึ้นไป)ของอำเภอพนมไพร ปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 132.86 ,128.43 และ 107.74 ต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด,2564) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยในอำเภอพนมไพรอาจต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการรักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ โดยการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 15,700 บาท ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้โรคนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง เมื่อเจ็บป่วยระยะยาวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ จนกระทั่งเสียชีวิตผู้ป่วยโรคปอด

อุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีลักษณะการอุดกั้นของทางเดินหายใจที่ทำให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างจำกัด (Airflow Limitation) และไม่สามารถกลับคืนได้เต็มที่โดยความสามารถในการระบายอากาศจะลดน้อยลงเรื่อยๆ และภาวะหลอดลมอุดกั้นเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive airflow limitation) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตอบสนองการอักเสบต่ออนุภาคหรือก๊าซที่เป็นพิษผิดปกติไปลักษณะสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ทางเดินลมหายใจภายในปอดมีการอุดกั้นโดยมีสาเหตุจากมีเสมหะมาอุดกั้นหรือมีการเสื่อมของผนังถุงลมซึ่งมี 1) โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการไอมีเสมหะเรื้อรังเป็นอย่างน้อย 3 เดือนต่อปีและเป็นติดต่อกันตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป 2) โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) เป็นโรคที่มีการทำลายของผนังถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลมผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องเหนื่อย และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าร้อยละ 90 เกิดจากการสูบบุหรี่จึงกล่าวได้ว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคถุงลมโป่งพองได้ทุกคน ช้าหรือเร็วขึ้นกับจำนวน ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ฉะนั้นพยาบาลจึงได้กำหนดเป้าหมายของการดูแลรักษาเน้นเพื่อบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกันการกำเริบของโรค ชะลอการทำงานของปอดให้เสื่อมช้าลง ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถจัดการตนเอง (Self-management) ควบคุมหรือจัดการกับปัญหาหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและการให้ความสนใจในสุขภาพและชีวิตของตนเอง จนเกิดความมั่นใจและสามารถจัดการตนเองได้ การให้ความรู้และฝึกฝนทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นเรื่องสำคัญและเป็นบทบาทหน้าที่ที่ทำหายของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างคนปกติ

ดังนั้น พยาบาลจึงได้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่รับไว้ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนมไพร โดยบทบาทพยาบาลเน้นในการสอนให้ความรู้และทักษะให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะที่จำเป็นและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านได้ นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่ายหรือส่งต่อหน่วยงานบริการสุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพโดยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า

3. บทวิเคราะห์ / แนวคิด / ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์สาเหตุ Root Cause Analysis

Root Cause Analysis คือกิจกรรมทบทวนที่เน้นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุพื้นฐานของความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน ภายหลังจากเกิดเหตุผิดพลาดที่รุนแรง เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ/ กระบวนการ อันจะนำไปสู่การลดโอกาสของการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

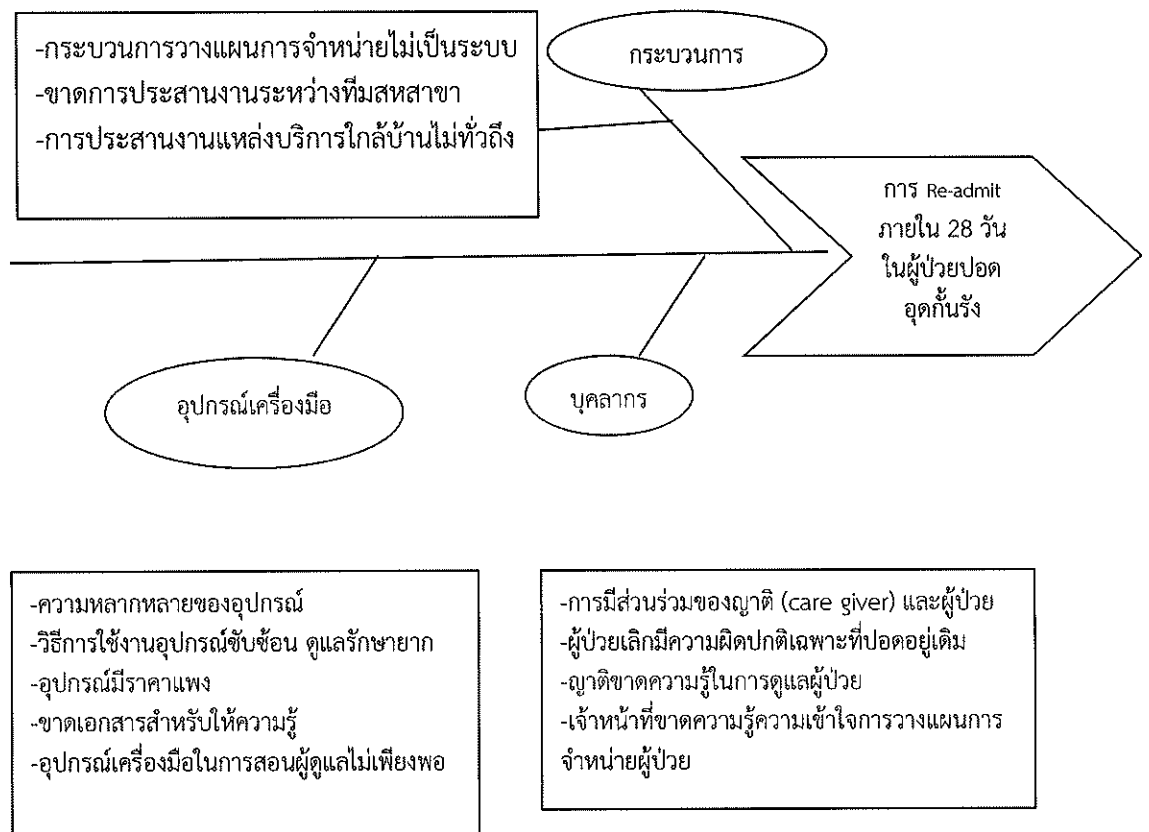
การวิเคราะห์ Root Cause Analysis เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืนไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำขึ้นอีกด้วยการวิเคราะห์เพื่อให้เข้าไปจัดการกับสาเหตุที่เป็นต้นตอของปัญหาจริงๆ มิใช่แก้ปัญหาแต่ปลายเหตุและต้องทำให้เป็นเรื่องง่ายและอยู่ใน

ชีวิตประจำวันส่วนมากปัญหาที่พบของการทำ RCA คือ ทักษะคติของทีมต่อการทำ RCA มีความกังวล, กลัวความผิด, ขาดความรู้, ขาดความตระหนัก, ยังไม่ได้สาเหตุราก เป็นต้น

หลักการในการทำ RCA

1. ใช้แนวคิดเชิงระบบ
2. มุ่งป้องกันการเกิดซ้ำ
3. ใช้หลัก Pareto เน้นสาเหตุจำนวนน้อยที่ทำให้เกิดปัญหามาก
4. ความมุ่งมั่นผูกพันของคนทำงาน
5. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ปัญหา



3.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อสร้างแผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านให้มีทักษะความรู้ในการปฏิบัติตัว
3. เพื่อนำการวางแผนการจำหน่ายไปใช้ในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนมไพร

3.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1.กระบวนการทำงาน (Workflow)

1.1 ประชุมหารือถึงปัญหาการกลับมาอน รพ.ซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางแก้ปัญหา

1.2 จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบ D-METHOD -P เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในหลักการและวิธีการนำไปใช้

1.3 ร่วมกันพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีการประชุมกลุ่มและร่วมกันอภิปรายเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (discharge planning process) แผ่นพับการดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผ่นพับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับพยาบาล

1.4 ทดลองใช้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

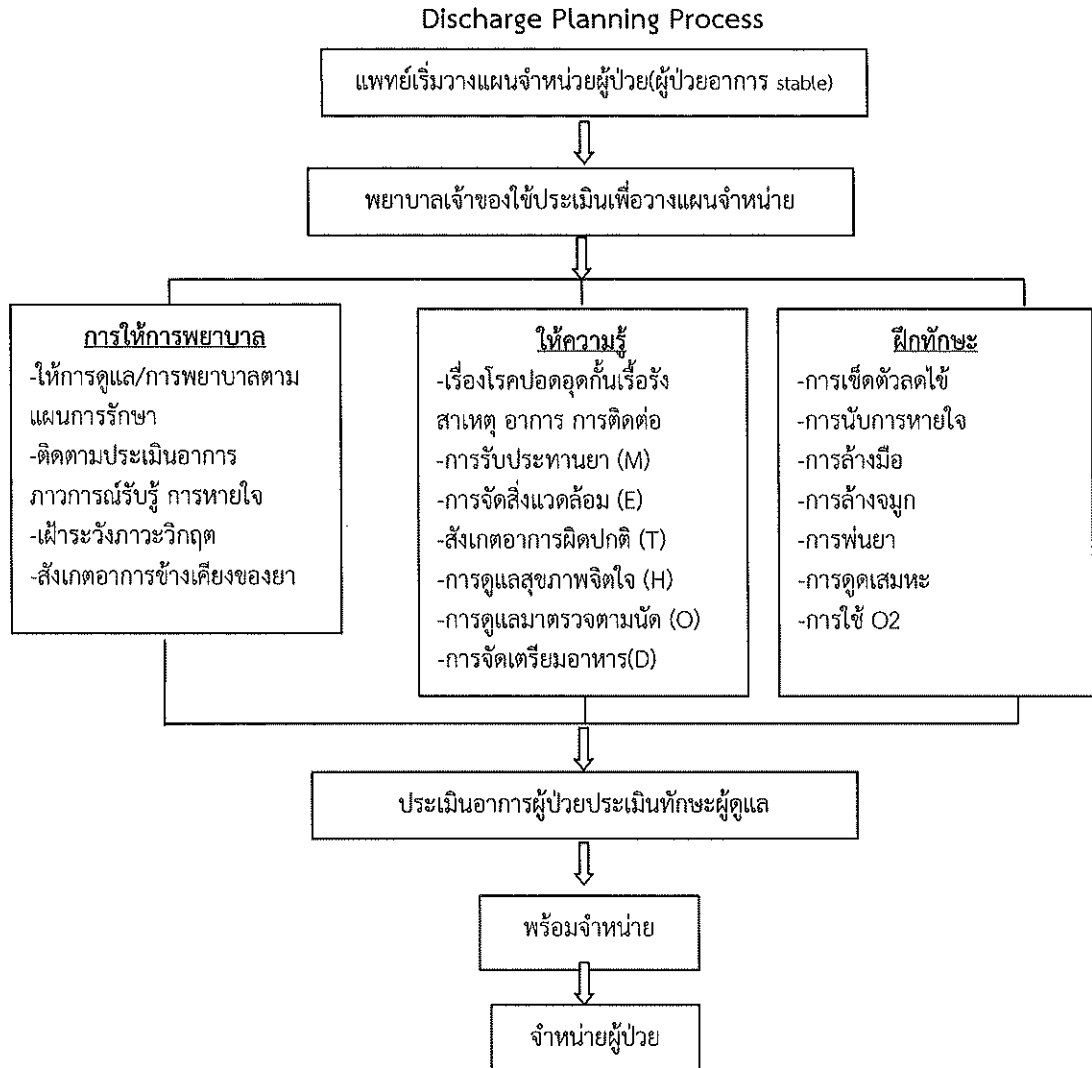
1.5 ประเมินผลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครั้งที่ 1

1.6 ปรับปรุงแก้ไขการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.7 นำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ตามขั้นตอนการนำไปใช้

1.8 ประเมินผลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครั้งที่2

1.9 สรุปผลการดำเนินการ



3.3 ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนตุลาคม 2565 – เดือนธันวาคม 2565

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางการวางแผนจำหน่ายและ discharge process ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน
2. บุคลากรได้แนวทางและมีความรู้ความมั่นใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้หลักการ Discharge Planning (D-METHOD-P)
3. ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิมหรือจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร
2. อัตราการ Readmission ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนไม่เกิน ร้อยละ 10
3. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 4 %
4. อัตราความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/การดูแลของญาติน้อยกว่าร้อยละ 5
5. อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยกว่าร้อยละ 10

(ลงชื่อ).....*พรสุตา หงษ์ศรี*.....

(นางสาวพรสุตา หงษ์ศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

วัน.....*4*.....เดือน.....*กรกฎาคม*.....พ.ศ.....*2567*.....

ผู้ขอประเมิน