

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลนายายอาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวธัญญารัตน์ อินอนุโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลนายายอาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวธัญญารัตน์ อินอนุโชติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๒๙๘๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๒๙๘๙	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว					๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน เรื่อง เสื้อกั๊กสำหรับผูกยึดผู้ป่วย					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว

๒. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๕.๐๒ น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๒๔ น.

รวมระยะเวลาในการดูแล ๓ วัน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังที่มีลักษณะการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวรและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์ สาเหตุสำคัญเกิดจากการสัมผัสสารระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และมลพิษทางอากาศ ผู้ป่วยมักมีอาการหายใจลำบากเรื้อรัง ไอและมีเสมหะ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง และมีอัตราการเกิดภาวะกำเริบของโรคสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของโลก และก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ (World Health Organization (WHO), ๒๐๒๓)

ในประเทศไทย มีรายงานข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพพบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ จำนวน ๑๕๘,๒๙๙ ราย ๑๗๔,๓๘๕ ราย และ ๑๘๘,๗๒๒ ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๗) และจากสถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนายายอามพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน ๓๖๖ ราย แยกเป็น ๑๐๔ ราย ๑๒๕ ราย และ ๑๓๗ ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีโรคร่วมหลายระบบ โดยเฉพาะโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งส่งผลให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบได้บ่อย และมีความสัมพันธ์กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็วในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง การอักเสบของระบบทางเดินหายใจ ความดันโลหิตในหลอดเลือดปอดที่เพิ่มสูงขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ ซึ่งภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็วเป็นภาวะที่มีการนำไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอและมีอัตราการเต้นเร็ว ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดของหัวใจลดลง ภาวะดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอาการใจสั่น เหนื่อยง่าย วิงเวียนศีรษะ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวและการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในระบบหลอดเลือด การมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับภาวะภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็วส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ภาวะกำเริบของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ การรักษาด้วยยาจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เนื่องจากยาบางชนิดอาจส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจหรือกระตุ้นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ดังนั้น การให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว จึงมีความยุ่งยากซับซ้อน บุคลากรทางสุขภาพต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคทั้งสอง การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และการวางแผนการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเหมาะสม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

๓.๒ ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD)

พยาธิสรีรวิทยา

ผลจากการะคายเคืองอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด (pulmonary vasculature) โดยมีเซลล์ที่เกี่ยวข้องคือ T-lymphocyte (ส่วนใหญ่เป็น CD8) neutrophil และ macrophage ทำให้มีการหลั่ง inflammatory mediators หลายชนิด พบการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปจนถึงขนาดเล็ก มีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อบุทั่วไป มี goblet cell เพิ่มขึ้น และต่อมหลั่งเมือก (mucous gland) ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มีการสร้างสารเมือกออกมามากและเหนียวกว่าปกติ การอักเสบและการทำลายซ้ำๆจะทำให้เกิดการเลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลม โดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลายที่ทำให้มีการตีบของหลอดลม เนื้อปอดส่วนหลอดลมฝอย และถุงลมที่ถูกทำลายและโป่งพองมีลักษณะจำเพาะ รวมเรียกว่า โรคถุงลมโป่งพองแบบเซนทริโลบูลาร์ (centrilobular emphysema) โดยเริ่มจากปอด ส่วนบนแล้วลุกลามไปส่วนอื่นๆของร่างกาย สำหรับบริเวณหลอดเลือดปอดที่ผนังหนาตัวขึ้น กล้ามเนื้อเรียบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องมีการอักเสบมีจำนวนมาก การเปลี่ยนแปลงของพยาธิวิทยาของปอดนำไปสู่ การสร้าง mucus มากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานผิดปกติของซีเลีย (cilla) ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรังมีเสมหะ มีการตีบของหลอดลม (airflow limitation) ร่วมกับการสูญเสียความยืดหยุ่นของเนื้อปอด ทำให้เกิดหลอดลมไม่สมบูรณ์ (air trapping) คือ ลมผ่านบริเวณที่แคบมากเมื่อหายใจเข้า แต่เมื่อหายใจออกลมไม่สามารถผ่านออกมาได้ การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอด และหลอดเลือดจะมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) และ คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง hypercapnia ตามมา (สมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๕)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบหายใจแย่ลงเฉียบพลัน ส่งผลให้ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาการกำเริบขั้นรุนแรงเป็นสาเหตุของการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน การกำเริบจะใช้เวลานาน ๗ - ๑๐ นาที พบผู้ป่วย ร้อยละ ๒๐ ไม่สามารถฟื้นตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ การกำเริบส่งผลให้การดำเนินโรคแย่ลงและทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยขึ้น และความถี่ของการกำเริบสัมพันธ์กับค่าสมรรถภาพปอดที่ลดลง (สมาคม อุรเวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๕)

สาเหตุ

๑. การติดเชื้อทางเดินหายใจ (Viral & Bacterial Infection) โรคปอดอุดกั้นส่วนใหญ่มักเกิดจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยเฉพาะไวรัสชนิด rhinovirus และแบคทีเรีย เช่น Haemophilus influenzae ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการอักเสบรุนแรงเพิ่ม การผลิตเสมหะและหอบเหนื่อยมากขึ้น

๒. การสูบบุหรี่ (Active & Passive Smoking) ควันบุหรี่เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เมื่อยังสูบหรือถูกควันบุหรี่ล้อมรอบ จะทำให้เยื่อบุหลอดลม ระคายเคืองเรื้อรัง เพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบ และลดประสิทธิภาพของยาขยายหลอดลม

๓. มลพิษทางอากาศ (Outdoor & Indoor Air Pollution ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ควันจากการเผาไหม้ ภูเขาไฟ หรือควันไฟป่า ล้วนกระตุ้น airway inflammation และเพิ่ม อุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นที่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน ในพื้นที่ที่คุณภาพอากาศแย่ ซึ่งแนวโน้มนี้ รุนแรงขึ้นภายใต้ภาวะโลกร้อนและฝุ่นพิษ

๔. สภาพอากาศ (Cold Air & Humidity) อากาศเย็นจัดหรือมีความชื้นสูง ทำให้หลอดลมหดเกร็ง (bronchospasm) และเสมหะหนาตัว เกิดอาการหายใจลำบากมากขึ้น โดยเฉพาะ ในฤดูฝน - หนาวที่อุณหภูมิตกต่ำและความชื้นสูง

๕. อาชีพและสารระคายเคืองในที่ทำงาน (Occupational Exposures) การสูดดม สารเคมี ฝุ่นจากงานก่อสร้าง เหล็ก ซีเมนต์ หรือควันจากเครื่องยนต์ในที่ทำงาน ไม่มีอุปกรณ์ปูองกัน เป็นปัจจัยเร่งให้หลอดลมอักเสบและเสี่ยงกำเริบได้ง่ายขึ้น

๖. ภูมิแพ้ และปัจจัยทางพันธุกรรม (Atopy & Genetic Factors) ผู้ที่มีประวัติภูมิแพ้ หรือขาด Alpha-๑ Antitrypsin มีแนวโน้มการอักเสบแบบ eosinophilic และความสามารถกำจัด เอนไซม์ย่อยเยื่อบุหลอดลมลดลง ทำให้เกิด AE ได้บ่อยขึ้น

๗. การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Non-adherence to Therapy) หยุดใช้ยา ขยายหลอดลมหรือสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นตามแพทย์สั่ง รวมถึงขาดการติดตามผลทางคลินิก ทำให้ airway inflammation ไม่ถูกควบคุม เกิด exacerbation ได้ง่าย

๘. ภาวะโภชนาการไม่สมดุลและโรคแทรกซ้อน (Malnutrition&Comorbidities) โรคหัวใจ เบาหวาน หรือภาวะขาดสารอาหารรุนแรง ลดภูมิคุ้มกันและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ ทำให้ไม่สามารถรับมือกับการอักเสบเฉียบพลันได้ดีพอ

อาการ

๑. หายใจลำบากมากขึ้น (Increased Dyspnea) ผู้ป่วยรู้สึกหายใจเหนื่อยกว่าเดิม ขณะพัก (resting dyspnea) หรือขณะทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) หายใจเร็ว (tachypnea) เกิน ๒๐ - ๓๐ ครั้ง/นาที

๒. มีเสมหะเพิ่มขึ้น (Increased Sputum Volume) ปริมาณเสมหะมากขึ้นกว่าปกติ อาจข้น มีกลิ่น เปลี่ยนสีเป็นเหลือง/เขียว (purulent sputum)

๓. อาการไอรุนแรงขึ้น (Worsening Cough) ไอถี่ขึ้น ไอนานแต่ละครั้ง มีเสียงดัง ไอแล้วมีเสมหะติดคอมาก

๔. ฟังแล้วได้ยินเสียงหวีด (wheezes) และเสียงฟองน้ำ (crackles) บริเวณช่องปอด บ่งชี้ bronchospasm ร่วมกับการคั่งของเสมหะ

๕. ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (Use of Accessory Muscles) เห็นกล้ามเนื้อคอและทรวง อกดึงขึ้นลงชัด ในท่านั่งกึ่งเอน (tripod position) แสดงว่าปอดต้องเพิ่มแรงช่วยหายใจอย่างมาก

๖. ที่ปลายนิ้วมือ ริมฝีปาก มีสีม่วง (Cyanosis) เกิดจากขาดออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) อาจเห็นเล็บมือหรือริมฝีปากมีสีคล้ำ

๗. เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย (Fatigue & Malaise) รู้สึกอ่อนแรง ไม่อยากทำกิจกรรมอาจ ร่วมกับเบื่ออาหาร

๘. อาการทางระบบอื่นร่วมด้วยไข้ต่ำๆ หรือมีไข้สูง (ถ้าเกิดจากการติดเชื้อ) บวมข้อเท้า (peripheral edema) และ distended neck veins หากมี cor pulmonale เป็นภาวะแทรกซ้อน

๙. สัญญาณชีพผิดปกติ ชีพจรเต้นเร็ว (tachycardia) ความดันเลือดเปลี่ยนแปลงได้ (hypertension หรือตกต่ำถ้ารุนแรงมาก)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัย

๑. การซักประวัติ

๑.๑ อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบาก ควรซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบากและมีเสียงวี๊ด ระยะเวลาที่เป็น รวมทั้งประวัติไอ มีเสมหะด้วยหรือไม่ รวมทั้งอาการแน่นหน้าอก

๑.๒ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ควรซักประวัติที่เกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมีอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักตัวลดหรือไม่ เป็นต้น

๑.๓ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง คือ การสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบ และชนิดของบุหรี่ที่สูบ การสัมผัสมลภาวะในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และการเผาไหม้จากการขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ (diesel exhaust)

๑.๔ การประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้

๑.๔.๑ Borg Dyspnea Scale เป็นแบบประเมินอาการหายใจลำบาก ที่ประเมินอาการหายใจเหนื่อยตามการรับรู้ของผู้ป่วย ตั้งแต่ ๐ - ๑๐ โดย ๐ หมายถึง ไม่เหนื่อยเลย มากที่สุดจนจะขาดใจ ๑ ถึง ๑๐ หมายถึง ระดับความเหนื่อยที่มากขึ้นเรื่อยๆ และระดับ ๑๐ หมายถึงเหนื่อย

๑.๔.๒ แบบประเมิน Modified Medical Research Council Dyspnea Score (mMRC) เป็นมาตรวัดอาการหายใจเหนื่อยตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามตัวเลขจากน้อยไปมากเพียงข้อเดียว

๐ หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเหนื่อยเลยแม้ต้องออกกำลังกายอย่างหนัก

๑ หมายถึง รู้สึกเหนื่อยเฉพาะเมื่อต้องเดินรีบๆ หรือเดินที่สูงเล็กน้อยเท่านั้น

๒ หมายถึง เดินได้ช้ากว่าคนที่อายุใกล้เคียงกันเนื่องจากเหนื่อย หรือ ต้องหยุดเดินเพื่อพักหายใจเมื่อเดินอยู่ในบ้าน

๓ หมายถึง ต้องพักหายใจหลังเดินได้ระยะทาง ๙๐ เมตร (๑นน หลา) หรือหลังเดินทางราบได้เพียง ๒ ถึง ๓ นาที

๔ หมายถึง เหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้านได้ หรือ เหนื่อยเมื่อต้องใส่เสื้อหรือถอดเสื้อ

๒. การตรวจร่างกาย

๒.๑ ระบบทางเดินหายใจ พบว่า AP diameter: Lateral diameter เพิ่มขึ้น รูปร่างทรวงอกคล้ายถังเบียร์ (barrel shape) มีการใช้กล้ามเนื้อ accessory muscle ในการหายใจ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ และกล้ามเนื้อหน้าท้อง ลักษณะการหายใจ จะหายใจเร็วตื้น หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน การขยายตัวของทรวงอกลดลง เมื่อฟังเสียงหายใจ อาจได้ยินเสียง low - pitch wheeze (rhonchi) แสดงว่ามีการหดเกร็งหรืออุดกั้นในหลอดลมใหญ่ ถ้าเป็นในหลอดลมขนาดเล็กๆ จะได้ยินเสียง high - pitch wheeze (wheeze) ซึ่งจะพบในช่วงหายใจออกและเสียงหายใจออกยาวกว่า

๒.๒ เล็บนิ้วและมือ ตรวจพบนิ้วปุ่ม (clubbing of fingers) เป็นผลจากภาวะออกซิเจน ในเลือดต่ำเวลานานและอาจพบอาการเขียว (peripheral cyanosis) ในรายที่ขาดออกซิเจนอาจพบอาการริมฝีปากเขียว (central cyanosis)

๒.๓ ระบบประสาท อาจมีอาการสับสน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย ซึม และอาจหมดสติได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒.๔ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในระยะแรกหัวใจเต้นเร็ว แต่ต่อมาเต้นช้าลง เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง ในรายที่มีหัวใจข้างขวาล้มเหลว (Cor pulmonale) จะพบอาการบวมตามปลายมือปลายเท้า มีน้ำในช่องท้องและโพรงช่องเยื่อหุ้มปอด

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑ Complete Blood Count (CBC) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย อาจตรวจเจอเม็ดเลือดขาวสูง การติดเชื้อ (เช่น WBC สูง) การตรวจหาระดับอิโอซิโนฟิลในเลือด

๓.๒ Arterial Blood Gas (ABG) ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) และภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด เป็นต้น

๓.๓ การติดตามค่าเกลือแร่และการทำงานของไต (Electrolytes และ Renal function tests)

๓.๔ C-reactive protein (CRP) หรือ Procalcitonin: ประเมินการอักเสบ การติดเชื้อ

๓.๕ การเก็บเพาะเชื้อในร่ายกาย เช่น Sputum culture and Gram stain (กรณีสงสัยติดเชื้อ)

๔. การตรวจพิเศษต่างๆ

๔.๑ ภาพรังสีทรวงอกมีความไวน้อยสำหรับการวินิจฉัยโรค COPD แต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่นในผู้ป่วย emphysema อาจพบลักษณะ hyperinflation คือ กะบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็ก ในผู้ป่วยที่มี cor pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวา และ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และ peripheral vascular marking ลดลง

๔.๒ การตรวจสมรรถภาพปอด: โดยใช้สไปโรเมทรีย์ (Spirometry) มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคและจัดระดับความรุนแรง การตรวจนี้สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยัง ไม่มีอาการ โดยการตรวจ spirometry นี้ จะต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stable) และไม่มีอาการกำาเริบของโรคอย่างน้อย ๑ เดือน โดยจะพบลักษณะของ airflow limitation โดยค่า FEV๑/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ ๗๐ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังตามค่า FEV๑ หลังให้ยาขยายหลอดลมเป็น ๔ ระดับ ดังนี้ ๑) รุนแรงน้อย (GOLD ๑) ค่า FEV๑ ≥ ๘๐% ของค่ามาตรฐาน ๒) รุนแรงปานกลาง (GOLD ๒) ค่า FEV๑ ๕๐ - ๗๙% ของค่ามาตรฐาน ๓) รุนแรงมาก (GOLD ๓) ค่า FEV๑ ๓๐ - ๔๙% ของค่ามาตรฐาน ๔) รุนแรงมากที่สุด (GOLD ๔) ค่า FEV๑< ๓๐% ของค่ามาตรฐาน

การรักษา

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ เป็นอันตรายถึงชีวิตซึ่งแสดงอาการด้วย ภาวะขาดออกซิเจนในเลือดเฉียบพลันระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะกรดเกินในทางเดินหายใจเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิดจังหวะใหม่หรือการทำงานของระบบทางเดินหายใจเสื่อมลงแม้จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ควรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและติดตามสถานะการหายใจของผู้ป่วย แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเฉียบพลันมีแนวทางการรักษา ประกอบด้วย การบำบัดหรือการเสริมออกซิเจน ยาขยายหลอดลม คอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะดังนี้ (Wise, ๒๐๒๔)

๑. การบำบัดด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy)

เป็นสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบที่มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด โดยมีเป้าหมายของการรักษา คือ SpO๒ อยู่ที่ระดับ ๙๒ - ๙๔% ควรตรวจติดตาม arterial blood gas เป็นระยะเพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการเพิ่มขึ้นของค่า PaCO2 และ/หรือภาวะเลือดเป็นกรด อาจแก้ไขโดยวิธีดังนี้

๑.๑ High-flow nasal cannula (HFNC) อาจช่วยลดภาวะคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ ในเลือดและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย COPD กำเริบที่มีการหายใจไม่เพียงพอ (Hyperventilation) และอาจใช้ได้ผลกับผู้ป่วย COPD ระยะสงบที่มีภาวะคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๒ Ventilatory support ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล การใช้เครื่องช่วย หายใจขึ้นกับความรุนแรงของ โดยแบ่งตามชนิดของอุปกรณ์เป็น ๒ ชนิด คือ noninvasive และ invasive ventilatory support

๑.๒.๑ Noninvasive mechanical ventilation (NIV) ช่วยเพิ่มระดับออกซิเจน ในเลือดและแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดเฉียบพลันจากการคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดให้ดีขึ้น โดยสามารถเพิ่มค่า pH และลด PaCO2 ลดอัตราการหายใจ การทำงานของการหายใจ และอาการเหนื่อย ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการตายและการใส่ท่อช่วยหายใจ มีการศึกษาพบว่าอัตราความสำเร็จ ร้อยละ ๘๐ - ๘๕ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี คือ ค่า pH ในเลือดเพิ่มขึ้นและอัตราการหายใจลดลงภายหลังจากใช้เครื่อง ๑ - ๒ ชั่วโมงหลังการรักษา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถทนต่อการหายใจ โดยไม่ได้รับความช่วยเหลือจากเครื่องอย่างน้อย ๔ ชั่วโมง สามารถหยุดการใช้เครื่อง NIV ได้โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการหย่าเครื่อง

๑.๒.๒ Invasive mechanical ventilation เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการรักษานี้ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia) การบาดเจ็บของปอดจากการใช้แรงดันอากาศ (barotrauma) และปริมาตรอากาศ (volutrauma) การเจาะคอ (tracheostomy) และการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานไม่สามารถหย่าเครื่องได้

๒. ยาขยายหลอดลม (Bronchodilators)

แนะนำให้ใช้ยาพ่นกลุ่ม short-acting B๒ agonists และ/หรือ short-acting anticholinergics เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการเพิ่ม FEV๑ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการใช้ยาพ่นชนิด MDI (with or without spacer device) กับการใช้ยาพ่นชนิด nebulizers ไม่ควรใช้ยาพ่นชนิด nebulizers อย่างต่อเนื่อง แต่ควรใช้ยาพ่นชนิด MDI ๔ - ๖ puff ได้ทุก ๒๐ นาที ใน ๑ ชั่วโมงแรก หากอาการดีขึ้นควรปรับลดยาเป็นทุก ๒ - ๔ ชั่วโมงในกรณีผู้ปุวยใช้ยาพ่นสูด long-acting bronchodilators (B2 - agonists หรือ anticholinergics หรือทั้งสองชนิดร่วมกัน) ที่มีหรือไม่มียาพ่นกลุ่ม corticosteroids อยู่เดิม

๓. คอร์ติโคสเตียรอยด์

การรักษาด้วย systemic glucocorticoids ช่วยลดระยะเวลา ที่ใช้ในการฟื้นตัวของอาการและสมรรถภาพปอด (FEV๑) ตลอดจนภาวะความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดกลับเป็นปกติ รวมทั้งความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำ การรักษาล้มเหลว และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล แนะนำให้ยา prednisolone ๓๐ - ๔๐ มิลลิกรัมต่อวัน เป็นระยะเวลา ๕ - ๗ วัน การใช้ยานานกว่านี้อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบและอัตราการเสียชีวิต ยา prednisolone ในรูปแบบการรับประทานมีประสิทธิภาพเทียบเท่าการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ

๔. ยาปฏิชีวนะ

ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น การเพิ่มขึ้นของเสมหะ เสมหะเปลี่ยนสี ยาปฏิชีวนะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ลดความล้มเหลวในการรักษาควรให้กับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ ที่มีอาการ ๓ ข้อ คือ การหายใจลำบากมากขึ้น ปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นและเสมหะมีลักษณะเปลี่ยนสี ถ้ามีการแสดงอาการแค่ ๒ อาการควรมีเสมหะเปลี่ยนสีเป็นหนึ่งในสองของอาการแสดงนั้นหรือมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (ชนิด invasive หรือ noninvasive) โดยแนะนำการให้ใช้ยา Antibiotics เป็นระยะเวลา ๕ - ๗ วัน ทางเลือกของการใช้ยาปฏิชีวนะควรอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลความไวต่อยาของเชื้อแบคทีเรียในแต่ละโรงพยาบาล โดยทั่วไปมักเริ่มจากการรักษาด้วยยา กลุ่ม B-lactam/B-lactamase inhibitor, doxycycline, respiratory quinolone หรือ macrolides

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. การรักษาเสริม (Adjunct therapies)

ได้แก่ การให้สารน้ำ การใช้ยาขับปัสสาวะ การรักษาโรคร่วม การปรับโภชนาการ การเลิกสูบบุหรี่

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกลั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบมีความสำคัญมาก พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง และเป็นผู้ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ค้นหาปัญหารายบุคคล ประสานงานเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม พยาบาลจึงต้องมีความรู้ทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยควรปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้มาตรฐานการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๑. ระยะแรกรับ

๑.๑ การรวบรวมประวัติ และประเมินอาการที่สำคัญ เช่น ประเมินอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยด้วยเกณฑ์ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ

๑.๒. ซักประวัติการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วย และประวัติการเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation) ทั้งความถี่และความรุนแรง ประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประวัติการเกิดโรคร่วมที่สำคัญ

๑.๓ ดูแลระบบทางเดินหายใจ ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจที่ ไม่มีประสิทธิภาพ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การให้ออกซิเจน และยาพ่น ตามแผนการรักษา

๒. ระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต

๒.๑ การป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว โดย

๒.๑.๑ ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ *respiratory distress*

๒.๑.๒ จัดท่านอนศีรษะสูง ๓๐ - ๔๕ องศา จำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น

๒.๑.๓ ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๓๐ นาที ถึง ๑ ชั่วโมงจนปกติ

๒.๑.๔ ฟังปอดประเมินการหายใจที่ผิดปกติ เช่น wheezing, crepitation สังเกตอาการไอ ลักษณะ เสมหะ อาการหายใจลำบาก ประเมินเสียงหายใจที่เบาลงแสดงถึงการมีลมเข้า-ออกปอดได้น้อย

๒.๑.๕ ประเมินระดับความรู้สึกตัว รูม่านตา อาการ Cyanosis ปลายมือปลายเท้าเขียว

๒.๑.๖ ดูแลให้ยาพ่นขยายหลอดลม และยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

๒.๑.๗ ตรวจวัดและบันทึก ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation; SpO๒) Keep SpO๒ มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๒ เปอร์เซ็นต์

๒.๑.๘ ให้ออกซิเจน โดยใช้ invasive mechanical ventilation หรือ non-invasive mechanical ventilation (NIV) ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้าเพื่อ ป้องกันอาการกระสับกระส่าย เหนื่อย อ่อนเพลีย และหายใจลำบาก

๒.๑.๙ ติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และประเมินความพร้อมในการหย่าการใช้ ออกซิเจนจาก invasive mechanical ventilation หรือ non-invasive mechanical ventilation (NIV)

๒.๒ การดูแลภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน

๒.๒.๑ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน คือ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย สับสน หายใจแรงและเร็ว หรือหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความดันโลหิตสูงในช่วงแรก เหงื่อออก ผิวชื้น ริมฝีปาก และปลายมือปลายเท้าซีดเย็น เขียว หยุดหายใจ

๒.๒.๒ ให้ออกซิเจนทางจมูก เช่น ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (High Flow Nasal Cannula; HFNC) (FiO๒) 0.4 (Keep SpO๒ มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ เปอร์เซ็นต์) , Cannula ๒ - ๕ ลิตรต่อนาที หรือ Mask with bag ๘ ลิตรต่อนาที (Keep SpO๒ มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๒ เปอร์เซ็นต์)

๒.๒.๓ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น Dexamethasoneและยาขยายหลอดลม เช่น Berodual, Budesonide, Theophylline

๒.๒.๔ จัดท่านอนศีรษะสูง สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการหายใจเข้า-ออกติดต่อกัน ๒ - ๓ ครั้ง แล้วกลั้นหายใจ แล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น

๒.๒.๕ ติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เช่น EKG

๒.๒.๖ ประเมินความพร้อมในการหย่าการใช้ออกซิเจนชนิดต่างๆ

๒.๓ การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต

๒.๓.๑ ประเมิน Hemodynamic ทุก ๓๐ นาที - ๑ ชั่วโมง ประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือการ หายใจเร็วอย่างใกล้ชิด

๒.๓.๒ ให้สารน้ำ Cystalloid เช่น Normal saline และ Linger Lactate solution ตามแผนการรักษา

๒.๓.๓ ประเมินภาวะน้ำเกิน และบันทึกน้ำเข้า-น้ำออกจากร่างกาย

๓. ระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๓.๑ การดูแลป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

๓.๑.๑ ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ โดยเฉพาะการล้างมือ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้

๓.๑.๒ การดูแลความสะอาดในช่องปาก การปรงฟัน หรือใช้น้ำยา chlorhexidine gluconate (๐.๑๒%) ซึ่งเป็นน้ำยาที่มีประสิทธิภาพลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ

๓.๑.๓ ติดตามอาการติดเชื้อ วัดอุณหภูมิทุก ๔ ชั่วโมง ถ้ามีไข้สูง เช็ดตัวลดไข้ ดูแลให้ยาลดไข้

๓.๑.๔ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามการรักษาของแพทย์

๓.๑.๕ ติดตามประเมินผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

๓.๒ ให้การพยาบาลเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและไม่มีการอุดกลั้นทางดินหายใจ

๓.๒.๑ ประเมินสภาวะผู้ป่วยและความก้าวหน้าของโรค ประเมินสัญญานชีพ ฟังเสียงปอดทุก ๒ - ๔ ชั่วโมง

๓.๒.๒ จัดท่านอนผู้ป่วย โดยจัดศีรษะสูง ๓๐ - ๔๕ องศา ให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้นการลุกนั่ง

๓.๒.๓ สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (secretion drainage) โดยการสอนให้ผู้ป่วยประคองทรวงอก ขณะหายใจเข้าแล้วหายใจออกโดยแรงเพื่อขับเสมหะ พยาบาลช่วยเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะให้ดีขึ้น

๓.๒.๔ สอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลม ร่วมกับการห่อปากช่วงหายใจออก ควรฝึกบริหารการหายใจทุกวัน วันละ ๒ - ๓ ครั้ง ครั้งละประมาณ ๑๐ - ๑๕ นาที

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.๓ การดูแลเกี่ยวกับภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและโภชนาการ

ดูแลให้สารน้ำ สารอาหารอย่าง เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียน้ำจากภาวะติดเชื้อ ไข้สูง จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มให้ อาหารเร็วที่สุด ประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พลังงานตามเป้าหมาย

๓.๔ การดูแลด้านจิตสังคม ผู้ป่วยจะมีปัญหาความวิตกกังวล ความกลัว ความโดดเดี่ยว จนสิ้นหวังจากสภาวะโรคที่รุนแรงหรือเรื้อรัง การต้องการอุปกรณ์ช่วยหายใจชนิดต่างๆ อาจเกิดความขับข้องใจ มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร พยาบาลต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม มีแสงสว่างเพียงพอ ลดเสียง รบกวน เช่น เสียงทำงานของอุปกรณ์การรักษาพยาบาล เสียงกริ่งเตือนภัยต่างๆ เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เสียงโทรศัพท์ ให้การพยาบาลแบบนุ่มนวล เข้าอกเข้าใจ เห็นใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระบาย ความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม จัดเตรียมอุปกรณ์สื่อสารให้พร้อม เช่น นาฬิกาที่บอกวันเวลาได้ สมุด ปากกา ดินสอ

๓.๕ ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น โดยประเมินความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย กระตุ้นให้ทำกิจกรรมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นที่ละน้อย ตามลำดับ และประเมินการ หายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ หลังทำกิจกรรม

๓.๖ ให้การพยาบาลก่อนจำหน่าย

๓.๖.๑ ทบทวนความรู้โรคปอดอุดกลั้นเรื้อรัง สาเหตุการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และโรคร่วมต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจ การปฏิบัติตัว การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ

๓.๖.๒ เน้นย้ำเรื่องการใช้ยาพ่น steroid และยาที่เกี่ยวข้องกับโรค โรคประจำตัว ครอบคลุม สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

๓.๖.๓ แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลจัดสิ่งแวดล้อม บ้าน ที่อยู่อาศัยให้สะอาด โล่ง ขจัดสิ่งกระตุ้นที่ จะทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัด

๓.๖.๔ แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การบริหารการหายใจ ให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์ อาการกำเริบเฉียบพลันและอาการโรคที่รุนแรงมากขึ้น

๓.๖.๕ แนะนำการรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย งดอาหารเค็ม หวาน ไขมันสูง อาหารที่จำกัดเฉพาะโรค ตามการรักษาของแพทย์ ดื่มน้ำสะอาดวันละ ๒ - ๓ ลิตร

๓.๖.๖ การออกกำลังกายที่ไม่ใช้พลังกำลังมากเกินไป เช่น เดิน วันละ ๓๐ - ๔๕ นาทีสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง

๓.๖.๗ แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา การสังเกตอาการผิดปกติ และความจำเป็นที่ต้องมา ตรวจรักษาตามนัดและต่อเนื่อง เบอร์โทรศัพท์ติดต่อฉุกเฉิน ๑๖๖๙

การป้องกัน

๑. การออกกำลังกาย ควรปรับให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคที่ตนเป็นอยู่ในขณะนั้นด้วย การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบจะเป็นการออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพและความรุนแรงของการกำเริบเมื่อมีอาการกำเริบควรเคลื่อนไหวร่างกายให้น้อยที่สุด โดยการนั่งพักหรือหยุดทำกิจกรรมนั้นๆ ทันที ผู้ป่วยจะลดหรือหลีกเลี่ยงการออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้านหรืองดการออกกำลังกายทันที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในระยะอาการกำเริบจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้นในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ร่วมกับมีการใช้กล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ช่วยในการหายใจมากขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนทำได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดอาการหอบเหนื่อยกำเริบได้ง่ายขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การจัดการทางเดินหายใจให้โล่งและทำให้หายใจได้อย่างสะดวก เป็นการดูแลตนเองอีกวิธีหนึ่งในการจัดการอาการหอบกำเริบ

๓. การลดอาการไอและลดเสมหะที่น่าจะเป็นสาเหตุทำให้อาการหอบกำเริบด้วยการจิบยาแก้ไอและการดื่มน้ำ ซึ่งเป็นการจัดการกับอาการหอบเบื้องต้นและเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย

๔. สอนการหายใจอย่างถูกวิธี คือ ช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคและ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการทำกิจกรรมต่างๆได้ การปฏิบัติการหายใจอย่างถูกวิธีของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำโดยการหายใจเข้า-ออกลึกๆยาวๆ

๕. การพ่นยาเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยกำเริบนี้ จะช่วยให้อาการหอบเหนื่อยทุเลาลงและช่วยลดความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยต้องพ่นยาอย่างถูกวิธีด้วย และพกยาพ่นชนิดฉุกเฉินติดตัวตลอดเวลา

๖. การดูแลตนเองในการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดี กลุ่มตัวอย่างทุกรายพยายามหลีกเลี่ยง ควันบุหรี่ ควันไฟ อากาศเย็น สถานที่แออัด ป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบของโรคมากขึ้น

๗. การจัดการกับความเครียดด้วยตนเองซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งในการป้องกันอาการหอบเหนื่อยกำเริบ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้อาการหอบเหนื่อยกำเริบ มีความสำคัญช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

๘. การพักผ่อนนอนหลับจะช่วยเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยให้ดีขึ้นคือสามารถทำงานได้เต็มศักยภาพ ลดอาการหอบเหนื่อยและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

๙. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรเป็นอาหารที่ใช้ออกซิเจนน้อยในการเผาผลาญและเกิดคาร์บอนไดออกไซด์น้อยที่สุด และรับประทานอาหารแต่ละมื้อไม่ควรกินอิ่มมากจนเกินไป ซึ่งการรับประทานอาหารดังกล่าวนั้น ช่วยป้องกันและลดอาการหอบเหนื่อยได้

ภาวะแทรกซ้อน

๑. ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ไม่สามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ได้เพียงพอ

๒. ภาวะติดเชื้อในปอด เช่น ปอดบวม (Pneumonia) อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส

๓. กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงโดยเฉพาะกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้ออก ทำให้หายใจลำบากมากขึ้น

๔. หัวใจล้มเหลวด้านขวา (Cor pulmonale) เนื่องจากปอดทำงานหนัก หัวใจจึงต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น

๕. มะเร็งปอด ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปอดเพิ่มมากขึ้น

๖. ความดันโลหิตสูงในหลอดเลือดแดงปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจทำให้หลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปยังปอดมีความดันโลหิตสูง ภาวะนี้เรียกว่าความดันโลหิตสูงในปอด

๗. ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะคุกคามของโรคเป็นระยะเวลายาวนาน ตลอดชีวิต เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโรคร่วมทำให้ความซับซ้อนของโรคเพิ่มมากขึ้น ส่งผล กระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังลดลง ตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วย โดยผลกระทบ ดังนี้

๑. ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทั่วไปจะมีปริมาณออกซิเจนใน กระแสเลือดต่ำกว่าปกติส่งผลให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังมีโรคร่วมกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดจะทำให้การพาออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ยิ่งลดลง ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และมีโอกาสเกิดอาการกำเริบบ่อยขึ้น อาการของ โรคอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เมื่อมีกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคร่วมยิ่งทำให้ร่างกายทนต่อการทำกิจกรรมได้ลดลง นอกจากนี้ยังเกิดผล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กระทบจากการรักษาอีกด้วย เช่น การรักษาด้วยยากลุ่ม steroid ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ เป็นต้น

๒. ผลกระทบด้านจิตใจ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสมรรถภาพของร่างกายลดลงเมื่อ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น จากโรคร่วมทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น รู้สึก สูญเสียภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย การทำงาน และครอบครัว รวมถึงขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

๓. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบการดำเนินโรคอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยบางคนแยกตัวเองออกจากสังคมเนื่องจากสามารถ เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวและสังคมได้ลดลง ผู้ป่วยอาจต้องหยุดงานหรือบางรายต้องออกจากงาน ก่อนวัยอันควร ทำให้ต้องสูญเสียอาชีพและรายได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งเนื่องจากมีอาการกำเริบบ่อยขึ้น ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม นอกจากนี้ผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และขาดรายได้หรือขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย

ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (Atrial Fibrillation with Rapid Ventricular Response: AF c RVR)

พยาธิสภาพ

ภาวะ AF c RVR หรือ Atrial Fibrillation with Rapid Ventricular Response เป็นภาวะความผิดปกติของจังหวะการเต้นของหัวใจที่พบบ่อยในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมตามปกติแล้ว การเต้นของหัวใจเริ่มต้นจากสัญญาณไฟฟ้าที่โหนดไซนัส (SA node) ในหัวใจห้องบนขวา จากนั้นสัญญาณจะส่งผ่านไปยังโหนดเอวี (AV node) และลงสู่หัวใจห้องล่าง ทำให้หัวใจบีบตัวอย่างเป็นจังหวะและมีประสิทธิภาพ แต่ในภาวะ Atrial Fibrillation จะเกิดการกระตุ้นไฟฟ้าหลายจุดในหัวใจห้องบน ทำให้เกิดวงจรไฟฟ้าผิดปกติแบบ re-entry หลายวง ส่งผลให้หัวใจห้องบนไม่บีบตัวเป็นจังหวะ แต่สั่นพลิ้วอย่างรวดเร็วและไม่สม่ำเสมอเมื่อสัญญาณไฟฟ้าที่ผิดปกติเหล่านี้ถูกส่งผ่านลงมายังหัวใจห้องล่างจำนวนมากผ่าน AV node จะทำให้หัวใจห้องล่างเต้นเร็วมากกว่า ๑๐๐ ครั้งต่อนาที เรียกว่า Rapid Ventricular Response การที่หัวใจเต้นเร็วเกินไปทำให้ระยะเวลาการคลายตัวของหัวใจสั้นลง ส่งผลให้เลือดไหลเข้าสู่หัวใจห้องล่างได้น้อยลง ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจจึงลดลง ผู้ป่วยอาจมีอาการใจสั่น เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก หรือเวียนศีรษะ นอกจากนี้ การที่หัวใจห้องบนไม่บีบตัวอย่างมีประสิทธิภาพทำให้เลือดคั่งอยู่ภายในห้องบน โดยเฉพาะบริเวณส่วนยื่นของหัวใจห้องบนซ้าย เลือดที่คั่งอยู่นี้มีโอกาสเกิดการแข็งตัวเป็นลิ่มเลือด หากลิ่มเลือดหลุดเข้าสู่กระแสเลือดและไปอุดตันที่สมอง อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ อีกทั้งหากหัวใจเต้นเร็วต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

๑. การติดเชื้อ/สิ่งแวดล้อม

แม้ว่าภาวะ AF ร่วมกับ RVR มักไม่เกิดจากการติดเชื้อ แต่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างสามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะนี้ได้ ตัวอย่างเช่น การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป การบริโภคคาเฟอีน และระดับความเครียดสูง อาจทำให้เกิดภาวะ AF ในผู้ที่มีความเสี่ยง นอกจากนี้ การติดเชื้อทางเดินหายใจหรือโรคอื่นๆ ที่ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ AF ร่วมกับ RVR ได้เช่นกัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. ทางพันธุกรรม/ภูมิคุ้มกันตนเอง

ปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนทำให้เกิดภาวะ AF บุคคลที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอาจมีความเสี่ยงสูงกว่า โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์หรือโรคลูปัส อาจส่งผลต่อระบบไฟฟ้าของหัวใจ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะ AF ได้

๓. ไลฟ์สไตล์และปัจจัยการรับประทานอาหาร

การเลือกไลฟ์สไตล์ส่งผลกระทบอย่างมากต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะ AF ร่วมกับ RVR ปัจจัยต่างๆ เช่น โรคอ้วน พฤติกรรมอยู่ประจำ และนิสัยการกินที่ไม่ดี อาจทำให้เกิดภาวะนี้ได้ อาหารที่มีโซเดียม ไขมันอิ่มตัวและน้ำตาลสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ซึ่งทั้งสองอย่างนี้เกี่ยวข้องกับภาวะ AF

๔. ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

๔.๑ อายุ ความเสี่ยงของภาวะ AF จะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี

๔.๒ เพศ ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะเป็นโรค AF มากกว่าผู้หญิง

๔.๓ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ บางภูมิภาคอาจมีอัตราการแพร่ระบาดสูงกว่าเนื่องจากปัจจัยด้านวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม

๔.๔ เงื่อนไขพื้นฐาน ภาวะต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดหัวใจ จะเพิ่มความเสี่ยงของภาวะ AF ร่วมกับ RVR อย่างมีนัยสำคัญ

อาการ

อาการอาจเป็นๆ หายๆ หรือเป็นต่อเนื่องเรื้อรัง ซึ่งแต่ละคน จะไม่เหมือนกัน บางคนอาจไม่มีอาการ ผู้ป่วยอาจมีอาการใจสั่นหรือใจเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ เหนื่อย อ่อนเพลีย เจ็บ แน่นหน้าอก เวียนศีรษะ หรือเป็นลมหมดสติ ใจสั่น หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ

การวินิจฉัย

๑. การซักประวัติ ผู้ป่วยอาจมีอาการที่แตกต่างกัน เช่น ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นต้น การซักประวัติควรถามถึงความถี่ ระยะเวลาที่เป็น และสิ่งที่อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการ นอกจากนี้ ประเด็นที่ควรซักประวัติเพิ่มเติม คือ โรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น เพราะโรคประจำตัวดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้

๒. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG)

๓. การเอ็กซเรย์ปอด (chest X-ray) เพื่อประเมินขนาดของหัวใจและความผิดปกติของปอด

๔. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจที่สำคัญ ได้แก่ Complete Blood Count (CBC) และ Thyroid Function Test (TFT) ความผิดปกติของการตรวจนี้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจห้องบนสั่น พลิ้ว เช่น การติดเชื้อ และภาวะ Hyperthyroidism เป็นต้น

การรักษา

หลักในการรักษา คือ Convert and Control โดย convert คือ การเปลี่ยนคลื่นไฟฟ้า หัวใจที่สั่นพลิ้วและเต้นเร็วให้กลับมาเป็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติ (sinus rhythm) และ Control คือ การควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจให้สม่ำเสมอ และอัตราการเต้นของหัวใจไม่ให้เร็วเกินไป โดยมีเป้าหมายให้อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักน้อยกว่า ๑๑๐ ครั้งต่อนาที (สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการของโรคหัวใจวาย)

๑. หลักการรักษา Convert จะช่วยลดอาการแสดงของ AF c RVR ได้ การควบคุมจังหวะ การเต้นของหัวใจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประกอบด้วยการใช้ยากลุ่ม Antiarrhythmics เช่น Amiodarone การช็อคไฟฟ้า (synchronized cardioversion) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (pacemaker) การจี้ด้วยคลื่นไฟฟ้าความถี่สูง (radiofrequency Ablation) ซึ่งการจี้ด้วยคลื่นไฟฟ้าความถี่สูงมักจะใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยา หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างบีบตัวไม่ดี กลุ่มยา Antiarrhythmics จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วได้

๒. หลักการ Control ผู้ป่วยที่ไม่ปรากฏอาการ และไม่พบอาการของภาวะหัวใจวาย กำหนดอัตราการเต้นของหัวใจขณะพักให้น้อยกว่า ๑๑๐ ครั้งต่อนาทีกลุ่มยาที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ Beta-Blocker เช่น Propranolol และ Calcium Channel Blocker เช่น Verapamil และ Diltiazem และยาอื่นๆ เช่น Digoxin และ Amiodarone

๓. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (stroke prevention) โรคหลอดเลือดสมองเป็น ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่อันตราย ป้องกันด้วยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น Warfarin เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง เป็น ต้น

๔. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย

๔.๑ ลดน้ำหนักในผู้ที่มีดัชนีมวลกาย > ๒๗ กิโลกรัมต่อ ตารางเมตร

๔.๒ ออกกำลังกายระดับปานกลางถึงหนัก ๒๑๐ นาทีต่อสัปดาห์

๔.๓ การเลิกบุหรี่

๔.๔ ลดหรือเลิกดื่ม แอลกอฮอล์

๔.๕ การควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสม และ

๔.๖ การตรวจคัดกรองการหายใจผิดปกติขณะ นอนหลับ

การพยาบาล

๑. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Cardiac output ลดลง เช่น ระดับความรู้สึกตัว ลดลง ปัสสาวะออกน้อยกว่า ๓๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ความดันโลหิตต่ำลง เป็นต้น

๒. Monitor EKG และ Vital Signs อย่างใกล้ชิดอย่างน้อยทุก ๓๐ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง

๓. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation)

๔. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก ๑ - ๒ ชั่วโมง เพื่อติดตามการทำงานของไต หากปัสสาวะออกน้อยกว่า ๓๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมงให้รายงานแพทย์ให้ทราบ

๕. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของ แพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับยากลุ่ม Antiarrhythmics เช่น Amiodarone ต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา หากความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท หรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ ครั้งต่อนาทีควรหยุดการให้ยาและ รายงานให้แพทย์ทราบ

๖. ประเมินอาการและอาการแสดงของ โรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระดับความรู้สึกตัว ลดลง แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว เป็นต้น รายงานแพทย์ให้ทราบ เพื่อให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น Warfarin

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก (bleeding precaution) และติดตามค่า INR

แนวทางการบริหารยา Amiodarone injection

รูปแบบยา Amiodarone injection ๑๕๐ mg/๓ ml (๕๐ mg/ml)

การเก็บรักษายา ยาที่ยังไม่เปิดใช้เก็บที่อุณหภูมิ ไม่เกิน ๒๕ °C และป้องกันแสง

หลักการใช้ยาในการรักษา

๑. Ventricular Arrhythmias

ปริมาณยารวมใน ๒๔ ชั่วโมงแรก ไม่เกิน ๑,๐๕๐ mg ดังนี้

๑.๑ เริ่มด้วยขนาดยา ๑๕๐ mg (ผสมยาใน D๕W ๑๐๐ ml) ให้ยานาน ๑๐ นาที (อัตราเร็ว ๑๕ mg/min) หลังจากนั้นให้ยาต่อไปอีก ๙๐๐ mg (ผสมยา ใน D๕W ๕๐๐ ml) โดยแบ่งเป็น ๒ ช่วง คือ

๑.๑.๑ ขนาดยา ๓๖๐ mg (ผสมยาใน D๕W ๒๐๐ ml) ให้ยานาน ๖ ชั่วโมง (อัตราเร็ว ๑ mg/min หรือ ๓๓ ml/hr)

๑.๑.๒ ขนาดยา ๕๔๐ mg (ผสมยาใน D๕W ๓๐๐ ml) ให้ยานาน ๑๘ ชั่วโมง (อัตราเร็ว ๐.๕ mg/min หรือ ๑๗ ml/hr) หลังจาก ๒๔ ชั่วโมงแรกผ่านไป ให้ maintenance อัตราเร็วการให้ยาต่อ จนอาการผู้ป่วยดีขึ้น

๒. Cardiac arrest

ให้ยาแบบ IV push ขนาดยา Initial dose ๕ mg/kg/dose ขนาดยาสูงสุด ๓๐๐ mg (ผสมยาใน D๕W ๒๐ - ๓๐ ml) ให้ยาช้าๆ ๓ - ๕ นาที หากยังมีอาการ ให้ซ้ำภายใน ๕ นาที ให้ในขนาดยา ๑๕๐ mg หรือ ๒.๕ mg/kg (ผสมยาใน D5W ๒๐ - ๓๐ ml) ขนาดยารวมสูงสุดไม่เกิน ๒.๒ g/๒.๔ hrs (ขนาดยา > ๒.๑g/๒๔ hrs เพิ่มความเสี่ยง hypotension)

๓. Atrial fibrillation with rapid ventricular response

ขนาดยาที่แนะนำเป็นขนาดยาเดียวกันกับที่ใช้ใน Ventricular arrhythmias หรือให้ขนาดยา ๓๐๐ mg (ผสมยาใน D๕W ๒๕๐ ml) ให้ยานาน ๓๐ - ๖๐ นาที ต่อด้วยขนาดยา ๙๐๐ - ๑,๒๐๐ mg (ผสมใน D๕W ๕๐๐ - ๑, ๐๐๐ ml) ให้ยานาน ๒๔ ชั่วโมง

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

๑. ผู้ป่วยที่แพ้ยา Amiodarone, Iodine

๒. ผู้ป่วย SA node disease ที่รุนแรง , ๒nd, ๓rd AV block หรือในรายที่เคยมีภาวะหัวใจเต้นช้ามาก่อน, Wolff Parkinson-White syndrome

๓. มีภาวะ Cardiogenic shock ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข

๔. มีภาวะ Bradycardia (HR < ๖๐ ครั้ง/นาที)

๕. หญิงตั้งครรภและให้นมบุตร

๖. ยามีส่วนประกอบของ Benzyl alcohol จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเตรียมยา/วิธีผสมยา

๑. เภสัชกรทวนค้าสั่งแพทย์ให้ตรงตามแนวทางการใช้ยา ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย ความแรง สารละลายที่ผสม อัตราการให้ยา Drug interaction ข้อห้ามและข้อควรระวังแล้วจ่ายยาพร้อมใบ sticker ชื่อยาและใบ Critical point

๒. พยาบาลเตรียมยา โดยมีการตรวจสอบซ้ำ ชื่อยา ความแรง ปริมาณยาที่ผสม และอัตราการให้ยา โดยพยาบาล ๒ คนที่เป็นอิสระจากกัน (Independent Double Check) และเขียนป้ายชื่อยาที่ระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง อัตราการให้ยา วันที่ให้ยา เวลาที่เริ่ม - สิ้นสุดการให้ยาเพื่อติดบนขวดยา

กรณีแพทย์สั่งไม่ตรงแนวทาง หากพบคำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจนหรือไม่ตรงตามแนวทางการใช้ยา ให้เภสัชกรหรือพยาบาลปรึกษาแพทย์ผู้สั่งใช้ก่อน หากยืนยันให้ปรึกษาอายุรแพทย์ในโรงพยาบาลนั้น ถ้าไม่มีให้ปรึกษาแพทย์ตามลำดับชั้น หรือผู้บริหาร

๓. IV infusion ควรผสมใน D๕W เท่านั้น ไม่ควรผสมใน NSS เพราะคงตัวไม่ค่อยดี

๔. ห้ามเติมตัวยาอื่นใดลงไปผสมกับยานี้

๕. ความเข้มข้นสูงสุด : Peripheral line ๒ mg/ml ; Central line ๖ mg/ml

ความคงตัวของยา

สารละลายเจือจางแล้ว บรรจุในภาชนะพลาสติก PVC มีความคงตัว ๒ ชั่วโมง บรรจุในภาชนะขวดแก้ว หรือ polyolefin มีความคงตัว ๒๔ ชั่วโมง

ปฏิกิริยาต่อกันของยาที่สำคัญ

๑. เพิ่มระดับยา Cyclosporine, Digoxin, Phenytoin, Warfarin , Beta-blockers ,Methotrexate (กรณีใช้ Amiodarone นานๆ) และ Theophylline

๒. ยา Cimetidine จะเพิ่มระดับยา Amiodarone

๓. เมื่อใช้ร่วมกับยา Fentanyl ทำให้หัวใจเต้นช้าผิดปกติ, Sinus arrest และความดันโลหิตต่ำ

๔. ยา Ritonavir และ ยากลุ่ม Protease inhibitors เพิ่มฤทธิ์ amiodarone ห้ามใช้ร่วมกัน

๕. หลีกเลี่ยงน้ำเกรปฟรุตระหว่างรับการรักษาด้วยยา Amiodarone

๖. หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับยาที่ทำให้เกิด torsades de pointes หรือ ทำให้ QT prolong เช่น - ยากลุ่ม Quinolones เช่น Ciprofloxacin , Levofloxacin – ยากลุ่ม Macrolides เช่น Azithromycin , Clarithromycin , Erythromycin - ยากลุ่ม Azole antifungals เช่น Fluconazole , Ketoconazole - ยา Antipsychotic เช่น Amitriptyline , Imipramine , Haloperidol , Thioridazine

๗. หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับยาที่ลดอัตราการเต้นของหัวใจ หรือยาที่ทำให้เกิด Delay AV conduction เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิด AV block เช่น Digoxin , Calcium channel blockers และยากลุ่ม Beta-blockers

การบริหารยา

๑. Double check ชื่อผู้ป่วยชนิดและขนาดยา

๒. ติดป้ายชื่อยาที่ระบุ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง อัตราการให้ยา วันที่ให้ยา เวลาที่เริ่ม – สิ้นสุดการให้ยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ให้ยาโดยหยดเข้าหลอดเลือดดำ ให้ใช้ infusion pump ทุกครั้ง เพื่อให้ได้จำนวนสารละลายที่ถูกต้อง

๔. หากให้ยาความเข้มข้นมากกว่า ๒ mg/ml ให้ทาง central line เท่านั้น

๕. IV push ใช้กรณีเร่งด่วน/ฉุกเฉิน (CPR) เท่านั้น และให้ยาช้าๆ อย่างน้อย ๓ นาที

อาการไม่พึงประสงค์

๑. Cardiovascular : Hypotension, CHF, arrhythmia (Bradycardia, Heart block, Sinus arrest, VT), Asystole/Cardiac arrest, Ventricular tachycardia

๒. CNS : Fever, Fatigue, Involuntary movements, incoordination, ataxia

๓. GI: Nausea, Vomiting

๔. Endocrine: Hypo/hyperthyroidism

๕. Phlebitis

๖. อาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ : เดินเซ มึนงง ชาบริเวณนิ้ว และเท้า แขน/ขา อ่อนแรง ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก

การติดตามการใช้ยา

พยาบาลเฝ้าระวังอาการ ติดตามและลงบันทึกผลการใช้ยาหรือการเปลี่ยนแปลงหลังการใช้ยาไว้ในแฟ้มผู้ป่วย หรือเวชระเบียน ดังนี้

๑. ติดตาม Vital signs (HR, BP) ทุก ๑๐ นาที จนครบ ๓๐ นาที ต่อมาทุก ๖ ชั่วโมง จนครบ ๒๔ ชั่วโมงแรก

๒. จากนั้นติดตาม ทุก ๒๔ ชั่วโมง

๓. ติดตาม EKG หลังเริ่มยา ๓๐ - ๖๐ นาที และติดตามเป็นระยะ

๔. ตรวจ IV site และ Infusion pump ทุก ๑ - ๒ ชม.ขณะ drip ยา

การรายงานแพทย์

หากติดตามแล้วพบอาการต่อไปนี้ ให้แจ้งแพทย์ทันที

๑. BP <= ๙๐/๖๐ mmHg

๒. HR <= ๖๐ ครั้ง/นาที

๓. EKG พบ Prolong QT interval (QT interval > ๔๖๐ - ๔๘๐ Ms) , Heart block (๒nd, ๓rd AV Block) , sinus bradycardia , VT, VF

การรักษาเมื่อได้รับยาเกินขนาด

๑. หากเกิด Hypotension และ Cardiogenic shock ให้ลดอัตราการให้ยา และให้ Dopamine หรือ Norepinephrine หรือ Volume expander ตามความจำเป็น

๒. หากเกิด Bradycardia และ / หรือ AV Block ให้ลดอัตราการให้ยา หรือหยุดยา (HR < ๖๐ ครั้ง/นาที ให้ลดอัตราการให้ยา , HR < ๕๐ ครั้ง/นาที ให้หยุดยา) และรักษาอาการหัวใจเต้นช้าด้วย atropine, beta adrenergic agonist เช่น isoproterenol หรือ เครื่องกระตุ้นหัวใจ

๓. หากเกิด Torsades de pointes ให้หยุดยาทั้งหมดที่เกี่ยวกับหัวใจ และปรับ Electrolyte เช่น potassium , Magnesium ให้อยู่ในระดับปกติ Resuscitate ตามอาการ

๔. การทำ Dialysis ไม่ได้ช่วยกำจัดยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เพศชาย สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อายุ ๗๐ ปี ๐ เดือน

วันที่เข้ารับโรงพยาบาล วันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๕.๐๒ น.

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๒๔ น.

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๕.๐๒ น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๒๔ น.

รวมวันที่รับไว้ในการดูแล ๓ วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

หายใจเหนื่อย ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย ไม่ไอ ไม่มีเสมหะในลำคอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีเจ็บหน้าอก ปัสสาวะออกปกติ พ่นยาฉุกเฉินมา ๓ ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต U/D AF, COPD F/U รพ.พระปกเกล้า Hx. old pulmonary TB รักษาทานยาครบแล้ว

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด สูบบุหรี่ใบจากวันละ ๑ - ๒ มวน ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด

ประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว ผู้ป่วยเป็นบุตรคนเดียว ปัจจุบันอาศัยอยู่ภรรยา ไม่มีโรคประจำตัว มีบุตรชาย ๑ คน ไม่มีโรคประจำตัว บิดาเป็นโรคถุงลมโป่งพอง ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว มารดาเป็นโรคหอบหืด ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป	: ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ รูปร่างผอม ผมสั้นสีดำ ผิวคล้ำ ริมฝีปากแห้ง เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้น แต่งกายสะอาด
ผิวหนัง	: ผิวหนังเย็นและแห้งความตึงตัวของผิวหนังน้อย ไม่มีรอยฟกช้ำ ไม่มีรอยจ้ำเลือด
ศีรษะและลำคอ	: รูปร่างศีรษะมีความสมมาตร ขนาดปกติ คลำไม่พบก้อน
เส้นผมและหนังศีรษะ	: ผมสั้นสีดำ การกระจายของเส้นผมสม่ำเสมอ หนังศีรษะไม่มัน ไม่มีผื่น ไม่มีรังแค
ใบหน้า	: ใบหน้าสมส่วนสมมาตรกับขนาดศีรษะ
ตา	: รูปตาปกติทั้ง ๒ ข้าง การเคลื่อนไหวของลูกตาทั้งสองข้างปกติ เปลือกตา (eyelids) ปกติ เยื่อบุตาขาวปกติ เยื่อหุ้มลูกตาไม่มีสีเหลือง ไม่พบหนังตาตก ไม่มีตาเหล่
คิ้ว	: รูปร่างและขนคิ้วสมดุล มีการกระจายตัวเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง ผู้ป่วยสามารถยักคิ้วได้
จมูก	: รูปร่างปกติเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง จมูกโต ปีกจมูกบานขณะหายใจ สันจมูกไม่คด ไม่มีรอยแผล ผนังกั้นจมูก ไม่คด ไม่มีสารคัดหลั่งไหล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หู : รูปใบหูปกติ ช่องหูทั้งสองข้างปกติ ไม่มีขี้หู ไม่มีรอยถลอกหรือการอักเสบ

ปาก ฟัน เหงือก ลิ้น : รูปปากปกติ เนื้อปากหนาทั้งบนและล่าง ปิดปากสนิท ริมฝีปากแห้ง ฟันมีคราบเหลืองเล็กน้อย ไม่มีคราบหินปูน ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่พบเหงือกอักเสบ

คอ : รูปร่างปกติ กลืนน้ำลายได้ปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โต ไม่มีหลอดเลือดที่คอโป่งพอง เส้นเลือดที่ลำคอมีการเคลื่อนไหวตามอัตราการเต้นของชีพจร

ทอนซิล : รูปร่างปกติ ไม่พบทอนซิลโต ไม่บวม แดงอักเสบ

ต่อมน้ำลาย : ต่อมน้ำลายที่กกหู ต่อมใต้ขากรรไกร ต่อมใต้คาง ไม่มีอาการบวมโตปกติ

ต่อมน้ำเหลือง : คลำต่อมน้ำเหลือง ไม่โต กดไม่เจ็บ เต้านม รูปทรงปกติ คลำไม่พบก้อน ไม่มีสารคัดหลั่ง

ทรวงอกและปอด : รูปร่างของทรวงอกพบว่า AP diameter: Lateral diameter เพิ่มขึ้น มีการใช้กล้ามเนื้อ accessory muscle ในการหายใจ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ และกล้ามเนื้อหน้าท้อง ลักษณะการหายใจจะหายใจเร็ว หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน การขยายตัวของทรวงอกลดลง เมื่อฟังเสียงหายใจมีเสียงวี๊ด (wheezing) ที่ปอดทั้ง ๒ ข้าง รูปร่างของทรวงอกปกติสมมาตร ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก พ่นยาขยายหลอดลม อัตราการหายใจ ๒๔ - ๒๘ ครั้ง/นาที

หัวใจและระบบไหลเวียน : ฟังเสียง S๑ และ S๒ ปกติ ไม่ได้ยินเสียง murmur อัตราชีพจร ๑๐๐ - ๑๕๐ ครั้ง/นาที การเต้นของชีพจรไม่สม่ำเสมอ เต้นไม่คงที่ กดเล็บแล้วปล่อย (capillary refill) ภายใน ๒ วินาที

ท้องและช่องท้อง : ลักษณะผิวหนังบริเวณหน้าท้องปกติ สมมาตรกัน สีผิวสม่ำเสมอ ไม่พบผื่นหรือก้อนนูน ไม่มีรอยแผลเป็น กดไม่เจ็บ bowel sound ๑๐ ครั้ง/นาที ไม่พบตับหรือม้ามโต ไม่พบน้ำในช่องท้อง ไม่พบเส้นเลือดดำขยายใต้ผิวหนัง คลำไม่พบตับและม้ามโต คลำไม่พบก้อน

สะโพก : สะโพกสมมาตร กับรูปร่าง การเคลื่อนไหวของสะโพกปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก : กระดูกแขน ขาไม่ผิดรูป การเคลื่อนไหวปกติ ทั้ง ๔ รยางค์ ต้นขาน่อง ไม่พบลักษณะฝ่อ หรือลีบของกล้ามเนื้อ ไม่มีอาการของข้อยึดติดแข็ง

อวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ ไม่บวม ไม่พบก้อนเนื้อ ไม่บวมอักเสบ ไม่มีแผล สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีอาการแสบขัดขณะถ่ายปัสสาวะ

ทวารหนักและการขับถ่าย : รูทวารปกติ ไม่พบติ่งเนื้อ ไม่พบริดสีดวง ไม่มีอาการท้องผูกหรือท้องเสีย

ระบบสมองและประสาท : ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการกระสับกระส่าย ระบบการทำงานของกล้ามเนื้อ (extremities) กำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อปกติ (Muscle power) Grade ไม่มีความ บกพร่องทางการรู้สึกสัมผัส

ระบบไหลเวียนโลหิต : ความดันโลหิต ๑๐๙/๖๙ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๒๐ ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะเลือดออกง่าย หรือหยุดยาก คลำชีพจรส่วนปลายสม่ำเสมอชัดเจน

ระบบทางเดินปัสสาวะ : การขับถ่ายปัสสาวะปกติ ปัสสาวะไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะ สีเหลืองเข้มเล็กน้อย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเคยติดเชื้อวัณโรคในปอดรักษาตามแผนการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว รับประทานยาและพ่นยาสม่ำเสมอ ไม่มีประวัติแพ้ยา

ไม่มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัด ปฏิเสธการดื่มสุรา แต่ยังสูบบุหรี่ใบจากวันละ ๑ - ๒ มวน ผู้ป่วยทราบดีว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้ให้เกิดอาการกำเริบของโรค

แบบแผนที่๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ชายวัยสูงอายุ รูปร่างผอม บางเล็ก น้ำหนัก ๔๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนี มวลกาย (BMI) ๑๗.๙๗ กิโลกรัมต่อตารางเมตร (น้ำหนักน้อย/ผอม) ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ ๓ มื้อ ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง เบื่ออาหาร เนื่องจากเริ่มมีอาการหายใจลำบาก

แบบแผนที่๓ การขับถ่าย ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยปัสสาวะได้เองปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องปัสสาวะแสบขัด กลางคืน ปัสสาวะก่อนเข้านอน ๑ ครั้ง และตื่นมาปัสสาวะกลางคืน ๑ ครั้ง ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวัน วันละ ๑ ครั้งต่อวัน

แบบแผนที่๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำและกิจกรรมต่างๆได้ เนื่องจากมีอาการหายใจลำบาก

แบบแผนที่๕ การพักผ่อนนอนหลับ ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยเป็นคนนอนหลับง่าย เข้านอนเวลา ๒๑.๐๐ น. และจะตื่นนอนตอนเช้าเวลาประมาณ ๐๕.๓๐น. โดยเฉลี่ยนอนหลับพักผ่อนวันละ ๘ - ๙ ชั่วโมง การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยมีการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก มีอาการหลับๆตื่นๆ แสงไฟเปิดตลอดคืน ทำให้หลับได้ไม่สนิท

แบบแผนที่๖ สติปัญญาและการรับรู้ ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยมีการรับรู้ความรู้สึกตัวดี การรับรู้สิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้ยินเสียง การได้กลิ่นและรับรสปกติ พูดคุยรู้เรื่อง รับรู้สถานที่ เวลา บุคคลได้ถูกต้อง

แบบแผนที่๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง และยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตตนเองและการมีคุณค่าและเป็นที่รักของครอบครัว อารมณ์ค่อนข้างดี การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความกังวลเล็กน้อยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง

แบบแผนที่๘ บทบาทและสัมพันธภาพ ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองอยู่กับ บุตรชาย บุตรสะใภ้ และภรรยา ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ไม่มีปัญหาความรุนแรงหรือขัดแย้งในครอบครัว

แบบแผนที่๙ เพศและการเจริญพันธุ์ ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ อวัยวะเพศปกติ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธ์ การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีผลต่อเพศและการเจริญพันธ์ของผู้ป่วย

แบบแผนที่๑๐ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด ผู้ป่วยเป็นคนมนุษยสัมพันธ์ดี คิดบวกมองโลกในแง่ดี เป็นคนเกรงใจ ไม่กล้ารบกวนผู้อื่น การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลเล็กน้อย เพราะผู้ป่วยตั้งใจดูแลสุขภาพตนเองให้ดี ไม่ให้มีอาการกำเริบ และไม่อยากเป็นภาระของบุตรและภรรยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ และ วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๘

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการวิเคราะห์		แปลผล
		๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๘	๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๘	
Neutrophils	๔๒-๘๕ (%)	๕๘.๗	๕๖.๘	ค่าปกติ
Eosinophils	๐-๖ (%)	๖.๓	๓.๒	เกินค่าปกติ
Basophils	๐-๒ (%)	๐.๒	๐.๒	ค่าปกติ
Lymphocytes	๑๑-๔๙ (%)	๒๗.๓	๒๕.๖	ค่าปกติ
Monocytes	๐-๑๐ (%)	๕.๐	๔.๘	ค่าปกติ
WBC	๔.๐-๑๐.๐ (๑๐^๓/uL)	๑๐,๐๓๐	๘,๘๘๐	เกินค่าปกติ
PLT	๑๒๐-๔๕๐ (๑๐^๓/uL)	๒๒๒,๐๐๐	๒๒๕,๐๐๐	ค่าปกติ
Hct	๓๖-๕๖ (%)	๔๗.๓	๔๗	ค่าปกติ
RBC	๓.๘-๕.๓ (๑๐^๖/uL)	๔.๙๔	๔.๙๐	ค่าปกติ
MCV	๘๐-๑๐๐ (%)	๙๐	๙๑.๒	ค่าปกติ
Hemoglobin	๑๒-๑๘ (%)	๑๔.๕	๑๔.๓	ค่าปกติ
MCH	๒๗-๓๒ (%)	๓๐.๒	๓๐	ค่าปกติ
MCHC	๓๒-๓๖ (%)	๓๔	๓๓.๗	ค่าปกติ
RDW	๑๑-๑๖ (%)	๑๒.๙	๑๒.๒	ค่าปกติ

วิเคราะห์ผล จากผล CBC วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ และ วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๘

วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ พบจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และอีโอซิโนฟิลสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน จะมีการสะสมของเซลล์อักเสบหลายชนิด ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบในร่างกายส่งผลให้ eosinophils ถูกชักนำสู่หลอดลมและหลั่งกลับสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น และเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ร่างกายมีการตอบสนองต่อการอักเสบดีขึ้น ส่งผลให้จำนวนเม็ดเลือดขาว และอีโอซิโนฟิลในลดลงและกลับสู่ภาวะปกติในวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๘

Electrolyte วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๘

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการวิเคราะห์	แปลผล
BUN	๗-๑๘ (mg/dL)	๘.๐	ค่าปกติ
Creatinine	๐.๖-๑.๔ (mg/dL)	๑.๐๓	ค่าปกติ
Sodium	๑๓๔-๑๔๕ (mmol/L)	๑๓๕.๙	ค่าปกติ
Potassium	๓.๕-๕.๕ (mmol/L)	๔.๔๒	ค่าปกติ
Cl	๙๕-๑๐๕ (mmol/L)	๑๐๔.๔	ค่าปกติ
CO๒	๒๒-๓๐ (mmol/L)	๒๗.๙	ค่าปกติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

<u>วิเคราะห์ผล</u> ผลแลปปกติ แต่ยังต้องมีการติดตามระดับเกลือแร่ในเลือด ทั้งโพแทสเซียม (K) และแมกนีเซียม (Mg) เนื่องจากยา Amiodarone ส่งผลให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำลงได้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ หากผู้ป่วยมีค่าโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) จะส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น

ผล CXR : Infiltration BUL (ภาพรังสีปอด บ่งชี้ว่ามีความผิดปกติหรือการสะสมของสารบางอย่างในเนื้อปอดทั้งสองข้างบริเวณส่วนบน ซึ่งเป็นสัญญาณของการติดเชื้อ เช่น ปอดบวม วัณโรค)

ผล EKG ๑๒ leads : AF c RVR (ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เกิดจากหัวใจห้องบน (Atria) สั่นพลิ้ว (AF) ทำให้ส่งสัญญาณไฟฟ้าผิดปกติไปยังห้องล่าง (Ventricles) และห้องล่างตอบสนองเร็วมาก (RVR))

การวินิจฉัยของแพทย์ : Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation with Atrial Fibrillation with Rapid Ventricular Response

สรุปอาการและอาการแสดง

<u>วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๘</u> ผู้ป่วยมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา ๑๒.๒๗ น. ด้วยเรื่อง ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย ไม่ไอ ไม่มีเสมหะในลำคอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีไข้ พ่นยาฉุกเฉินมา ๓ ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล แรกรับ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ ๒๘ ครั้งต่อนาที ฟังปอด lung wheezing BL หายใจมี suprasternal retraction แพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๑๕ นาที ให้ครบ ๓ ครั้ง + ฉีดยา Dexamethasone ๘ mg IV หลังพ่นยาครบ ๓ ครั้ง ฟังปอด lung mild wheezing BL + ผู้ป่วยมีอาการใจสั่นและหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น อัตรากายหายใจ ๓๒ ครั้งต่อนาที on monitor EKG ชีพจรอยู่ในช่วง ๙๐ - ๑๕๔ ครั้งต่อนาที ดูแล on O๒ canular ๓ LPM support ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐% + ส่ง CXR + ทำ EKG 12 lead แพทย์พิจารณาให้ on Amiodarone ๑๕๐ mg + ๕%DW ๑๐๐ ml IV drip in ๓๐ นาที แพทย์คุยแนวทางการรักษากับญาติและผู้ป่วย ACP: no ETT, no CPR, no inotrope, accept MO หลังได้ Amiodarone ครบ ความดันโลหิต ๑๐๗/๗๒ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๕๖ ครั้งต่อนาที หายใจเหนื่อยลดลง อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาให้ on Amiodarone ๙๐๐ mg + ๕%DW ๕๐๐ ml IV drip in ๒๔ ชั่วโมง ให้ Admit

แรกรับที่หอผู้ป่วยใน เวลา ๑๕.๐๒ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอาการใจสั่นเล็กน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย = ๓๖.๔ องศาเซลเซียส, ชีพจร = ๑๕๖ ครั้งต่อนาที, หายใจ = ๒๔ ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต = ๑๐๑/๗๕ มิลลิเมตรปรอท on O๒ canular ๓ LPM ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๙% no retraction of chest wall ฟังปอด lung mild wheezing BL ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง ๓๐ - ๔๕ องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวอย่างมีประสิทธิภาพและจำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น เพื่อลดการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะ AFB x ๓ วัน ตามแผนการรักษา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง แพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๔ ชั่วโมง + Dexamethasone ๔ mg ทุก ๘ ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลม และได้รับยาฉีดตามแผนการรักษาประเมินอาการข้างเคียงของยา เช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบอาการข้างเคียงของการใช้ยา ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยลดลง นอนพักได้มากขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส หายใจสม่ำเสมอดี อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที on O๒ canular ๓ LPM ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๘% no chest wall retraction ฟังปอด lung mild rhonchi BL ชีพจร = ๑๐๐ – ๑๒๐ ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๖ ชั่วโมง Dexamethasone ๔ mg ทุก ๘ ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลม และได้รับยาฉีดตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบอาการข้างเคียงของการใช้ยาแพทย์เพิ่มยา Carvedilol (๖.๒๕) รับประทานครั้งละ ครึ่งเม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหารเช้า - เย็น เริ่มมื้อเย็นหลังได้ Amiodarone ๙๐๐ mg + ๕%DW ๕๐๐ ml IV drip in ๒๔ ชั่วโมงครบ

วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๓ องศาเซลเซียส หายใจสม่ำเสมอดี ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๙% no chest wall retraction ฟังปอด lung clear BL ชีพจร = ๘๒ - ๙๐ ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่เหมาะสม ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่ใบจากวันละ ๑-๒ มวน ผู้ป่วยทราบดีว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค แต่ผู้ป่วยยังเลิกไม่ได้ ได้มีการให้คำแนะนำโดยสร้างความตระหนักและวางแผนปฏิบัติที่ทำได้จริงให้แก่ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ได้มีการแนะนำเรื่องการลดละเลิกการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่แม้สูบเพียงวันละ ๑ - ๒ มวน ก็ทำให้หลอดลมอักเสบเพิ่ม เพิ่มโอกาสกำเริบของโรค มีอาการหายใจหอบเหนื่อย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงทีละน้อย หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น หลังอาหาร/ดื่มกาแฟหากอยากสูบบุหรี่ให้เปลี่ยนกิจกรรม เช่น ดื่มน้ำ อมลูกอม เดินช้าๆ หลีกเลี่ยงการไปอยู่ที่แออัด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า และควรสวมหน้ากาก อนามัย เพื่อปูองกันการติดเชื้อ ควรพ่นยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้อาการหอบเหนื่อยทุเลาลงและช่วยลดความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยต้องพ่นยาอย่างถูกวิธีด้วย และพกยาพ่นชนิดฉุกเฉินติดตัวตลอดเวลา ปรึกษาแพทย์เรื่องแผ่นแปะ/หมากฝรั่งนิโคติน เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ตามนัด แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดติดตามอาการ ให้ไปตามนัดเดิมที่รพศ.

วันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๘ โรคระบบทางเดินหายใจ

อาการก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ ไอนานๆครั้ง ไอแห้ง อุณหภูมิ ๓๖.๒ องศาเซลเซียส หายใจสม่ำเสมอดี ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๙% no chest wall retraction ฟังปอด lung clear BL ชีพจร = ๘๒ ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก

สรุปปัญหาทางการพยาบาล

ข้อที่ ๑. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการตีบแคบของหลอดลม ร่วมกับประสิทธิภาพการสูบฉีดเลือดลดลงจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ (AF with RVR)

ข้อที่ ๒. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาควบคุมการเต้นของหัวใจ (Amiodarone) และยาขยายหลอดลมกลุ่ม Beta-agonist

ข้อที่ ๓. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยไทยเพศชาย อายุ ๗ ปี มาโรงพยาบาลด้วย ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย ไม่ไอ ไม่มีเสมหะในลำคอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีเจ็บหน้าอก พ่นยาฉุกเฉินมา ๓ ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๒.๓๐ น. ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ ๓๒ ครั้งต่อนาที ฟังปอด lung wheezing BL หายใจมี suprasternal retraction และผู้ป่วยมีอาการใจสั่น on monitor EKG ชีพจรอยู่ในช่วง ๙๐ - ๑๕๔ ครั้งต่อนาที แพทย์ซักประวัติและตรวจร่างกายวินิจฉัยว่าเป็น COPD with AE c AF with RVR แพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๑๕ นาที ให้ครบ ๓ ครั้ง + ฉีดยา Dexamethasone ๘ mg IV ดูแล on O๒ canular ๓ LPM support + ส่ง CXR + ทำ EKG ๑๒ lead แพทย์พิจารณาให้ on Amiodarone ๑๕๐ mg + ๕%DW ๑๐๐ ml IV drip in ๓๐ นาที then on Amiodarone ๙๐๐ mg + ๕%DW ๕๐๐ ml IV drip in ๒๔ ชั่วโมง แพทย์พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล

แรกรับที่หอผู้ป่วยใน เวลา ๑๕.๐๒ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอาการใจสั่นเล็กน้อย หายใจเหนื่อยลดลง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย = ๓๖.๔ องศาเซลเซียส, ชีพจร = ๑๕๖ ครั้งต่อนาที, หายใจ = ๒๔ ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต = ๑๐๑/๗๕ มิลลิเมตรปรอท on O๒ canular ๓ LPM ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๙% no retraction of chest wall ฟังปอด lung mild wheezing BL ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง ๓๐ - ๔๕ องศา จำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น ดูแลให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะ AFB x ๓ วันตามแผนการรักษา แพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๔ ชั่วโมง + Dexamethasone ๔ mg ทุก ๘ ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลม และได้รับยาฉีดตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของยา เช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบอาการข้างเคียงของการใช้ยา ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยลดลง นอนพักได้มากขึ้น วันต่อมาผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอดี ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แพทย์พิจารณาให้พ่นยาห่างขึ้น Beradual ๑ NB ทุก ๖ ชั่วโมง Dexamethasone ๔ mg ทุก ๘ ชั่วโมง หลังได้ Amiodarone ๙๐๐ mg + ๕%DW ๕๐๐ ml IV drip in ๒๔ ชั่วโมงครบ แพทย์เพิ่มยา Carvedilol (๖.๒๕) รับประทานครั้งละ ครึ่งเม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหารเช้า - เย็น จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่เหมาะสม ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่ใบจากวันละ ๑-๒ มวน ผู้ป่วยทราบดีว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค แต่ผู้ป่วยยังเลิกไม่ได้ ได้มีการให้คำแนะนำโดยสร้างความตระหนักและวางแผนปฏิบัติที่ทำได้จริงให้แก่ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน หลังนอนโรงพยาบาล ๓ วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ ไอนานๆครั้ง ไอแห้ง อุณหภูมิ ๓๖.๒ องศาเซลเซียส หายใจสม่ำเสมอดี ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๙% no chest wall retraction ฟังปอด lung clear BL ชีพจร = ๘๒ ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับบ้านได้ ไม่มีนัดติดตามอาการ ให้ไปตามนัดเดิมที่รพศ. วันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๘ โรคระบบทางเดินหายใจ

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจเป็นกรณีศึกษาขณะขึ้นปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนายายอาม

๒. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคจากเอกสารวิชาการ จากตำรา สื่อออนไลน์ ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย

๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การตรวจร่างกายที่สำคัญ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการวิเคราะห์ของแพทย์

๔. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ นำมาวางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการประเมิน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล วางแผนการจำหน่ายให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. รวบรวมข้อมูล เรียบเรียงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แก้ไข จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็วด้วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่ออาการและการกำเริบของโรค

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว จำนวน ๑ ราย ตั้งแต่วันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๕.๐๒ น. ถึงวันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๒๔ น. รวมวันที่รับไว้ในการดูแล ๓ วัน

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็วเฉพาะราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา ภายหลังการให้คำแนะนำและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติอย่างชัดเจน จากการรับรู้เพียงว่าบุหรี่เป็นปัจจัยกระตุ้นอาการ มาเป็นการแสดงความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม และเปิดใจรับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและครอบครัว สะท้อนถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการกำเริบของโรคในอนาคต

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว

๖.๒ เพื่อป้องกันอาการกำเริบและลดอัตราการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล

๖.๓ เพื่อเป็นการพัฒนาตนเองในการเพิ่มพูนความรู้ทักษะและแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย พบอุปสรรคสำคัญในการซักประวัติ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยร่วมกับมีอาการใจสั่น ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากญาติเป็นหลัก ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลบางส่วนคลาดเคลื่อนหรือไม่สมบูรณ์ส่งผลต่อการประเมินอาการและการวางแผนการรักษา

ความยุ่งยากในการบริหารยาที่ส่งผลต่อสองระบบที่ขัดแย้งกัน เช่น การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมที่อาจกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะ AF with RVR ซึ่งต้องอาศัยการประเมินสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องและแม่นยำเพื่อปรับแผนการพยาบาลให้สมดุล (Balance of care)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากข้อมูลที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ใบจากวันละ ๑ - ๒ มวน แม้จะทราบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้โรคกำเริบ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังไม่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว อีกทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยเวลา ความต่อเนื่องและความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและญาติ หากขาดการติดตามอย่างสม่ำเสมอ อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมเดิม ส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรคซ้ำ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรส่งเสริมการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อลดการกำเริบของโรคและภาวะแทรกซ้อน ควรมีการติดตามประเมินผลหลังจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง

๙.๒. ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ กับแนวทางการรักษาของผู้ป่วย เพื่อช่วยเฝ้าระวังอาการผิดปกติและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

๙.๓ ควรมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๙.๔ ควรมีการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงเฉพาะราย (Tailored Nursing Care Plan) สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วมซับซ้อน (Multiple Comorbidities) เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลในหน่วยงานใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- ไม่มี -

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวธัญญารัตน์ อินอนุโชติ สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ธัญญารัตน์ อินอนุโชติ.....

(นางสาวธัญญารัตน์ อินอนุโชติ) ผู้ขอประเมิน

(วันที่) ..20../..ก.ค...../..๖๑.....

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวธัญญารัตน์ อินอนุโชติ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวปวิตรา สุทธิธรรม)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลนายายอาม

(วันที่) ๒๐ / ก.ค. / ๖๙

(ลงชื่อ) .....

(นายไพศาล สุยะสา)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนายายอาม

(วันที่) ๒๐ / ก.ค. / ๖๙

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง เสื้อกั๊กสำหรับผูกยึดผู้ป่วย

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Syndrome: AWS) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดดื่มสุราอย่างกะทันหันในผู้ที่มีประวัติดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน อาการทางคลินิกที่พบ ได้แก่ มือสั่น เหงื่อออกมาก ใจสั่น ความดันโลหิตสูง วิตกกังวล กระวนกระวาย สับสน และประสาทหลอน ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดอาการชักหรือภาวะเพ้อคลั่ง (Delirium tremens) ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อาการดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ การตัดสินใจ และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถประเมินอันตรายหรือควบคุมการเคลื่อนไหวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการสับสนหรือกระวนกระวายรุนแรง การพลัดตกหกล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกหัก ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการรักษา ค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยต้องมีการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และให้การรักษาควบคุมอาการถอนพิษสุราตามแผนการรักษา อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือพยายามลุกเดินซ้ำๆ แม้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดแล้ว อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บต่อตนเองหรือผู้อื่น การใช้การผูกยึด (Physical Restraint) จึงอาจถูกพิจารณาเป็นมาตรการชั่วคราวเพื่อป้องกันอันตราย อย่างไรก็ตามการผูกยึดด้วยวิธีดั้งเดิม เช่น การใช้ผ้าปูเตียง เชือก หรือก๊อซ ผูกยึดแขน ขา และลำตัวกับเตียง อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ เช่น การเสียดสีจนเกิดแผลกดทับหรือแผลถลอก ภาวะขาดเลือดเฉพาะที่ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น วัสดุขาดง่าย หลุดง่ายเมื่อผู้ป่วยออกแรงดึง ส่งผลให้ต้องใช้บุคลากรหลายคนในการผูกยึดแต่ละครั้ง ใช้เวลานาน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเจ้าหน้าที่

จากสถิติของโรงพยาบาลนายายอาม ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ พบผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน รวมทั้งสิ้น ๒๒ ราย โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยจำนวน ๗ ราย ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๙ ราย และปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จำนวน ๖ ราย แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะมีความผันผวนในแต่ละปี แต่ยังคงพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่มีอาการกระวนกระวายหรือสับสนที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ หลายรายได้รับการผูกยึดด้วยวิธีดังกล่าว และพบปัญหาการเกิดบาดแผลบริเวณที่ผูกยึด รวมถึงความยากลำบากในการควบคุมผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้บุคลากร ๒ - ๔ คน และใช้เวลาประมาณ ๑๐ - ๑๕ นาทีต่อครั้งการใช้ผ้าหรือก๊อซแบบเดิม (Traditional Restraint) มักทำให้เกิดแรงกดทับเฉพาะจุด (Localized Pressure) หากผู้ป่วยดิ้นจะเกิดแรงเฉือน (Shear force) ทำให้ผิวหนังถลอกได้ง่าย การใช้ "เสื้อกั๊ก" จะช่วย "กระจายแรงกด (Distribution of Pressure)" ไปยังพื้นที่ผิวที่กว้างกว่า (หน้าอกและลำตัว) ทำให้ปลอดภัยกว่าและไม่เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะปลายมือปลายเท้า

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดพัฒนานวัตกรรม “เสื้อกั๊กสำหรับผูกยึดผู้ป่วย” เพื่อเป็นอุปกรณ์ช่วยจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย ลดการเสียดสีบริเวณผิวหนัง ลดระยะเวลาและจำนวนบุคลากรที่ใช้ในการผูกยึด และลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทั้งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ นวัตกรรมดังกล่าวมุ่งเน้นการใช้งานภายใต้หลักการจำกัดน้อยที่สุด (Least Restrictive Principle) และคำนึงถึงความปลอดภัย ศักดิ์ศรี และสิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลและลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บในหอผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนทั้งในมิติทางคลินิก ความปลอดภัย และจริยธรรมวิชาชีพ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดอาการสับสน กระวนกระวาย การรับรู้ผิดปกติ และการควบคุมตนเองบกพร่อง จึงไม่สามารถประเมินอันตรายหรือควบคุมการเคลื่อนไหวของตนเองได้อย่างเหมาะสม ความเสี่ยงต่อการลุกเดินโดยพลการ การดิ้นรน หรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปลอดภัย นำไปสู่การพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บรุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระยะเวลาการรักษา ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ ในบริบทของโรงพยาบาลนายายอาม สถิติในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ จำนวน ๗ ราย ๙ ราย และ ๖ ราย แสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะถอนพิษสุรายังคงพบอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ แม้จำนวนผู้ป่วยจะมีความผันผวนในแต่ละปีและยังไม่ปรากฏแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างชัดเจน แต่การที่ยังคงมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทุกปี สะท้อนถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความรุนแรงของอาการ ภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราส่วนใหญ่มีอาการที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และบางรายจำเป็นต้องได้รับการผูกยึดเพื่อป้องกันอันตราย แม้ว่าการผูกยึดจะมีเป้าหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัย แต่การใช้วัสดุแบบดั้งเดิม เช่น ผ้าปูเตียง เชือก หรือก๊อซ กลับก่อให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งการเสียดสีจนเกิดบาดแผล การหลุดง่ายเมื่อผู้ป่วยออกแรงดึง ความกระวนกระวายที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนภาระงานที่ต้องใช้บุคลากรหลายคนในการควบคุมสถานการณ์แต่ละครั้ง เมื่อพิจารณาเชิงวิพากษ์จะเห็นได้ว่าปัญหาที่แท้จริงมิได้อยู่ที่การ “ใช้หรือไม่ใช้” การผูกยึด หากแต่อยู่ที่ “รูปแบบและคุณภาพ” ของการผูกยึดที่นำมาใช้ การป้องกันการพลัดตกหกล้มจำเป็นต้องยึดหลักความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นสำคัญ ควบคู่กับหลักการจำกัดน้อยที่สุด และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หากเครื่องมือที่ใช้ก่อให้เกิดอันตรายหรือเพิ่มความทุกข์ทรมาน ย่อมขัดแย้งกับหลักการทำประโยชน์และไม่ก่ออันตรายทางจริยธรรม

๓.๒ แนวคิด

ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรามักมีอาการกระสับกระส่าย สับสน และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ส่งผลให้บางรายจำเป็นต้องได้รับการผูกยึดเพื่อความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การผูกยึดด้วยวัสดุแบบดั้งเดิมอาจก่อให้เกิดแรงกดทับ การเสียดสีของผิวหนัง และการบาดเจ็บจากการดิ้นหรือการดึงรั้งของผู้ป่วยได้ จากปัญหาดังกล่าว ผู้พัฒนาจึงเกิดแนวคิดในการออกแบบ “เสื้อก๊กสำหรับผูกยึดผู้ป่วย” โดยประยุกต์หลักการกระจายแรงกด (Pressure Distribution) และการลดแรงเฉือน (Shear Force) ผ่านการยึดตรึงบริเวณลำตัวซึ่งเป็นพื้นที่ผิวที่กว้างกว่า แทนการผูกยึดโดยตรงที่แขนหรือขา เพื่อช่วยลดการบาดเจ็บจากการผูกยึด เพิ่มความมั่นคงในการยึดตรึง และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ภายใต้แนวคิดการดูแลที่คำนึงถึงความปลอดภัยและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๓.๓ ข้อเสนอ

๓.๓.๑ มีการกำหนดเกณฑ์การคลายผูกยึดที่ชัดเจนตามระดับความรู้สึกตัว (GCS) หรือคะแนน AWS เพื่อไม่ให้เป็นการจำกัดสิทธิผู้ป่วยเกินความจำเป็น

๓.๓.๒ นวัตกรรมนี้ต้องใช้ควบคู่กับแบบบันทึกการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด (ประเมินสัญญาณชีพ, การไหลเวียนเลือด, และสภาพผิวหนังทุก ๒ ชั่วโมง)

๓.๓.๓ เป็นการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ต้องมีความรู้ ทักษะที่ถูกต้อง และมีอุปกรณ์เพื่อลดการบาดเจ็บและอันตรายด้านต่างๆที่อาจเกิดต่อผู้ป่วยและผู้อื่นลงได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึดผู้ป่วย

๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบงานและลดภาระงานของบุคลากร

๓. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้งานเสื้อกั๊กผูกยึด

๔. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อกระบวนการดูแลและการใช้เสื้อกั๊กผูกยึด

ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม ๒๕๖๙ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๗๐

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ คะแนนขึ้นไป

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน				
	ต.ค. ๖๙	พ.ย. ๖๙	ธ.ค. ๖๙	ม.ค. ๗๐	ก.พ. ๗๐
๑. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา ประชุมและชี้แจงหน่วยงาน ประสานงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานซักฟอกและซ่อมบำรุง	←				
๒. จัดทำโครงร่างนวัตกรรม จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้	←				
๓. วิธีดำเนินการ การทำเสื้อกั๊กสำหรับผูกยึดผู้ป่วย	←				
๔. ทดลองใช้งานกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน		←			
๕. นำมาใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมจากการเสพติดสารแอลกอฮอร์และเกิดภาวะถอนพิษสุรา			←	→	→
๖. ประเมินผลการใช้งานจริงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้					→

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. รวบรวมข้อมูล

๒. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม จากการเสพติดสารแอลกอฮอร์และเกิดภาวะถอนพิษสุรา (Alcoholic withdrawal syndrome) จากสถิติการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย สอบถามข้อมูลถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลผู้ป่วยรายเก่า เพื่อให้ทราบปัญหาที่แท้จริงที่ส่งผลต่อการดูแล

๓. ประชุมและชี้แจงหน่วยงาน เพื่อจัดทำเสื้อผูกยึดผู้ป่วย
๔. ประสานงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานซักฟอกและซ่อมบำรุง
๕. สร้างโครงร่างของนวัตกรรม จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้

วิธีดำเนินการ

๑. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำเสื้อกั๊กสำหรับผูกยึดผู้ป่วย ดังนี้
- ผ้าคอตตอน ขนาดประมาณ ๑ x ๑.๕ เมตร
- เทปผ้าไนล่อน ขนาดความยาวประมาณ ๑ เมตร จำนวน ๒ เส้น
- เครื่องจักรเย็บผ้า
- เข็มเย็บผ้า ด้าย เข็มหมุด กรรไกร

๒. ขั้นตอนการทำเสื้อกั๊กสำหรับผูกยึดผู้ป่วย ดังนี้

- ร่างแบบเสื้อกั๊ก ให้เป็นลักษณะเสื้อไม่มีแขน มีช่องเปิดสำหรับใส่แขนทั้ง ๒ ข้าง ด้านหลังเปิดออก เพื่อให้สวมใส่ง่ายและควบคุมได้จากด้านหลัง บริเวณด้านข้างลำตัวช่วงเอวทั้ง ๒ ข้างตัดให้มีรูขนาดความยาวประมาณ ๑๕ เซนติเมตร เพื่อไว้สอดเทปผ้าไนล่อน
- ตัดเย็บตัวเสื้อตามแบบที่ร่างไว้
- เย็บเทปผ้าไนล่อนที่เตรียมไว้ ๒ เส้นกับบริเวณด้านข้างช่วงเอวทั้ง ๒ ข้าง ข้างละ ๑ เส้น โดยเทปผ้าไนล่อนที่เย็บติดบริเวณด้านข้างช่วงเอวทั้ง ๒ ข้าง จะนำมาพันไขว้กันแล้วสอดเทปผ้าไนล่อนไปในรูเสื้อฝั่งตรงข้ามที่ตัดไว้ สำหรับล็อกผู้ป่วยให้แน่นขึ้น

๖. ทดลองใช้งานกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน
๗. นำมาใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม จากการเสพติดสารแอลกอฮอร์และเกิดภาวะถอนพิษสุรา (Alcoholic withdrawal syndrome) โดยการสุ่มตรวจสอบความตึงของเสื้อ (ให้สอดนิ้วมือได้ ๑-๒ นิ้ว) และการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในด้าน “ความรวดเร็ว” (เทียบกับของเดิมที่ใช้ ๑๐ - ๑๕ นาที)
๘. ประเมินผลการใช้งานจริงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
๙. ติดตามและประเมินผลการใช้งาน

๔. ผลคาดว่าที่จะได้รับ

๔.๑ ด้านผู้ป่วย

๔.๑.๑ ผู้ป่วยที่มีอาการกระวนกระวายได้รับการผูกยึดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดบาดแผล รอยกดทับ หรืออุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

๔.๑.๒ ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความนุ่มนวล ปลอดภัย และช่วยลดการจำกัดสิทธิ์ผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

๔.๒ ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

๔.๒.๑ กระบวนการเข้าจัดการและผูกยึดผู้ป่วยมีความรวดเร็ว คล่องตัว และช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่

๔.๒.๒ ประหยัดอัตรากำลังบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกระวนกระวาย ทำให้ทีมสามารถกระจายไปดูแลผู้ป่วยรายอื่นได้อย่างทั่วถึง

๔.๓ ด้านญาติและหน่วยงาน

๔.๓.๑ ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีความไว้วางใจต่อกระบวนการดูแลรักษาของพยาบาลตลอดจนช่วยลดข้อร้องเรียนต่างๆ

๔.๓.๒ หน่วยงานมีนวัตกรรมเสื้อกั๊กผูกยึดที่มีประสิทธิภาพ พร้อมนำไปประยุกต์ใช้หรือขยายผลในหอผู้ป่วยอื่นต่อไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดด้วยเสื้อกั๊กผูกยึด ร้อยละ ๑๐๐ ไม่เกิดบาดแผล รอยกดทับ หรือการบาดเจ็บของผิวหนังจากอุปกรณ์ (Skin Integrity)

๕.๒ ไม่พบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดด้วยเสื้อกั๊กผูกยึด ร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ).....ธัญญารัตน์ อินอนุโชติ.....

(นางสาวธัญญารัตน์ อินอนุโชติ) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....๒๐...../.....ก.ค...../.....๖๑.....