

Clinical Tracer of Quality

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

สาขา อายุรกรรม

สถานะทางคลินิก การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD

สิงหาคม ปี 2552

1. บริบท

โรค COPD เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคสำคัญ 5 อันดับโรคที่พบบ่อยและเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคที่เสียชีวิตสูงสุดของสาขาอายุรกรรม สาเหตุจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ มีอากาศร้อนชื้นและวิถีชีวิตของชุมชน ผู้ชายจะสูบบุหรี่จากตั้งแต่อายุน้อยๆ และนิยมเลี้ยงนกทำให้เกิดมลภาวะในบริเวณบ้าน ส่งผลให้เกิดโรค COPD เมื่ออายุมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี (ตั้งแต่ปี 2551-2553 = 390,418 และ 435 ราย) เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตน้อยลง ดังนั้นการวางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. ภาวะการหายใจล้มเหลว
2. การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
3. คุณภาพชีวิตลดลง
4. อัตรากลุ่มเป้าหมายเข้าโครงการ Home Oxygen therapy >50%

3. วัตถุประสงค์/เครื่องชี้วัดและการใช้ประโยชน์

วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด
1. ภาวะการหายใจล้มเหลว	- อัตราการเกิด Specific clinical Risk Respiratory Failure = 0 %
2. มีการ Readmit น้อยที่สุด	- อัตราการ Readmission < 10 %
3. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี	- อัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - อัตราผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายเข้าโครงการ Home Oxygen therapy > 50 %

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

พัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD โดย

Entry + Assesment 1. ประเมินภาวะเสี่ยงและตรวจร่างกายเพื่อแบ่งระดับ severity

2. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD

Planing

1. จัดทำข้อบ่งชี้ในการประเมินเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

2. จัดทำแนวทางการรักษา COPD

3. มีแนวทางในการให้ความรู้เรื่องต่างๆดังนี้

- อาหาร
- ยา
- วิธีขับเสมหะอย่างถูกต้อง
- Breathing Exercise

Implementation+Evaluation 1. ประเมินอาการผู้ป่วยที่มีแนวโน้มต้องใส่ ET tube โดยดูระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

2. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

3. ให้ความรู้เรื่องอาหาร การขับเสมหะอย่างถูกต้อง Breathing Exercise และเทคนิคการพ่นยา

4. มีการวัดประสิทธิภาพการทำงานของปอดโดยทดสอบ 6 minute walk

5. การประเมินผู้ป่วยเข้าโครงการ Home Oxygen Therapy

การดูแลต่อเนื่อง

1. จัดทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วย COPD

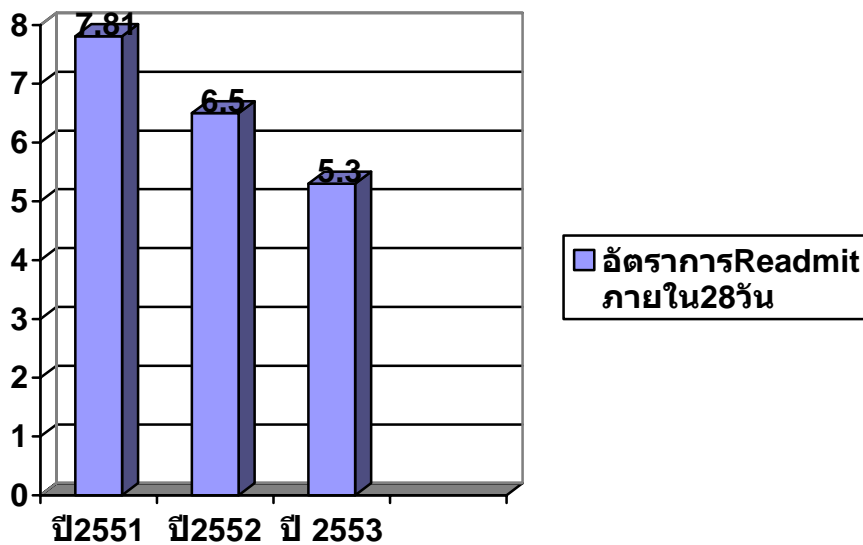
2. มีข้อบ่งชี้ในการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องโดยทีม HHC และเกณฑ์การออกเยี่ยมบ้าน รวมทั้งสิ่งที่ทีม HHC ควรตรวจเยี่ยม

3. แนะนำอาการที่ผู้ป่วยต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

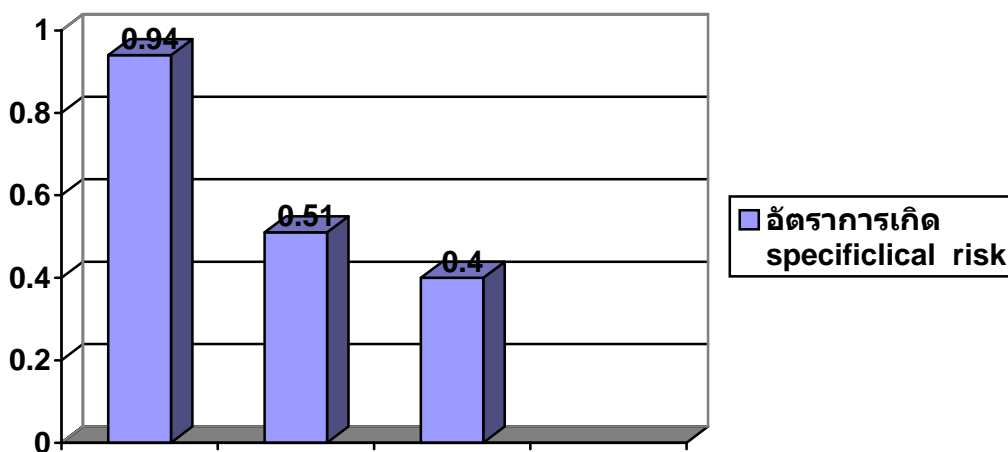
5. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วย COPD ในก่อนปีพ.ศ. 2550 มีปัญหา Readmission สูงด้วยภาวะ Exacerbation สาเหตุจากการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ผู้ดูแลไม่มีความรู้และทักษะในการดูแล ปี 2551 PCT อายุรกรรมจึงได้วางแผนการให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องพยาธิสรีระวิทยาและการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD และได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD การเฝ้าระวัง Specific clinical risk ขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น อัตราการเกิด Specific clinical risk ลดลงเล็กน้อยจาก 2.45% ในปี 2549 เป็น 1.6% ในปี 2550 และอัตรา Readmission ยังสูงในปี 2550 = 17% จึงได้พัฒนาการดูแลเพิ่มเติมในปี 2552 โดยจัดทำข้อบ่งชี้ในการประเมินเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจและเชื่อมโยงสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมดูแลตามแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เน้นในเรื่องโภชนาการอาหารเหมาะสม

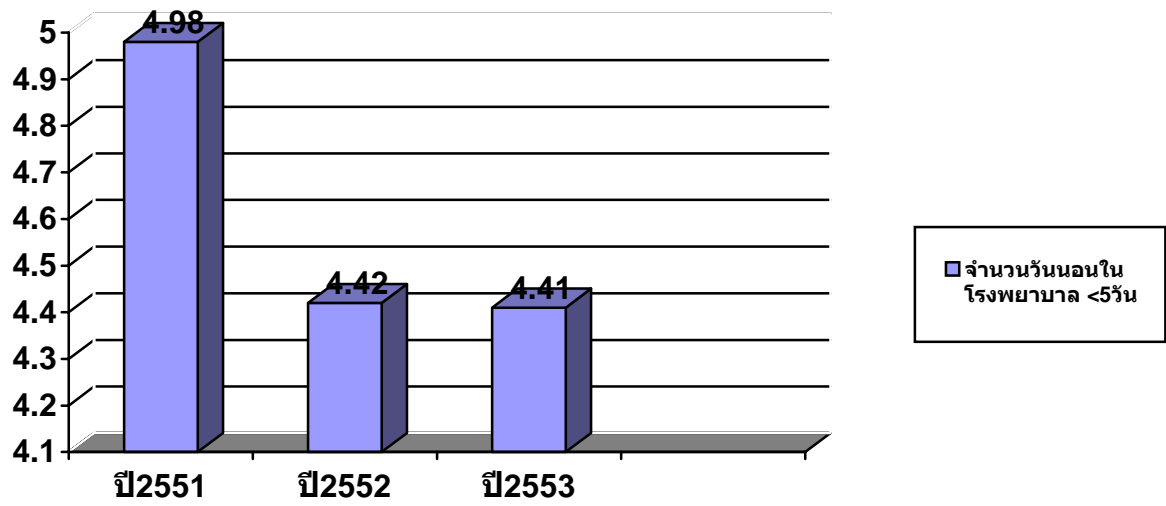
และให้ความรู้ในหลักการให้โภชนาการบำบัด เกสซกรให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียง สอน และสาธิตการพ่นยา นักกายภาพบำบัดเคาะปอดและสอนวิธีขับเสมหะที่ถูกต้อง Breathing Exercise และทดสอบสมรรถภาพของปอดโดยวิธี 6 minute walk เพื่อเพิ่มความตระหนักในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีเกณฑ์การเยี่ยมบ้าน จัดทำโครงการ Home Oxygen Therapy ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ Long term Oxygen therapy ผลการดำเนินการในปี 2553 พบว่าการดูแลผู้ป่วย COPD มีประสิทธิภาพดีขึ้น ดังกราฟตัวชี้วัด



กราฟแสดง อัตราการ Readmission ภายใน 28 วัน (เกณฑ์ <10%)



กราฟแสดง อัตราการเกิด Specific clinical Risk (เกณฑ์ 0%)



กราฟแสดง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ≤ 5 วัน