


บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒๒	นางสาวพนิดา ปานรอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ออโรโรปิดิกส์	๔๔๙๒๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ออโรโรปิดิกส์	๔๔๙๒๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วม : กรณีศึกษา”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) ในหอผู้ป่วยออโรโรปิดิกส์สามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ” 				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วม: กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ความเป็นมา/ความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี จากสถิติพบว่าผู้สูงอายุ 1,000 คน เป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 3 คน (ภิรมย์ นานานุกูล และโสภา หมู่ศิริ, 2559) สำหรับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบสถิติผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเข้ารับบริการการรักษาภายในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์สูงติดอันดับหนึ่งในสิบของทุก ๆ ปี โดยปีงบประมาณพ.ศ.2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วย 229,346 และ 238 ราย ตามลำดับ ที่สำคัญผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 76.67 มีโรคประจำตัวผูกติดมาด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง (รายงานการวิเคราะห์ตัวชี้วัดโรคชั้นนำทางคลินิก โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี, 2559) ทำให้มีการชะลอการผ่าตัดส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น รวมทั้งอัตราการตายก็เพิ่มมากขึ้นด้วย (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552) ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก พยาบาลจึงต้องใช้เวลา ส่วนใหญ่ไปกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น (วัชรวิภา ภูมิพระบุ, 2555) อย่างไรก็ตามด้วยความเปราะบางของสภาพร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการรักษา 1 ปี จึงพบว่า ร้อยละ 16.84 ต้องนั่งรถเข็นร้อยละ 12.63 ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และร้อยละ 8.42 กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง (ชัยวิเชียร กิจพ่อค้า, 2554) จากผลกระทบทางด้านสุขภาพดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีแนวโน้มของคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง (ประเสริฐ หลีผลวนิชย์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์ และสมศักดิ์ สีเขวงวงศ์, 2558)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีความสัมพันธ์กับ ระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ประเสริฐ หลีผลวนิชย์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์ และสมศักดิ์ สีเขวงวงศ์, 2558)การรักษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจึงมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อให้สามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงเดิมก่อนมีกระดูกหัก การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจึงเป็นการรักษาที่ตอบโจทย์ของการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดีที่สุด อย่างไรก็ตามสถิติการรักษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือบางรายก็มีปัญหาด้านจิตเวช และบางครั้งก็เป็นผู้สูงอายุที่ติดเตียงมานานกว่า 3 ปีเหตุนี้เองจึงเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลตัดสินใจขอรับการรักษาแบบประคับประคองเพราะไม่สามารถยอมรับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างการทำผ่าตัดได้(ภิรมย์ นานานุกูลและโสภา หมู่ศิริ , 2559) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกรณีศึกษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วม

แนวคิดที่ใช้ดำเนินการ (โรค พยาธิสภาพ โดยสังเขป)

กระดูกสะโพกหัก คือ ภาวะกระดูกหักบริเวณกระดูกต้นขาส่วนต้น ตั้งแต่คอกระดูกต้นขา Intertrochanteric Area ไปจนถึง Subtrochanteric area ซึ่งสาเหตุของการหักนั้นส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุ แต่ก็มีปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ ที่ทำให้หักได้ง่ายมากขึ้นรวมอยู่ด้วย เช่นการมีโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาประจำ อาจมีผลทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนคือมวลกระดูกลดน้อยลง มักเกิดกับสตรีวัยหมดประจำเดือน หรือผู้ชายอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ทำให้เมื่อประสบอุบัติเหตุแม้ไม่รุนแรง หรือ Low-Energy Trauma เช่นเพียงแค่ม้มเบา ๆ ในระยะยืน หรือยืนอยู่แล้วถูกชนล้มลงสะโพกกระดูกหัก

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ก็เพียงพอทำให้กระดูกสะโพกหักได้แล้วโดยแม้การหักของกระดูกสะโพกจะไม่ได้เป็นอันตรายถึงชีวิตในทันที แต่สิ่งที่ต้องระมัดระวังก็คือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ถึงขั้นอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ดังนั้น การทำความรู้จักกับภาวะกระดูกสะโพกหัก จึงเป็นสิ่งสมควรใส่ใจเพื่อให้เราดูแลตัวเองและคนใกล้ตัวที่รัก ให้ปลอดภัยได้มากยิ่งขึ้น

กระดูกข้อสะโพกหักจากกระดูกพรุน เป็นภาวะที่มีอันตรายสูง และถึงกับเสียชีวิตได้ ภาวะกระดูกหักหากเกิดในผู้สูงอายุจะรักษาได้ยาก เพราะกระดูกหักในผู้สูงอายุจะติดช้า มีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก บางรายอาจถึงแก่ชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนกระดูกสะโพกหัก อาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา หรือเสียชีวิตได้สูง ภายใน 1-2 ปี การรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกข้อสะโพกหักจะมีแนวทางการรักษา 2 วิธีด้วยกัน คือ การรักษาแบบอนุรักษ์โดยการถ่วงดึงกระดูกและการผ่าตัดซึ่งการผ่าตัดก็ยังมี 2 วิธีคือการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกที่หักด้วยโลหะและการเปลี่ยนข้อสะโพก ซึ่งขึ้นกับตำแหน่งการหัก ลักษณะการหัก และการเคลื่อนของกระดูกที่หัก

ปัจจุบันมีการพัฒนาการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น การผ่าตัดโดยเร็ว ภายใน 48-72 ชั่วโมง เพื่อยึดตรึงกระดูกหักให้แข็งแรง และการผ่าตัดแบบแผลเล็กบาดเจ็บน้อย ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดและการเลือกใช้ยาที่เหมาะสม วิธีเหล่านี้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อย่างมาก และสามารถฟื้นฟูร่างกายกลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วมในครั้งนี้อาชีพเจ้าได้ใช้กรอบแนวคิดดังต่อไปนี้

- 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก
- 2) การประเมินแบบแผนสุขภาพของมาร์จอร์รี่กอร์ดอน (Marjorie Gordon)
- 3) แนวทางปฏิบัติการใช้ยาต่อเนื่องของโรงพยาบาล
- 4) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 5) กรอบแนวคิดการวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association; NANDA)
- 6) กรอบแนวคิดการเขียนบันทึกการพยาบาลแบบ Focus Charting
- 7) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปีรับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 เวลา 11.48 น. อาการสำคัญ 13 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลลื่นล้มในห้องน้ำ ไม่สลบ ไม่วูบ มีอาการปวดบวม สะโพกซ้าย สะโพกแบะออกด้านนอก เขยียดขาไม่สุด เวลาเขยียดสุดขาล้นลงจากเอ็กซเรย์พบว่ามี closed fracture intertrochanteric left femur แรกรับ T=37.2 องศาเซลเซียส P = 100 ครั้ง/นาที, R = 18 ครั้ง/นาที, BP = 149/89 mmHg Pain Score = 6

4.2 ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

- CVA weak left side มากกว่า 3 ปีรับยาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเดินโดยใช้ walker
- Dyslipidemia และมีประวัติแพ้ยา Atorvastatin

4.3 การรักษา

- On skin traction ถ่วง น.น. 2 กิโลกรัม
- CRIF with Cephalomedullary nail (PFNA) 16 พฤศจิกายน 2565

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.4 การวินิจฉัยการพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาล

ผู้ศึกษาให้การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นเวลาทั้งหมด 9 วัน พบว่ามีปัญหาทั้งหมด 17 ข้อ ได้แก่

1. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา
2. ปวดสะโพกซ้าย
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากถ่วงดึงน้ำหนักผ่านผิวหนัง
4. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
5. เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
7. เสี่ยงต่อการภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก
8. พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
9. เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อจากการคาสายสวน
10. เสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของภาวะสมองขาดเลือด
11. ขาดความพร้อมก่อนการผ่าตัด
12. เสี่ยงต่อภาวะอุดตันทางเดินหายใจจากการได้รับการระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่าง
13. ปวดแผลผ่าตัด
14. เสี่ยงต่อการเกิดแผลผ่าตัดสะอาดติดเชื้อ
15. เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง
16. เสี่ยงการเกิดแผลกดทับ/หกล้ม
17. ขาดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

แรกรับรู้สึกตัวดี มีอาการปวดบวม สะโพกซ้าย สะโพกแบะออกด้านนอก เขยียดขาไม่สุด เวลาเหยียดสุดขาสั้นลง Motor powerของแขนขาข้างขวาเท่ากับ5 แขนข้างซ้ายMotor powerเท่ากับ4 ขาข้างซ้ายMotor powerเท่ากับ3 Pain Score=6คะแนน ทำskin tractionถ่วงน้ำหนัก2กิโลกรัมและให้ยาParacetamol 1tab หลังจากนั้นอาการปวดทุเลาลงจากการประเมินBraden Scoreได้11คะแนนจึงใส่ที่นอนลมและพลิกตะแคงตัวทุก2ชม.พร้อมทั้งรองเจลเย็นเพื่อป้องกันแผลกดทับและพบว่าตลอดการนอนรพ.ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับและยังให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก นอกจากนี้แพทย์ยังให้ยาEnoxaparin0.3ml sc OD เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตันจึงต้องเฝ้าระวังภาวะการมีเลือดออกภายในและไม่พบภาวะแทรกซ้อนนี้ตลอดการให้ยานอกจากนี้ยังพบว่าCXR ฝืดปกติแพทย์จึงR/O pulmonary TBและให้เก็บ sputum for AFBจึงให้ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมประเมินก่อนผ่าตัด แพทย์อายุรกรรมแจ้งว่าเป็นChronic lung disease สามารถผ่าตัดได้ให้พ่นBerodual1:3ก่อนผ่าตัดและให้salbutamol MDI 2 puff q 6 hrsแพทย์ทำผ่าตัด CRIF with PFNA under general anesthesia วันที่ 16พฤศจิกายน2565 blood loss ในห้องผ่าตัด 150 mL.ได้PRC 1 unit เลือด หมดที่ตึก หลังทำผ่าตัดได้ยาcefazolin 1 iv ทุก 6 ชม. 5วันหลังผ่าตัดปวดแผลบริเวณแผลบวมเล็กน้อยประคบเย็นให้ทุก2ชม.ต้นขายุบบวมและปวดน้อยลง แผลผ่าตัดแห้งดี หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้ส่งกายภาพวันที่21พฤศจิกายน2565หลังผ่าตัดได้5วันเพื่อฝึกเดินNWB with Walker bar หลังส่งกายภาพบำบัดได้2วันผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้walker barแพทย์จึงให้จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่23 พฤศจิกายน2565

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพิ่มคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วม
2. ใช้เป็นประเด็นสำคัญในการจัดการความรู้แก่บุคลากรพยาบาล
3. นำรูปแบบการพยาบาลไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วยและมีปัญหากระดูกหักในตำแหน่งอื่นต่อไป
4. เผยแพร่ความรู้แก่พยาบาล นักศึกษาพยาบาล และผู้สนใจ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดเดิมทำให้มีรอยโรคเดิมการเฝ้าระวังการอาการเกิดซ้ำต้องใช้ความรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้นเพื่อสามารถแยกอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน
2. ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืนและการบาดเจ็บอาหารรวมถึงการเป็นโรคปอดเรื้อรังทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก
3. ผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วมต้องอาศัยความร่วมมือในการประเมินความพร้อมในการผ่าตัดจากแพทย์หลายแผนกเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยทำให้ต้องปรับเปลี่ยนแผนการผ่าตัดตลอดเวลา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. เนื่องจากในทีมการพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ทำให้ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคทำให้การพยาบาลผู้ป่วยยังไม่ได้ผลลัพธ์การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
2. จากที่Care giverของผู้ป่วยผลัดเปลี่ยนกันตลอดการEmpowermentญาติและการวางแผนจำหน่ายจึงยังไม่ได้ประสิทธิภาพและขาดความต่อเนื่อง

9. ข้อเสนอแนะ

1. นำความรู้และทักษะที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยไปกำหนดเป็นแผนพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยทางออโรปิติกส์
2. นำไปใช้พัฒนาปรับปรุงแนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วม
3. ควรมีการนิเทศ กำกับ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาทบทวนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและทันสมัยอยู่เสมอ

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานในที่ประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการและการนำเสนอผลงานประจำปี 2565
วันที่ 26 มกราคม 2566 ณ ห้องประชุมโกเมน อาคาร 60 พรรษา ชั้น 4
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวพนิดา ปานรอด สัดส่วนของผลงาน 100%

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก(Aspiration Pneumonia)
ในหอผู้ป่วยออโรโรดิคส์สามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2. หลักการและเหตุผล

การสำลัก(Aspiration)หมายถึงการที่อาหารหรือน้ำและ/หรือสารคัดหลั่งในปากเข้าสู่หลอดลมและปอดเกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายในการป้องกันความบกพร่อง ซึ่งส่งผลต่อการติดเชื้อในปอดและปอดอักเสบ (Lakshminarayan et al., 2010) ลักษณะทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการสำลักได้แก่ อาการเสียงแหบ (Dysphonia) พูดไม่ชัด(dysarthria) ปฏิกริยาการขย้อนผิดปกติ การไอตามที่บอกผิดปกติ หรือมีอาการไอหลังจากกลืน และเสียงเปลี่ยนหลังจากกลืน(Martino et al., 2005)

การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกันหลายประการทั้งพยาธิสภาพของโรคเรื้อรัง หลายโรคที่เป็นอยู่เดิม ความถี่และ/หรือปริมาณของสิ่งที่สำลักลงสู่ปอด (Manabe, et al., 2015; DiBardino, Wunderink, 2015) ปัจจัยที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก ภาวะสูญเสียความสามารถในการกลืน (DiBardino, Wunderink, 2015) พบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ ที่สูญเสียรีเฟล็กซ์การไอและการกลืน (Bosch et al., 2012)ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สติ(Jeffries, Marks, 2013) การสะสมของเชื้อโรคในช่องปากและหลอดลม คือ การดูแลสุขอนามัยช่องปากไม่เหมาะสม ซึ่งมักพบในผู้ที่มีรอยโรคในช่องปากและหลอดอาหาร โรคเหงือกอักเสบ หรือสาเหตุจากคราบจุลินทรีย์ (DiBardino, Wunderink, 2015) นอกจากนี้อาจเป็นผลจากการรักษาที่ทำให้มีโอกาสเกิด ภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้มากขึ้น เช่น การใส่สายยางให้อาหาร (Enteral feeding) ทั้งในรูปแบบการให้ผ่าน ทางจมูก (Nasogastric tube) และทางช่องปาก (Orogastric tube) ซึ่งเป็นการขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดหลอดอาหาร เสี่ยงต่อการไหลย้อนกลับของอาหารและน้ำย่อย (Metheny, 2006; George, 2015)กลไกการกลืนที่ทำงานไม่เป็น ระบบ กล้ามเนื้อหลอดคอและหลอดอาหารทำงานไม่สัมพันธ์กันทำให้เกิดปัญหาการกลืนลำบาก กลืนติด (ปิยะภัทร, 2556) ร่วมกับรีเฟล็กซ์การขย้อนและการไหลย้อนกลับ (ประเสริฐ, 2556) ทำให้ไม่สามารถขจัดเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีโอกาสเกิดการสำลักได้ แม้ว่าปริมาณเชื้อโรคที่ปนเปื้อนหรือสำลักลงสู่ปอดจะมีปริมาณไม่มากนัก แต่ด้วยความถี่ของ การสำลักจึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อได้ง่าย (Jeffries, Marks, 2013) ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง การสอดใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษา ทั้งการใส่สายยางให้อาหาร การใส่ คาทอหลอดลมคอ มีภาวะเสี่ยงเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (จรรยาลักษณ์, จันทรฉาย, 2551) และเมื่อเกิดปอดอักเสบ จากการสำลักต้องรักษาเป็นระยะเวลานานเพิ่มขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น (Wirth et al., 2016) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางการป้องกันและลดผลกระทบจากการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Maarel-Wierink et al., 2013)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการทบทวนความเสี่ยงโดยนำอุบัติการณ์ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ G- I พบว่าปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงและต้องย้ายเข้าไอซียูโดยมิได้วางแผน ซึ่งส่วนใหญ่นำไปสู่การเสียชีวิตสาเหตุส่วนใหญ่มากกว่า 80% มีภาวะปอดอักเสบที่เกิดจากการสำลักได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุและมีกระดูกหัก รวมถึงผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของไขสันหลังส่วนคอซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวและการกลืน ประกอบกับความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถกลืนรับประทานอาหารได้ จึงทำให้สำลักง่ายและจากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยข้างและสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลยังพบอีกว่าบางผู้ป่วยไม่เคยสำลักเลย และไม่มีอาการแสดงเริ่มแรกแต่ยังเกิดภาวะปอดอักเสบซึ่งทราบได้จากการตรวจเอ็กซเรย์ปอดและผู้ป่วยมีอาการรุนแรงแล้ว การทบทวนวรรณกรรมเรียกอาการสำลักแบบนี้ว่าสำลักเงียบ(Silent Aspiration)ซึ่งจะเกิดในขั้นตอนการกลืนอาหารแล้วมีเศษอาหารหรือน้ำรั่วเข้าไปในหลอดลมโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ประกอบทางหน่วยงานไม่มีแนวทางการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลักที่ชัดเจน ข้าพเจ้าจึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลักขึ้นโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. นำเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เกิดภาวะปอดอักเสบมาทบทวนตามกระบวนการหลัก
4. ประชุมระดมสมอง เพื่อจัดทำแนวทางการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก
5. นำแนวทางสู่การปฏิบัติ
6. สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยกลุ่มต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักที่เข้ามารับผู้บริการได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด
2. เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
3. นำแนวทางที่ได้ไปใช้ทั่วโรงพยาบาลและนำไปพัฒนาต่อยอดสู่ Best Practice
4. นำแนวทางที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางของเจ้าหน้าที่มากกว่า 80
2. อัตราการย้ายไอซียูโดยมิได้วางแผนจากภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลักลดลง
3. อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเนื่องภาวะปอดอักเสบลดลง
4. โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบริการนำแนวทางไปใช้มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ) 

(นางสาวพนิดา ปานรอด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๒๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน