



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ฝ่ายการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกราย และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากการไป กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๙๐๘.๑๐/ว ๑๗๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ มีมติให้ข้าราชการผู้ฝ่ายการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางชุดima ขนานแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล ผู้ป่วยหนัก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

รายละเอียดแบบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ฝ่ายการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๕๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา ดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วง ให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจรุ่ง บุญกาญจน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางชุตima ขนานแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๑๘๗๐๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)	๑๑๘๒๕๓	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%

๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

สำหรับการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความรู้ความชำนาญ ประกอบกับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

๓.๑ แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI

๓.๑.๑ บทนำ โรคหลอดเลือดหัวใจดีบ (CAD) ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ทั่วโลก โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI เนื่องจากมีลักษณะพิเศษ คือการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวรสืบโดยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

๓.๑.๒ พยาธิสรีวิทยา เมื่อหลอดเลือดแดงโกรนารีดีบแข็ง จะทำให้หลอดเลือดฉีกขาดง่าย หากหลอดเลือดที่ได้รับบาดเจ็บ พังผืดฉีกขาด (plaque rupture/erosion) จะกระตุนให้ร่างกายสร้างกลไกการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) ทำให้เกิดก้อนลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงโกรนารี (thrombus) ขัดขวางการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและขาดออกซิเจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ คือ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) จึงไม่เกิดพลังงาน ATP (adenosine Triphosphate: ATP) ทำให้เกิดการคั่งของกรดแล็คติก และเกิดการตายของเซลล์ (cell death) ตามมา จากนั้นจะมีการหลั่งสารเคมีต่าง ๆ เช่น kinin, bradykinin และ adenosine ซึ่งเป็น cytokines ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกตรงผนังหลอดเลือดแดงโกรนารี และกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด และส่งผ่านไปตาม cervical และ thoracic spinal segment เข้าสู่สมองส่วน thalamus และ cortex ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บร้าวไปที่แขนซ้าย กระม ลำคอ เป็นต้น ซึ่งเป็น tropical chest pain ของผู้ป่วย นอกจากนี้เกิดการรั่วของไอออน (Ion leakage) ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การนำไปฟื้นหัวใจผิดปกติหัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงเกิด ST change รวมถึง cardiac enzyme release ผลตรวจ Trop T, Trop I, CPK, CK-MB จึงเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยที่พยาธิสภาพรุนแรง (Q-wave MI) หัวใจจะบีบตัวผิดปกติการเต้นหัวใจสั่นคลิ้ว นำไปสู่การเกิด cardiogenic shock และ sudden cardiac arrest

๓.๑.๓ อาการทางคลินิก โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้ายเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อย อาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิด Angina pectoris เป็นอาการเจ็บอกที่จำเพาะต่อโรค โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่น ๆ หนัก ๆ เมื่อนำมือของหนักทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการแน่นอืดอัดรู้สึกหายใจไม่ออก พบรากการเจ็บร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณแขน



๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ซ้ายด้านใน ร้าวขึ้นกรามหรือลำคอได้อาการเจ็บหน้าอกมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่นานมากกว่า ๒๐ นาทีในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจเตบมาก่อน อาจพบลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติผู้ป่วยอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว พบร่วมมืออาการใจสั่นใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะตรวจพบภาวะซื้อร่วมด้วย

๓.๑.๔ แนวทางการรักษา กลุ่ม ST-elevation acute coronary syndrome (ST-elevation myocardial infarction) มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นดังนี้

- ๑) ควรรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านเกล็ดเลือดทุกราย แต่ในรายที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) ไม่ควรใช้ aspirin ร่วมกับ ticagrelor
 - ๒) ให้พิจารณาอย่างเร่งด่วนว่าจะเปิดเส้นเลือดหัวใจที่อุดตันด้วย ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) หรือขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ (primary percutaneous coronary intervention, primary PCI) โดยพิจารณาเวลาที่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยการขยายหลอดเลือดชนิดปฐมภูมิได้สำเร็จในเวลา ๒๐ นาทีหรือไม่หากไม่สามารถทำได้ให้เลือกใช้ยาละลายลิ่มเลือด ในการณ์ที่ไม่มีข้อห้ามใช้ยาและสถานพยาบาลมีความพร้อม เป้าหมายสำคัญ คือการเปิดหลอดเลือดที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน ๖ ชั่วโมง หลังจากมีอาการเจ็บเด่นอก หรือ อย่างชาไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเกิน ๑๒ ชั่วโมงอาจไม่จำเป็นต้องเปิดหลอดเลือดหันที่ เพราะไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บเด่นอยู่อาจพิจารณาขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิหรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมโดยเร็วที่สุด
 - ๓) ยาละลายลิ่มเลือดในปัจจุบันมี ๒ กลุ่ม คือกลุ่ม fibrin non-specific agents เช่น Streptokinase และ กลุ่ม fibrin specific agents เช่น Alteplase (tPA), Tenecteplase (TNK-tPA) ยกกลุ่มหลังมีข้อดีกว่าคือ ไม่ทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านฤทธิยาทำให้ใช้ช้า ได้ระหว่างที่ให้ยาไม่ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง อันเป็นผลข้างเคียงของยาและมีโอกาสเปิดเส้นเลือดที่อุดตันสำเร็จได้ในอัตราที่สูงกว่า
 - ๔) ควรพิจารณาให้การรักษาด้วยยา heparin และ ยาบรรเทาอาการเจ็บเด่นอกตามข้อบ่งชี้เป็นรายๆ โดยห้ามให้ nitrates ในผู้ป่วยที่มีประวัติเดี่ยว sildenafil ใน ๒๕ ชั่วโมงก่อนมา
- ๓.๒ แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-segment (STEMI) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่สำคัญ เนื่องจากมีการไหลเวียนของเลือดไปยังหัวใจอุดตันโดยสมบูรณ์ จำเป็นต้องมีการรักษาอย่างรวดเร็ว ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในด้านกลยุทธ์การรักษาและการจัดการ แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงเป็นข้อกังวลและสามารถเกิดขึ้นได้ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่



๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๒.๑ การวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกรับ และการรักษาอย่างทันท่วงที่ ช่วงวิกฤตสำหรับการรักษา STEMI ที่มีประสิทธิผลให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกรับ และการรักษาอย่างทันท่วงที่ความล่าช้าในการรักษาอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ตามที่ Smith และคณะ (๒๐๒๐) อัตราการตายสามารถเพิ่มขึ้นได้ถึง ๗.๕% สำหรับความล่าช้าในการรักษาทุกๆ ๓๐ นาที (Smith et al., ๒๐๒๐)

๓.๒.๒ อายุและภาวะร่วม อายุและสภาวะโรคร่วมส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจวาย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่า Johnson และ Gupta (๒๐๒๑) พบว่าผู้ป่วยที่อายุเกิน ๖๕ ปี มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตจาก STEMI มากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่าถึง ๑.๕ เท่า (Johnson & Gupta, ๒๐๒๑)

๓.๒.๓ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมและการดำเนินชีวิต สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมและการเลือกวิถีชีวิตก็มีความสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยที่มาจากการภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่ามักมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากความล่าช้าในการรับการรักษาและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพลดลง นอกจากนี้ ปัจจัยในการดำเนินชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ไม่ดี ยังเชื่อมโยงกับการเสียชีวิตจากโรค STEMI ที่เพิ่มขึ้น การศึกษาโดยลีและคณะ (๒๐๒๒) แสดงให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ๒ เท่าหลัง STEMI เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ (Lee et al., ๒๐๒๒)

๓.๒.๔ ความเครียดทางจิตวิทยา ความเครียดทางจิตและความผิดปกติด้านสุขภาพจิตอาจทำให้ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI รุนแรงขึ้น การวิจัยโดย Zhang และคณะ (๒๐๒๓) พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Zhang et al., ๒๐๒๓)

๓.๒.๕ ปัจจัยระบบการดูแลสุขภาพ คุณภาพของระบบการดูแลสุขภาพและความพร้อมของการรักษาขั้นสูงมีผลต่อผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย STEMI การศึกษาเปรียบเทียบโดย Andersson และ Nielsen (๒๐๑๙) แสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาคที่มีระดับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและคุณภาพที่แตกต่างกัน (Andersson & Nielsen, ๒๐๑๙)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

หลักการและเหตุผล

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) เป็นโรคที่มีอัตราการตายในโรงพยาบาลสูง (Shahandeh, ๒๐๒๐) ในต่างประเทศพบอัตราการตายในโรงพยาบาลร้อยละ ๖.๕ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาทีหลังจากวินิจฉัย เพียง ๕๗.๕% (Bahall, ๒๐๑๙) สำหรับในประเทศไทยมีอัตราการตายผู้ป่วย STEMI ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๕ โดยผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย เพียงร้อยละ

๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

๔๙.๖๖ และได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็น เพียงร้อยละ ๔๖.๒ (Thai registry, ๒๕๖๓) ซึ่งถือว่ามีเป็นจำนวนน้อย ผู้ป่วย STEMI ส่วนใหญ่จึงไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งการเปิดหลอดหลอดช้าจะมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาที่ไม่ดี มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือด มีสาเหตุมาจากการขาดเลือดไปยังหัวใจ ตัดสินใจช้า ส่งตัวช้า และการเคลื่อนย้ายช้า (Beig, ๒๐๑๗) ส่งผลให้อัตราตายผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป้าหมายการรักษาจึงต้องเปิดหลอดเลือดให้เร็วที่สุด เพื่อลดระยะเวลาการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยเพิ่มการให้ยาเม็ดลดเวลาการลอกกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ (reperfusion) ให้ได้เร็วที่สุดภายใน ๑๒๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการโรคหัวใจขาดเลือด (total ischemic time) เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือด และออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อการลดขนาดพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจและลดความรุนแรงของโรคได้ วิธีการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้ผลดี คือการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) ภายใน ๑๒๐ นาที ถึงแม้การรักษาด้วยการทำ PCI จะเป็น gold standard แต่ใช้ไม่ได้กับโรงพยาบาล ในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่สามารถส่วนหัวใจได้ (Jordan, ๒๐๑๖) ซึ่งข้อจำกัดของโรงพยาบาลในประเทศไทยคือ ไม่สามารถทำ primary PCI ได้ทุกแห่ง ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการทำ primary PCI ซึ่งควรใช้เวลาไม่เกิน ๑๒๐ นาที นับเวลาจากการวินิจฉัย STEMI ถึง wire crossing แต่ถ้าหากระยะเวลาเกิน ๑๒๐ นาที ควรให้การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๓) ฉะนั้นกระบวนการวินิจฉัยที่แม่นยำและการรักษาที่รวดเร็ว จะช่วยให้มีการให้ยาเม็ดลดเวลาการลอกกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยรวมได้รวดเร็ว ทำให้ลดขนาดพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย และช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้ (McKavanagh, ๒๐๑๘) มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการได้รับการเปิดหลอดเลือดช้าไป ๑ ชั่วโมง จะทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึงร้อยละ ๒๐ ฉะนั้นระบบช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดเร็วขึ้นถึง ๖๓ นาที และการให้ยาละลายลิ่มเลือดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น ๓๓ นาที ดีกว่าการเคลื่อนย้ายไปรับยาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Chauhan, ๒๐๑๗)

โรงพยาบาลสิชล เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S มีข้อจำกัดในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI เนื่องจากไม่สามารถทำ primary PCI ได้ และระยะทางจากโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่สามารถทำ PCI ได้ ต้องใช้เวลานานกว่า ๑๒๐ นาที จึงใช้วิธีการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) ทุกรายในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม ภายใน ๓๐ นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous thrombolytics) กลุ่ม Non-fibrin specific ได้แก่ Streptokinase (SK) เป็นการรักษาผ่านระบบช่องทางด่วน (AMI-Fastrack) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพัฒนาแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งการรักษาภายในโรงพยาบาล การรับส่งต่อจากเครือข่าย และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทั้งนี้จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอัตราการเสียชีวิตในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ คิดเป็น ร้อยละ ๒.๑๓-๕.๗๓ ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยที่ทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยสามารถช่วยปรับปรุงการรักษาโดยเฉพาะการรับรู้โรคในระยะเริ่มต้นและการจัดการรักษาที่เหมาะสม สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดการเสียชีวิตเนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและ



๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

เพิ่มโอกาสอุดตடายหรือกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ช่วยให้สามารถวางแผนนโยบายสาธารณสุขที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และช่วยในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมโรคและลดการสูญเสียทางสุขภาพ ช่วยในการเพิ่มความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจด้วยการจัดอบรมสัมมนา ซึ่งสามารถส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของหัวใจและหลอดเลือดได้ ช่วยพัฒนาภารกิจการป้องกันที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจด้วยการจัดอบรมสัมมนา รวมถึงการส่งเสริมการดูแลรักษาสุขภาพหัวใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรค ช่วยให้ระบบบริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลสามารถวางแผนการดูแลรักษาและการจัดการทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังช่วยปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาในระดับโรงพยาบาล ช่วยสร้างฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยโดยเฉพาะด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจด้วยการจัดอบรมสัมมนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวทางการรักษาที่ดีที่สุดในโรงพยาบาลสิชล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจด้วยการจัดอบรมสัมมนา ชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยง และลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้รับบริการและสังคม และสามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดการสูญเสียชีวิตจากโรคนี้ได้ในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจด้วยการจัดอบรมสัมมนา ชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล

๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้ปัจจัยจำนวน ๕ ด้านจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ๑) ข้อมูลทั่วไป ๒) ข้อมูลทางคลินิก ๓) ข้อมูลการรักษา และ ๔) ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

- เพศ
- อายุ
- BMI
- ปัจจัยเสี่ยง (สูบบุหรี่ (smoking), ความดันโลหิตสูง (HT), เบาหวาน (DM), ไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia), โรคหลอดเลือดหัวใจเตีบ (IHD), โรคภาวะหัวใจวาย (CHF), โรคอ้วน (Obesity) BMI ≥ ๒๕ kg/m², ประวัติครอบครัว (Family history)/กรรมพันธุ์ (Genetics)

ข้อมูลด้านคลินิก

- อาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจง
- ระดับความรุนแรงตาม Killip classification
- ตำแหน่งกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ
- การรักษาที่ได้รับขณะนอนโรงพยาบาล

ข้อมูลการรักษา

- การได้รับยา streptokinase
- Door to EKG
- Diagnosis to needle time
- Onset to needle time,
- ข้อมูล Reperfusion therapy,
- ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน

- ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา
- ภาวะแทรกซ้อนของโรค
- Risk score

การเสียชีวิต

๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และการสุ่ม (sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรทุกราย (Census)

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษา

(๑) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

๑.๑ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘ ปี

๑.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขั้น ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

(๒) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

๒.๑ ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยยาละลายลิมเลือด

๒.๒ ผู้ป่วยที่มีภาวะห้ามให้หรือไม่ควรให้การรักษาด้วยยาละลายลิมเลือด อ้างอิงจากแนวเวชปฏิบัติภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. ๒๕๖๓ ของประเทศไทย

๒.๓ ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีฟไม่คงที่หรือมีภาวะซึ่อกจากโรคหัวใจ (Cardiogenic shock)

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่นำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้เก็บข้อมูลได้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะแบบบันทึกข้อมูลเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป จำนวน ๖ ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ BMI อาชีพ สิทธิการรักษา และปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลอาการและการรักษา จำนวน ๕ ข้อ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกร้าว ระดับความรุนแรงตาม Killip classification ตำแหน่งกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาที่ได้รับขณะนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลผลลัพธ์การรักษา จำนวน ๑๗ ข้อ ได้แก่ การได้รับยา streptokinase, การไม่ได้รับยา streptokinase, Door to EKG, Door to needle time, Onset to needle time, ข้อมูล Reperfusion therapy, ข้อมูล No Reperfusion therapy, ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา, ภาวะแทรกซ้อนของโรค, การเสียชีวิต, In hospital mortality ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

การรวบรวมข้อมูล

๑. เมื่อโครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เรียบร้อย ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกรายที่มีการวินิจฉัยด้วยรหัสตาม The International Classification of disease (ICD๑๐) รหัส ๒๑๑.๐ และ ๒๑๑.๑

๒. เวชระเบียนผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก นำมาบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล จนได้ข้อมูลครบถ้วน

๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

๓. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลกับเวชระเบียนอีกรัง พร้อมใส่รหัสข้อมูล ตามแนวทางก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
๒. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบอิสระต่อกัน (independent t-test) การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)
๓. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การทดสอบโลจิสติกส์ (Logistic regression)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

หัวข้อ	๒๕๖๖				๒๕๖๗				
	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย
กำหนดปัญหาที่จะดำเนินการวิจัย/ วัตถุประสงค์	◀		▶						
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง/ คำถาມการวิจัย/นิยามศัพท์	◀	▶							
เขียนโครงร่างการวิจัย กำหนด รูปแบบการวิจัย ประชากร และ วิธีการสุ่มตัวอย่าง	◀	▶							
จัดทำเครื่องมือ และตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือ	◀	▶							
ส่งโครงร่างขอพิจารณาจริยธรรมการ วิจัย			◀	▶					
ดำเนินการตามระเบียบวิวิจัยที่ กำหนดไว้					◀	▶			
เก็บรวบรวมข้อมูล					◀	▶			
วิเคราะห์ข้อมูล					◀	▶			
สรุปผลการวิจัยและเขียนรายงานการ วิจัย					◀	▶			
เผยแพร่ผลการวิจัย					◀	▶			

๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

๕.๒ เชิงคุณภาพ อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ---- ไม่มี -----

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

๙.๒ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

(๑) นางชุติมา ขนานแก้ว ติดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

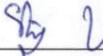
(ลงชื่อ) 

(นางชุติมา ขนานแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๑๑ / สิงหาคม

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางชุติมา ขนานแก้ว	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางฉวีพงศ์ บุญกาญจน์)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
(วันที่) ๑๒ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายจุ่ง บุญกาญจน์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลิขล

(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่เห็นอีกขึ้นไป

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เห็นอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ที่ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

๒. หลักการและเหตุผล

เครื่องช่วยหายใจเป็นตัวอย่างหนึ่งของเทคโนโลยีขั้นสูง (technological advance) ที่ใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วย วิกฤตที่มีระบบหายใจล้มเหลวให้ได้รับออกซิเจน และมีการแลกเปลี่ยนกําชที่เพียงพอต่อร่างกาย ถึงแม้ว่า เครื่องช่วยหายใจจะมีความสำคัญในการช่วยชีวิตของผู้ป่วย แต่การใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า ๓ วัน ก็ทำให้ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา เช่น ก้อนภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปอด อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia) ถุงลมปอดแตกจากความดันบวก (barotraumas) พิษจากออกซิเจน เลือดออกในกระเพาะอาหาร กล้ามเนื้อหายใจอ่อนล้าจากการใช้งานน้อยลง และหลอดลมตืบจากการใส่ท่อช่วยหายใจนาน นอกจากนั้น การใส่เครื่องช่วยหายใจยังทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เจ็บปวด จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การดูดเสมหทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ การใส่ เครื่องช่วยหายใจยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้อย่างปกติรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ยิ่งทำให้ผู้ป่วย และญาติมีความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้น หรือสาเหตุที่จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจได้รับการแก้ไขจนดีขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องรับจัดการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ จึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย วิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลสิชล ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทองตินหายใจ ด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจมา อย่างยาวนาน มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม จำนวน ๖ ท่าน ซึ่งในการดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ยังไม่มี แนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน ไม่มี Protocol weaning ถึงแม้จะมี Staff round ในเรารเข้าทุกวัน แต่แพทย์ แต่ละท่านจะมีแนวทางการ wean การลด Pressure support ไม่เหมือนกัน เช่น บางคนให้ลด Pressure support ที่ละ ๒ unit จนกระทั่งเหลือ ๖ unit จึงให้ on T-piece และ off tube ได้ แพทย์บางท่านให้ลด Pressure support ๑๒ คนที่ไว หากผู้ป่วยไม่เหนื่อย ก็ให้ off ET tube ได้เลย แพทย์บางท่านทำ cuff leak test ก่อน บางคนไม่ต้องทำ หากผู้ป่วย wean แล้วไม่เหนื่อยก็สามารถ off tube ได้เลย สำหรับระยะเวลาในการ wean แพทย์บางท่านให้ฝึก wean all day all night ถ้าไม่ไหวอยู่เปลี่ยนเป็น full support เดิมได้แต่ บางท่านให้ฝึก wean จนถึงเวลา ๑๕.๐๐ น. หรือ ๒๐.๐๐ น แล้วให้ full support ต่อ พยาบาลเรตติกจะมี หน้าที่เตรียมความพร้อมผู้ป่วย จัดท่านอน ตรวจด้วยสัญญาณชีพ ประเมินภาวะไข้ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต หากสัญญาณชีพผู้ป่วยปกติ จึงเริ่มดำเนินการ wean ต่อจากเมื่อวาน โดยเขียนไว้ใน progress note เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและเวลาที่เริ่ม wean ส่วนใหญ่ที่ผ่านมา พยาบาลไม่ได้บันทึกไว้ใน progress note แต่จะ ไปบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล ประกอบกับ ปัจจุบันมีแพทย์ Intern มา round ก่อนแพทย์ staff

ชั่งแพทย์ intern ขาดความมั่นใจในกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากแพทย์ staff แต่ละท่านมีแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจแตกต่างกัน

๓.๒ แนวความคิด

ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อใช้ในโรงพยาบาลสิชล ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการเตรียมความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต เป็นขั้นตอนที่สำคัญอยู่ในระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การใช้เกณฑ์ตามข้อบ่งชี้ของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ การคัดกรองเพื่อเตรียมความพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แนวทางการคัดกรองในระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ และบทบาทของพยาบาลสำหรับการเตรียมความพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

๓.๒.๑ การใช้เกณฑ์ตามข้อบ่งชี้ของกล้ามเนื้อช่วยหายใจดันนีบ่งชี้การหายใจแบบเร็วตื้น (Rapid shallow breathing ratio) RSBI ใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงรูปแบบการหายใจที่บ่งบอกถึงความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อทางเดินหายใจ ซึ่งการหายใจเร็วตื้นทำให้หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ นอกจากนี้แล้ว RSBI ยังเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งที่นำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเฉพาะผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ค่อนข้างยาก เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) (Goharani, Azimi, Farzaneganet al, ๒๐๑๙) ดังนั้น RSBI จึงเป็นที่ยอมรับและถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๒.๒ การคัดกรองเพื่อเตรียมความพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจ การคัดกรองเพื่อเตรียมความพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจควรปฏิบัติทุกวันโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

(๑) ประเมินว่าผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีและหายใจได้ โดยพิจารณาจากการได้รับยาลดประสาทเพื่อระงับการซักหรือไม่ได้รับยาลดประสาทจากอาการเนื่องจากการขาดสุรา (Alcohol withdrawal) หรือใช้ยา Paralytic agent หรือไม่ ผู้ป่วยจะวนเกรวายหรือไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดใน ๒๕ ชั่วโมงที่ผ่านมา หรือไม่ หรือมีภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงหรือไม่

(๒) ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเอง ในขั้นตอนนี้ให้ประเมินไปพร้อมๆ กันกับการคัดกรองก่อนฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเอง

(๓) ถ้าผู้ป่วยมีความพร้อมตามแนวทางการคัดกรองในข้อ ๒ จึงเริ่มให้ผู้ป่วยหายใจเอง การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจถูกแบ่งออกเป็น ๓ ระยะหลัก ที่ประกอบด้วย

๑. ระยะก่อนหน่ายาเครื่องช่วยหายใจ

๑.๑ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโดยพิจารณาด้านร่างกาย จิตใจ และระบบทางเดินหายใจ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะหน่ายาเครื่องช่วยหายใจหรือไม่

๑.๒ สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับขั้นตอนการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยรับมือกับขั้นตอนที่จะเกิดขึ้น

๑.๓ ฝึกการหายใจด้วยตนเองโดยการฝึกหายใจลีกๆ ไอ และเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในการหายใจ

๑.๔ ปรับสภาพแวดล้อมโดยให้เจียบสูบและอากาศถ่ายเทที่สะดวกสบายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดีในการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจ

๒. ระยะหน่ายาเครื่องช่วยหายใจ

๒.๑ เลือกวิธีการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้การหน่ายาเครื่องช่วยหายใจเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

๒.๒ ติดตามสัญญาณชีพและการหายใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อตรวจสอบว่าไม่มีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

๒.๓ บันทึกข้อมูลการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจอย่างละเอียด เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการติดตามและประเมินผล

๒.๔ ให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเสริมความมั่นใจและกำลังใจให้กับผู้ป่วย

๓. ระยะหลังหน่ายาเครื่องช่วยหายใจ

๓.๑ สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้พากษาสามารถรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

๓.๒ ติดตามอาการและสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน เพื่อรับและรักษาโรคภัยใน ขณะที่ผู้ป่วยกำลังหน่ายาเครื่องช่วยหายใจ

๓.๓ ให้การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในกระบวนการฟื้นฟูหลังการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจ

นอกจากนี้ยังมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมที่สำคัญ เช่น การทำงานเป็นทีมสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกด้านของการฟื้นฟู การใช้โปรแกรมการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยในการติดตามและบันทึกข้อมูล และการติดตามผลผู้ป่วยหลังการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจเพื่อประเมินความสำเร็จของกระบวนการดูแลในระยะยาว ดังนั้น การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่อย่างยิ่งในการส่งเสริมความสำเร็จของการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยในระยะยาว

๓. ข้อเสนอ

ผู้วิจัยขอเสนอขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหน่ายาเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

๓.๓.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการ ประกอบด้วยพยาบาล แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคน จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดรกรอบแนวทาง

๓.๓.๒ ทบทวนวรรณกรรม โดยการค้นหาหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ค้นหาและรวบรวมงานวิจัย บทความ และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นนำมารีเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์องค์ความรู้

๓.๓.๓ พัฒนาแนวปฏิบัติการ กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และขอบเขตของแนวปฏิบัติ การ โดยการเขียนเนื้อหาให้ชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย พร้อมระบุตัวชี้วัดผลลัพธ์ นำร่างแนวปฏิบัติการที่จัดทำขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม

๓.๓.๔ ทดสอบและประเมินผล หลังจากได้ร่างแนวปฏิบัติ จึงนำแนวปฏิบัติการไปใช้จริงในผู้ป่วย เพื่อทดสอบแนวปฏิบัติการในผู้ป่วยกลุ่มเล็ก พร้อมเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์และนำข้อมูลไปปรับปรุงแนวปฏิบัติการตามผลการประเมิน

๓.๓.๕ เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปใช้ หลังจากได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับ การหย่าเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลสิชล หลังจากนั้นเผยแพร่แนวปฏิบัติการให้กับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการ และมีการติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

๓.๓.๖ ระยะเวลาในการดำเนินงานขั้นอยู่กับทรัพยากรและความพร้อมของคณะกรรมการ โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ ๖ - ๑๒ เดือน

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาและการปรับใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งรวมถึงทั้งปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคล ความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ รวมไปถึงปัจจัยด้านระบบและนโยบาย ดังต่อไปนี้คือข้อจำกัดหลักๆ และแนวทางในการแก้ไข

๓.๔.๑ ด้านบุคลากร อาจมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีจำกัด ทำให้ไม่มีเวลาในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จึงอาจต้องใช้เวลาในการดำเนินการ นอกจากนี้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ แนวทางการแก้ไข กำหนดตารางการประชุมคณะกรรมการที่ชัดเจน และประสานงานแจ้งบุคลากรล่วงหน้า เพื่อให้สามารถวางแผนกิจกรรมให้สามารถเข้าร่วมการประชุมในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติให้สำเร็จทันเวลา

๓.๔.๒ ด้านหลักฐานเชิงประจำตัว ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจำตัวยังมีจำกัด และผลการศึกษาเชิงมีความหลากหลายขัดแย้งกัน

แนวทางการแก้ไข รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจำตัวที่มีความถูกต้องชัดเจน และดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่มีอยู่

๓.๔.๓ ด้านการนำไปใช้ พยาบาลอาจไม่เข้าใจหรือไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น นอกจากนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน

แนวทางการแก้ไข เผยแพร่และฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้ สร้างแรงจูงใจให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดังกล่าว และพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ความยืดหยุ่น เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ใช้สูตรสำเร็จ พยาบาลต้องใช้ judgment ในการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาและการปรับใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย แต่มีข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้ การจัดการกับข้อจำกัดเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในหน่วยงาน รวมถึงการมีนโยบายที่เหมาะสม การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการมุ่งเน้นไปที่การศึกษาฝึกอบรม และพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิผล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ: ด้วยการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยคาดว่าสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น เนื่องจากการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม การประเมินความพร้อมอย่างละเอียด และการใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสภาพของแต่ละผู้ป่วย

๔.๒ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน: การหย่าเครื่องช่วยหายใจที่วางแผนและดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือภาวะหายใจล้มเหลวหลังจากถอนเครื่องช่วยหายใจออก

๔.๓ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย: ด้วยการลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคาดว่าจะดีขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น มีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

๔.๔ ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์: การลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายโดยตรงสำหรับการใช้เครื่องช่วยหายใจและการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

การพัฒนาและการปรับใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจจึงมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วย ลดภาระทางการแพทย์ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ได้ทุกหน่วยงานที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากปัจจุบันมีการย้ายผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเรื่องที่ผ่านพัฒนาระยะวิกฤติไปดูแลต่อเนื่องตามหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ



๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ บุคลากรพยาบาลสามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ถูกต้อง
มากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๕.๒ อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ
มากกว่าร้อยละ ๗๐
- ๕.๓ อัตราการติดเชื้อที่ปอดในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ
น้อยกว่า ๓๐๐๐ วันใส่ท่อช่วยหายใจ

ลงชื่อ..... 

(นางชุติมา ชนะแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๑ / สิงหาคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ภาคผนวก
แนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิชล

