

Clinical Tracer Highlight

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : COPD โรงพยาบาลทรายมูล

บริบท : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลกเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าปัจจุบันนี้ โรค COPD เป็นสาเหตุอันดับ 4 ของการเสียชีวิต รองจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเส้นเลือดในสมอง โรคทั้งหมดนี้ มีเพียงโรค COPD เท่านั้นที่แสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (<http://www.ryt9.com>) โรงพยาบาลทรายมูล ก็พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ Re-Admit เป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของโรงพยาบาลทรายมูลทุกปี และจากการประมวลผลข้อมูลผู้ป่วยที่วินิจฉัย COPD ในโปรแกรม Hos xp ของโรงพยาบาลทรายมูล ปีงบประมาณ 2552-2554

ประเด็นคุณภาพ	ปีงบฯ 52	ปีงบฯ53	ปีงบฯ 54
จำนวนผู้ป่วยที่มารักษาด้วย COPD	120	376	264
อัตราการเกิด Exacerbation	29.17	34.31	25.38
อัตราการ Re-visit (48 ชม.)	16.67	22.34	13.64
อัตรา การAdmit	8.33	7.18	14.77
วันนอนเฉลี่ย	2.60	2.41	3.03

พบว่าในช่วง ปีงบประมาณ 2552 -2554 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย COPD เข้ามารักษามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี เกิดอาการกำเริบ(exacerbation)มาที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 29.17, 34.31 , 25.38 กลับมารักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 16.67 , 22.34,13.64 เข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 8.33 ,7.18, 14.77 และจำนวนวันนอนเฉลี่ยก็เพิ่มมากขึ้นทุกปีคือ 2.60,2.41 และ3.03

อาการกำเริบของโรคที่บ่อยขึ้นก็เป็นการเร่งการดำเนินของโรคเร็วขึ้น และอาการกำเริบของโรคจะกำเริบมากขึ้นกว่าเดิมทุกปี มีผลต่อเนื่องกับคุณภาพชีวิตของคนไข้ ดังนั้นสิ่งสำคัญในการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือการป้องกันและจัดการอาการที่ทรุดหนักลงจากโรค ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงสำคัญ: อัตราการเกิด exacerbation และ อัตราการ Re-visit

เป้าหมายการพัฒนา: ลดอัตราการเกิด exacerbation และ อัตราการ Re-visit

กระบวนการ:

1. การคัดกรอง : วินิจฉัย
 - จัดตั้ง Easy COPD Clinic ร่วมกับ Easy Asthma Clinic ในโรงพยาบาลทรายมูล ใน เดือน มิถุนายน 2553และพัฒนาระบบบริการ Easy COPD Clinic อย่างเต็มรูปแบบในปีงบประมาณ 2555
 - ชักประวัติการหอบ อายุที่เริ่มหอบ และประวัติการสูบบุหรี่

2. การประเมินผู้ป่วย

- BMI เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ
- ประเมินการระดับ Severity (Gold Stage 1-4) จากการเป่า Peak flow meter เพื่อประเมินสมรรถภาพปอด ,ประเมินภาวะหายใจลำบาก (MRC หรือDyspnea score) ,ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ CAT และ 6 WMD

3. การดูแลรักษาในคลินิก

3.1 ให้ความรู้ในเรื่องโรคCOPD ตามแผนการสอน

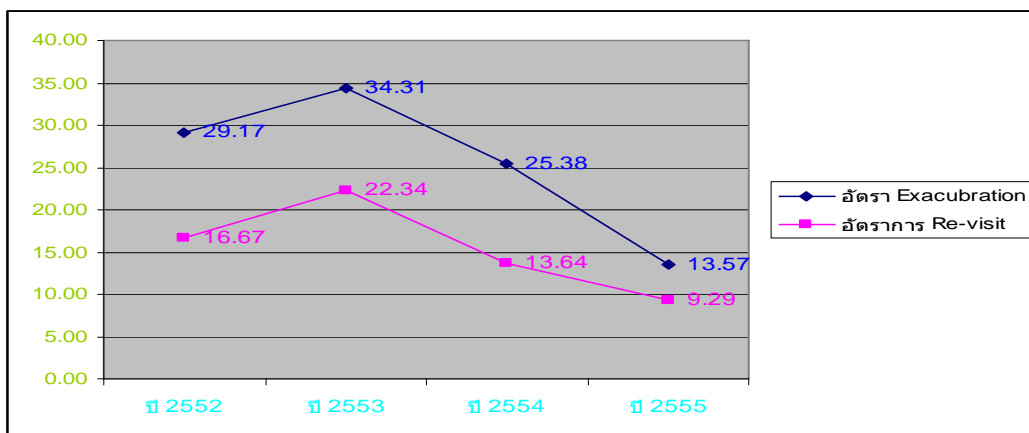
3.1รักษาด้วยยา ยาขยายหลอดลม / สเตียรอยด์ (steroids)

3.2การรักษาที่ไม่ใช่ยา

- การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) ได้แก่ ให้ความรู้ผู้ป่วย, ฝึกหายใจ (Breathing exercise), ฝึกออกกำลังกาย (exercise training), สนับสนุนและให้กำลังใจ
- การเสริมพลังอำนาจ และสร้างแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่

ผลลัพธ์กระบวนการ

. อัตราการเกิด exacerbation และ อัตราการ Re-visit ในปีงบประมาณ 2555 (10เดือนแรก) ลดลงเหลือร้อยละ 13.57 และ ร้อยละ 9.29 ตามลำดับ



แผนพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คือการลดอัตราการ Admit โดยปรับปรุงกระบวนการทำ Discharge Plan ,บำบัดด้วย Oxygen ในระยะยาว ,พัฒนาระบบการรักษาให้ได้ตามมาตรฐานของ new guideline for COPD (Gold 2011) และเน้นการรักษาผู้ป่วยอาการกำเริบให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด และเน้นส่งเสริมให้หยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วย CPOD