

ดังนั้นควรมีการขยายการดำเนินงานพัฒนาคลินิกทันตกรรมคุณภาพ ตามแนวทางเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมของทันตแพทยสภา
สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตบุคลากร เพื่อพัฒนาคลินิกทันตกรรมคุณภาพ
ในบริบทของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

ความภาคภูมิใจ เมื่อ ปี พ.ศ. 2555 กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลชานุมาน ได้สมัครเข้าร่วมการประเมินคลินิกทันตกรรมคุณภาพ ใช้
แนวทางเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วย และผ่านการประเมินดังกล่าว ซึ่งส่งผล
ให้คลินิกทันตกรรมคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของงานคุณภาพ Hospital accreditation (HA) ทำให้โรงพยาบาลผ่านการ Re - accreditation
ครั้งที่ 1 นอกจากนี้ยังได้นำเสนอผลการใช้แนวทางเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรมให้เครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดอำนาจเจริญรับ
ทราบ ในเวทีวิชาการจังหวัดอำนาจเจริญระหว่างวันที่ 21 - 22 มิถุนายน 2560 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ และได้รับ
โอกาสให้เป็นตัวแทนของจังหวัดอำนาจเจริญ ให้นำเสนอในเวทีวิชาการทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 ณ โรงแรมแกรนด์มุกดาหาร
จังหวัดมุกดาหาร ในวันที่ 26 มิถุนายน 2560 และนำเสนอเวทีวิชาการเครือข่ายบริการสุขภาพเขต 10 (มุกศรีโสธรเจริญธานี) ที่จังหวัด
อุบลราชธานีประเภทโปสเตอร์

สาขาไต

❊ ประสิทธิผลของ Coaching program เรื่อง การควบคุมอาหารและน้ำดื่มในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
ที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลน่าน
เพื่อลดภาวะของเสีย และน้ำคั่งในร่างกาย

นิตยา หงส์เจริญ , ชัญญุติยา อัครทวีพันธ์
หน่วยงานไตเทียมโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน เขตสุขภาพที่ 1

ความสำคัญ

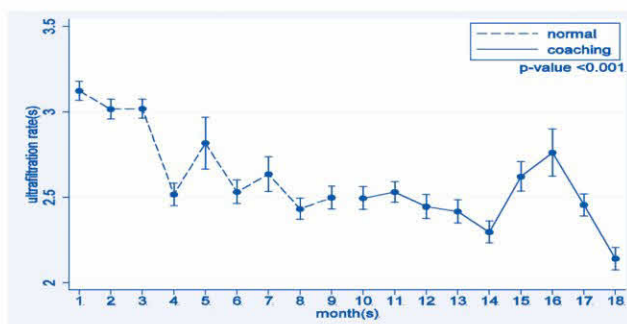
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3
ของจังหวัดน่าน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการบำบัดทดแทนไตอย่างหนึ่งโดยผู้ป่วยได้รับการรักษาสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งทำให้
มีโอกาสดังกล่าวของ K, Ca, PO₄ และน้ำในร่างกายได้ง่าย ดังนั้นเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจึงต้องมีความรู้และเข้าใจ
เรื่องการรับประทานอาหารและน้ำเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการสอนเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำดื่มในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบเดิมกับแบบ
Coaching program เพื่อลดภาวะของเสีย และปริมาณน้ำคั่งในร่างกาย

รูปแบบ สถานที่และกลุ่มศึกษา การศึกษาวิจัยแบบ historical control study ศึกษาที่หน่วยไตเทียมงานฟอกเลือดด้วยเครื่องไต
เทียมโรงพยาบาลน่าน ผู้ป่วยจำนวน 33 รายได้รับการสอนแบบเดิม และได้รับการสอนแบบ Coaching program ต่างกันในช่วงเวลา
แบบละ 9 เดือน

การวัดผลและวิธีการ ผู้ป่วยทั้งหมด 33 รายได้รับการสอนเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำตามรูปแบบเดิม 9 เดือน และสอน
แบบ Coaching program 9 เดือนติดตามค่า K, PO₄, Ca ทุก 3 เดือนและติดตามค่า UF 8 - 9 ครั้งต่อเดือน วิเคราะห์ผลด้วย multi - level
mixed effect regression

ผล ตัวชี้วัดที่ลดลงในช่วงที่ Coaching program serum K (p - value = 0.026), serum Ca (p - value = 0.026)
Ultrafiltration rate (p-value < 0.001) ลดลง ส่วนระดับ PO₄ เพิ่มขึ้น (p-value= 0.631)



ข้อยุติและการนำไปใช้ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรได้รับการสอนแบบ Coaching program ทุกครั้งเนื่องจากช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการคั่งของ K,Ca และปริมาณน้ำแต่ควรหาวิธีการเพิ่มเติมเพื่อลดระดับ PO4

คำสำคัญ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, เครื่องไตเทียม, Coaching program ,electrolyte, Ultrafiltration rate

⊕ ลักษณะเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกิน (Volume Overload) ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพะเยา

ตอนคำ แก้วบุญเสริม (พช.บ.), เพ็ญศรี อุทธโยธา (พช.บ.)
งานไตเทียม (ห้องล้างไตทางช่องท้อง) โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา เขตสุขภาพที่ 1

ความสำคัญ

ภาวะน้ำเกิน (volume overload) ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเป็นภาวะแทรกซ้อนมักพบได้บ่อย เกิดจากผู้ป่วยได้รับน้ำมากเกินไป จากการที่ผู้ป่วยเข้าใจว่าการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาสามารถขับน้ำส่วนเกินออกได้อย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว จึงทำให้ดื่มน้ำหรือบริโภคอาหารเค็มตามความต้องการของตนเองมากเกินไป และอีกปัจจัยหนึ่งเกิดจากไตขับน้ำส่วนเกินได้น้อยลงจากการเสื่อมหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ (residual renal function) ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการ บวม หายใจเหนื่อยหอบ จากภาวะ pleural edema และถ้าปล่อยให้เกิดภาวะน้ำเกินคงอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดตามมา มีผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบต่องบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง

รูปแบบศึกษา สถานที่ และผู้ป่วย การศึกษาแบบ prognostic determinant research แบบ prospective cross-sectional ที่ห้องล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลพะเยา ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องระหว่างมีนาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2559

การวัดผล และวิธีการ รวบรวมข้อมูลทั่วไป ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ serum albumin ความดันโลหิตและโรคร่วมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และเก็บข้อมูลลักษณะเสี่ยงด้วยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลการบริโภคอาหารเค็ม/เกลือ การปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงรสอาหารแปรรูปต่างๆ จำนวนน้ำดื่ม และปริมาณปัสสาวะในหนึ่งวัน ความสม่ำเสมอในการล้างไตทั้งจำนวนรอบการล้างไตและระยะเวลาที่ค้ำน้ำยาในท้อง ปริมาณน้ำยาที่ดึงออกมา (ultrafiltration) ประเมินลักษณะน้ำเกินด้วยอาการบวมโดยตรวจบริเวณหน้าแข้ง (pitting edema) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับ 1+, 2+, 3+

วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา รายงานผลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย non-parametric test for trend และวิเคราะห์ลักษณะเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกินด้วย multivariable ordinal continuation ratio logistic regression สำหรับข้อมูลตัวแปรตามที่มีลักษณะเรียงลำดับ

ผลการศึกษา ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องจำนวน 117 ราย แบ่งระดับการบวมออกเป็น 4 กลุ่มคือไม่บวม (n=41) บวม1+(n=55) บวม2+(n=18) และ บวม3+ (n=3) หลังจากวิเคราะห์ด้วยสมการหลายตัวแปร พบลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกิน คือ ได้แก่ เพศหญิง BMI มากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 100 mmHg และมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 200 cc

ลักษณะ	OR	95 % CI	P - value
เพศหญิง	1.95	0.98 - 3.88	0.056
BMI > 23 kg/m ²	3.89	1.86 - 8.15	< 0.001
Mean arterial pressure > 100 mmHg	6.10	2.80 - 13.32	< 0.001
ปริมาณปัสสาวะออก < 200 cc	2.30	0.89 - 5.98	0.087

ข้อยุติ และการนำไปใช้: ควรเฝ้าระวังผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เป็นเพศหญิง มีภาวะอ้วน

Arterial pressure > 100 mmHg และมีปริมาณปัสสาวะออก < 200 cc.

คำสำคัญ: ไตวายระยะสุดท้าย, การล้างไตทางช่องท้อง, ภาวะน้ำเกิน, ปัจจัยเสี่ยง, ภาวะอ้วน, ความดันโลหิต

⊕ การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในวาร์ฟารินคลินิก

สมจิตร์ โชติชัยสุวรรณ เกษัชกรชำนาญการ
โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 2

ความเป็นมา

ภาวะไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่สำคัญในปัจจุบัน อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาด้วยยารวาร์ฟาริน เนื่องจากโรคไตวายเรื้อรังจะลดเสถียรภาพของยารวาร์ฟาริน ทำให้ผู้ป่วยต้องมาที่โรงพยาบาลก่อนนัดบ่อยๆ นอกจากนี้โรคไตวายเรื้อรังยังเพิ่มภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติในผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน และยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular disease) แต่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในคลินิกวาร์ฟารินกลุ่มนี้ ยังขาดการให้ความรู้ การดูแลอย่างเป็นระบบ และการดูแลแบบสหวิชาชีพ จึงเป็นที่มาของการจัดทำโครงการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในวาร์ฟารินคลินิก เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ

วิธีการดำเนินการ เดือนมิถุนายน 2558 เริ่มจัดทำโครงการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในวาร์ฟารินคลินิก โดยเน้นการทำงานแบบสหวิชาชีพ จัดทำแผ่นพับ บอร์ดให้ความรู้ให้แก่ผู้ป่วยถึงโรคไตวายเรื้อรัง สอดคล้องกับสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในด้านการรักษา การป้องกัน การดูแลตัวเอง และการรับประทานอาหาร โดยพยาบาลวิชาชีพ ทบทวนการใช้ยา ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา แนะนำยาที่ควรหลีกเลี่ยงโดยเภสัชกร นอกจากนี้ยังมีการประเมินค่า eGFR, CKD stage ในผู้ป่วยทุกราย และจัดทำนวัตกรรมการ CKD checklist เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลคนไข้ โดยสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และ KDIGO โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ระยะเวลาเก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน 2558 ถึง ตุลาคม 2559

ผลการศึกษา ระยะเวลาเก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน 2558 ถึง ตุลาคม 2559 มีผู้รับบริการในวาร์ฟารินคลินิกทั้งหมด 146 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 22 คน (ร้อยละ 15) อายุ เฉลี่ย 75 ปี เพศหญิง 12 คน (54.55%) เพศชาย 10 คน (45.45%) เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 20 คน (90.9%) ระยะที่ 4 จำนวน 1 คน (4.55%) และระยะที่ 5 จำนวน 1 คน (4.55%) สรุปผลตามตัวชี้วัดของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ผู้ป่วยมีความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg จำนวน 21 คน (95.45%) , รับประทาน ACEI หรือ ARBs จำนวน 22 คน (100%) , ค่า Hb มากกว่า 10 gm/dl จำนวน 19 คน (86.36%) , อัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 4 ml/min/1.73m²/year จำนวน 20 คน (90%) , ค่า Serum PO4 น้อยกว่า 4.5 mg% จำนวน 12 คน (92.30%) , ค่า serum HCO₃ มากกว่า 22 mEq/L จำนวน 22 คน (100 %) , serum K น้อยกว่า 5.5 mEq/L จำนวน 22 คน (100 %) , LDL cholesterol น้อยกว่า 100 mg% จำนวน 13 คน (76.47%) ผู้ป่วยมีค่า eGFR ดีขึ้น 10 คน (45.45%) , เท่าเดิม 8 คน (36.67%) และลดลง 4 คน (18.18%) , ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนระยะโรคไตวายเรื้อรังดีขึ้น เท่าเดิม และลดลง 4 (18.18%) , 17 (77.27%) , 1 (4.55%) คนตามลำดับ , ค่า TTR เฉลี่ย (Rosendaal Method) 1 ต.ค. 2558 - 30 ก.ย. 2559 เป็น 44.93 ไม่มีผู้ป่วยที่ภาวะเลือดออกผิดปกติ (major Bleeding) จากการใช้ยารวาร์ฟาริน

สรุปผล การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในคลินิกวาร์ฟาริน ช่วยชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไต และ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารวาร์ฟาริน

⊕ ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนา Minicap สำหรับ Clamp สาย Urine

ผศ.สุธาสี สุตวัฒน์ จารุวรรณ ชูวงศ์ตระกูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก เขตสุขภาพที่ 4



Minicap ใช้แทนตัวหนีบ



หลักการและเหตุผล

จากนวัตกรรม “ตัวหนีบอย่างง่าย ปลอดภัย ใช้สะดวก” ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบ CAPD โดยใช้ minicap ที่ใช้แล้วมาประยุกต์แทน clamp สีฟ้า 2 อัน ที่ใช้สำหรับเปลี่ยนถ่ายน้ำยา CAPD ทำให้ผู้ป่วยประหยัดเงินถึง 300 บาท/ราย จึงได้นำมาต่อยอดโดยนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบต่อเนื่อง ซึ่งมักพบปัญหาขณะที่ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เดิมจะใช้ artery clamp ใช้ยางรัด หรือนำสายลูปปัสสาวะมามัดกันเองทำให้สายยางเกิดการแตกรั่วหรือกันปัสสาวะได้ไม่ทั้งหมดยังมีปัสสาวะไหลย้อนกลับได้ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จึงคิดนำของเหลือใช้ (minicap) จากการล้างไตทางช่องท้อง มาใช้เพื่อกันปัสสาวะไม่ให้ไหลย้อนกลับได้หรือใช้ในการ Train urine bladder

วัตถุประสงค์ เพื่อนำ Minicap มาใช้ทดแทน artery clamp ใช้ยางรัด หรือนำสายถุงปัสสาวะมามัดกันเอง ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

วิธีการดำเนินการ โดยนำจุกปิดสายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง Minicap ที่ใช้แล้วใช้ forceps หรือไม้ คีบฟองน้ำชุบ providine ที่อยู่ด้านในจุกออกทิ้ง แล้วนำไปล้างด้วยผงซักฟอกให้สะอาด ผึ่งให้แห้ง นำไปใช้สวมทับสายปัสสาวะที่หักพับไว้ แล้วทดสอบประสิทธิภาพ ดังภาพ

ก่อน



หลัง



อุปกรณ์ที่ใช้



1. จุก Minicap ปิด Transfer set ที่ใช้แล้ว
2. คีมคีบ/ไม้แหลม
3. ผงซักฟอก/สบู่/น้ำสะอาด

วิธีทำ



1. นำจุก Minicap ที่ใช้แล้วมา
2. ใช้คีมคีบ/ไม้แหลมเขี่ยไส้ในจุกที่เป็นฟองน้ำชุบ Povidine ออกทิ้ง
3. แปะจุกด้วยผงซักฟอก/สบู่ ทิ้งไว้ 15 นาที ล้างด้วยน้ำสะอาดผึ่งแดดให้แห้งและประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ ดังนี้

ตาราง การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. สามารถปิดกั้นน้ำปัสสาวะไม่ให้ไหลได้	4.82	0.39	มากที่สุด
2. ไม่ก่อให้เกิดการแตกรั่วของสาย Urine	4.06	0.24	มากที่สุด
3. ไม่ก่อให้เกิดอันตรายในการใช้งาน	5.00	0.00	มากที่สุด
4. มีความสะดวกในการใช้งาน	4.16	0.37	มากที่สุด
5. มีความสะดวกในการทำความสะดวก	3.72	0.45	มาก
6. ช่วยท่านประหยัดค่าใช้จ่ายสูง	4.62	0.49	มากที่สุด
รวม	4.40	0.24	มากที่สุด

จากการเก็บข้อมูล ความพึงพอใจผู้ใช้สิ่งประดิษฐ์ จำนวน 50 คน พบว่า ประเด็นที่มีความพึงพอใจค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายในการใช้งาน มีค่าเฉลี่ย (5.00) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็น สามารถปิดกั้นน้ำปัสสาวะไม่ให้ไหลได้ มีค่าเฉลี่ย (4.82) ช่วยท่านประหยัดค่าใช้จ่ายสูง มีค่าเฉลี่ย (4.62) มีความสะดวกในการใช้งาน มีค่าเฉลี่ย (4.16) ไม่ก่อให้เกิดการแตกรั่วของสาย Urine มีค่าเฉลี่ย (4.06) ส่วนประเด็นที่มีความพึงพอใจต่ำสุด คือ ความสะดวกในการทำความสะดวก มีค่าเฉลี่ย (3.72) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า นวัตกรรมจาก minicap เป็นการ recycle จากของเหลือใช้ช่วยลดภาวะโลกร้อน สามารถใช้ประโยชน์ แทน clamp และตัวหนีบ เพื่อกันการไหลของน้ำในสายยางได้ ซึ่งช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย สะดวกในการใช้งานสำหรับเจ้าหน้าที่ และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสายยางที่ใช้ไม่ว่าจะเป็นสาย CAPD หรือสาย Urine

⊕ กระซอนสอนไต (Kidney seive)

ผศสุข สุวัฒน์ จารุวรรณ ชูวงศ์ตระกูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานบำบัดรักษาพิเศษ โรงพยาบาลนครนายก เขตสุขภาพที่ 4

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

โรคไตนับเป็นปัญหาสำคัญอันดับ 1 ของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ปัจจุบันประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 1 หมื่นคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จึงต้องเร่งค้นหาผู้ป่วยโรคไต ไม่ให้ป่วยเป็นไตวายเรื้อรังถึงระยะสุดท้าย ซึ่งจะต้องหาที่รักษาบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิต ไม่ว่าจะเป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง และกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มีการจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD clinic) เพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องมียกประกอบครบทั้ง 4 ด้าน คือ 1. มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก 5 สาขา 2. โปรแกรมการสอนและระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ การใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมการให้คำแนะนำและเตรียมพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการบำบัดทดแทนไต 3. มีระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4. การทำงานในรูปแบบเครือข่ายกับชุมชน และรพ.ในระดับสูงและต่ำกว่า จากปัญหาในการจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD clinic) ในด้านโปรแกรมการสอนผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจถึงลักษณะการทำงานของไตและการแบ่งระยะของไตทั้ง 5 ระยะ และพยาบาลผู้สอนต้องใช้เวลานานในการอธิบายและตอบคำถามกว่าผู้ป่วยจะเข้าใจ รวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถจินตนาการตามได้ว่าไตเสื่อมในแต่ละระยะเป็นอย่างไร เพื่อเป็นการพัฒนาสื่อสาร สอนให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจได้ชัดเจนและเห็นเป็นรูปธรรม จึงได้มีการประดิษฐ์กระซอนสอนไตขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อการเรียนการสอนและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับหน้าที่การทำงานของไตและการแบ่งระยะโรคไต
2. เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม

อุปกรณ์

1. กระซอน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 เซนติเมตร
2. ดินน้ำมัน
3. ถุงพลาสติกใส
4. กระดาษสติ๊กเกอร์ จำนวน 6 สี



วิธีทำ

1. ใช้กระซอนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 ซม.
2. ปั้นดินน้ำมันใส่ให้เต็มกระซอนและแบ่งดินน้ำมันออกตามสัดส่วนของระยะการเป็นโรคไต ระยะที่ 1, 2, 3A, 3B, 4 และ 5
3. ใช้สติ๊กเกอร์สีแปะด้านหน้าของดินน้ำมันแต่ละชั้น
4. ติดตัวเลขอัตราการกรองของไตที่เหลืออยู่ ดังรูป
5. ใช้กระซอนเป็นตัวช่วยสอนและแบ่งเป็นระยะของของโรคไต ทั้ง 5 ระยะ ดังรูป

ระยะที่ 1

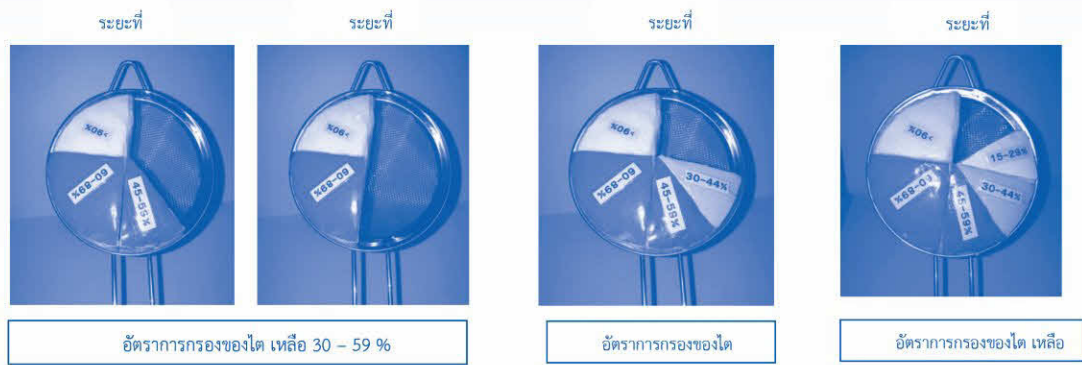


อัตราการกรองของไต เหลือ 2

ระยะที่ 2



อัตราการกรองของไต เหลือ 60-



วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ :

- นำกระชอนเปล่ามาเปรียบเทียบกับแทนหน่วยไต ที่ทำหน้าที่กรองของเสียออกจากร่างกาย
- ในภาวะที่ไตเสื่อมจะทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไต (eGFR) ลดลง โดยจะเปรียบเทียบกับภาวะไตเสื่อมทั้ง 5 ระยะ ด้วยดินน้ำมันที่ม้วนอุดตันรูกระชอนทำให้อัตราการกรองของเสียลดลง
- กระชอนเปล่าที่ไม่มีดินน้ำมันอุดตัน เปรียบเทียบ ไตที่สามารถกรองของเสียได้มากกว่า 90-120 % ระยะที่ 1 กระชอนที่มีดินน้ำมันอุดตัน 1 ใน 6 ส่วนคือไตที่กรองของเสียได้ 60-89 % ตามรูป แทนไตวายระยะที่ 2 กระชอนที่มีดินน้ำมันอุดตัน 2 ใน 6 ส่วนคือไตที่กรองของเสียได้ 45-59 % ตามรูป แทนไตวายระยะที่ 3A กระชอนที่มีดินน้ำมันอุดตัน 3 ใน 6 ส่วนคือไตที่กรองของเสียได้ 30-44 % ตามรูป แทนไตวายระยะที่ 3B กระชอนที่มีดินน้ำมันอุดตัน 4 ใน 6 ส่วนคือไตที่กรองของเสียได้ 15-29 % ตามรูป แทนไตวายระยะที่ 4 กระชอนที่มีดินน้ำมันอุดตัน 5 ใน 6 ส่วนคือไตที่กรองของเสียได้น้อยกว่า 15 % ตามรูป แทนไตวายระยะที่ 5
- ใช้น้ำเป็นตัวแทนเลือดปริมาณ 1 แก้วเทผ่านกระชอนเปล่าซึ่งเปรียบเสมือนหน่วยไต ที่สามารถกรองของเสียจะกรองน้ำและของเสียผ่านได้หมด 100 %
- ใช้น้ำเป็นตัวแทนเลือดปริมาณ 1 แก้วเทผ่านกระชอนที่มีดินน้ำมันอุดตันแต่ละส่วนดังรูป น้ำจะไหลผ่านรูกระชอนได้ไม่หมด น้ำจะล้นกระชอนออกมาปริมาณมากน้อยแล้วแต่การอุดตัน ดังรูป เปรียบเสมือนหน่วยไต ที่มีความสามารถกรองน้ำและของเสียได้เพียงไม่กี่ % ตามระยะของโรคจึงเกิดน้ำและของเสียสะสมอยู่ตามร่างกาย ทำให้เกิดอาการบวม หอบเหนื่อย บวมหน้า แขน น้ำท่วมปอด คลื่นไส้อาเจียน
- เปรียบเทียบการรับประทานอาหารเสริมเมื่อผ่านการกรองที่หน่วยไตทำให้หน่วยไตทำงานหนักขึ้นไตจะเสื่อมเร็วขึ้นเหมือนกับราดน้ำเกลือผ่านกระชอน จะเกิดการเป็นสนิมผุกร่อนเป็นรูรั่วจึงทำให้ตรวจพบโปรตีนรั่วในปัสสาวะ



อภิปรายผล กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการ CKD Clinic ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 มกราคม 2560 จำนวน 357 คน พบว่า ก่อนได้รับคำแนะนำผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการ CKD Clinic มีระดับความรู้เกี่ยวกับการแบ่งระยะของโรคไตเพียงร้อยละ 36.13 จากนั้นผู้ป่วยและญาติได้เข้าโปรแกรมการสอนโดยใช้ กระชอนสอนไต เป็นสื่อในการสอนเรื่องการแบ่งระยะของโรคไต และประเมินผล พบว่า หลังได้รับคำแนะนำผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการ CKD Clinic มีระดับความรู้เกี่ยวกับการแบ่งระยะของโรคไต สูงถึง ร้อยละ 89.92 รวมทั้งได้ให้ผู้ป่วยและญาติประเมินความพึงพอใจโดยรวมในการให้คำแนะนำการแบ่งระยะของโรคไตด้วยกระชอนสอนไต ร้อยละ 96.47 อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการสอนจากปกติใช้เวลาเฉลี่ย 15 นาทีต่อคน ลดลงเหลือ 5.30 นาทีต่อคน

ประโยชน์และการนำไปใช้

- ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในแบ่งระยะของโรคไตได้ง่าย เห็นภาพชัดเจน ด้วยการใช้กระชอนสอนไต มาเป็นสื่อในการสอนในคลินิกชะลอไตเสื่อม CKD Clinic

2.ระยะเวลาในสอน CKD Clinic เร็วขึ้น

3.นวัตกรรมชิ้นนี้ได้เผยแพร่แบ่งปันให้โรงพยาบาลอ่างทองและโรงพยาบาลอินทร์บุรี

⊕ การพัฒนารูปแบบการค้นหาและการจัดการผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเชิงรุกในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

รศสุคนธ์ ตันติวิจิตรเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี เขตสุขภาพที่ 5

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่พบได้มากที่สุด หากไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ จะทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการรักษาที่ยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายสูง การดำเนินงานของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในปีงบประมาณ 2558 ขาดการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตระยะ 78 วินิจฉัยไม่ถูกต้องร้อยละ 10 การเข้าถึงบริการคลินิกโรคไต ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4 - 5 ได้เพียงร้อยละ 28 และร้อยละ 82 ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบฉุกเฉินก่อนล้างไตทางช่องท้อง จากการทบทวนการดำเนินงานพบว่าจากจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม NCD มีจำนวนมาก การวินิจฉัยโรคไตและการบันทึกรูปแบบเดิมไม่สม่ำเสมอและต้องใช้เวลา ขาดการตรวจสอบและแก้ไขวินิจัยที่ไม่ถูกต้อง แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้าถึงคลินิกโรคไตไม่ชัดเจนและล่าช้า

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบค้นหาและการจัดการผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเชิงรุกในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบผลการดำเนินการทำให้บริการระหว่างก่อนกับหลังการนำรูปแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นไป

การดำเนินการ เป็นการวิจัยและพัฒนาเชิงทดลอง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองระหว่างเดือนค.ศ.57 ถึง มี.ค.60 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 17,909 คน 2) ผู้ปฏิบัติงานได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ เจ้าหน้าที่สารสนเทศ ซึ่งทั้งหมดที่ปฏิบัติงานจริงขณะวัดผลการดำเนินงาน รวมทั้งสิ้น 5 คน ภายใต้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพงาน PDCA (Plan Do Check Act) ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบ เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย เวชระเบียน โปรแกรม HosXp คอมพิวเตอร์ แบบบันทึกความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาด้วยจำนวน ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตระยะต่างๆ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 88 การวินิจฉัยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 82 เป็นร้อยละ 92 การเข้าถึงบริการคลินิกโรคไตของผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4-5 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 55 ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 5 ได้รับการเตรียมความพร้อมสามารถล้างไตทางช่องท้องโดยไม่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบฉุกเฉินก่อนล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 เป็นร้อยละ 64 ลดค่าใช้จ่ายการฟอกเลือดแบบฉุกเฉินจาก 306,500 บาท เหลือ 192,000 บาท ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 78 เป็นร้อยละ 88 โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ นำไปพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการคลินิกโรคไตและการรักษาของแพทย์ ระบุตัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วในคลินิก NCD เพื่อให้ทราบระยะเวลาการเสื่อมของไตเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ขยายการค้นหาเชิงรุกเป็นผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และสามารถจัดทำเป็นรายงานเพื่อค้นข้อมูลผู้ป่วยโรคไตระยะต่างๆ ให้กับชุมชน และต่อยอดนำไปพัฒนาการรายงานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาไตด้วย

สิ่งที่ภาคภูมิใจ เป็นผลงานทางวิชาการที่จากสหสาขาวิชาชีพทีม NCD คุณภาพมีส่วนร่วมในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยโรคไตโดยให้ความสำคัญใส่ใจ และมุ่งมั่นที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระจากงานประจำ

คำสำคัญ : NCD, โรคไต, วิจัยพัฒนาเชิงทดลอง

⊕ “Apron Photharam: อภรณ์ โพธาราม ผ้ายางป้องกันแผลหน้าท้องเปื่อยน้ำ” การพัฒนา งานล้างไตทางช่องท้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลช่องสายล้างไต (Exit site infection)

รศสุคนธ์ ดันติวิชิตเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงานล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี เขตสุขภาพที่ 5

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องจะมีสายล้างไตติดกับตัวตลอดเวลา การดูแลแผลช่องสายออกของสายล้างไต เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติต้องให้ความใส่ใจและดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่ช่องสายล้างไตที่อาจลุกลามจนทำให้เกิดการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องได้ จากสถิติในปีแรกของการให้บริการงานล้างไตฯ พ.ศ. 2553 พบว่าการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกของสายล้างไต (Exit site infection) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดและมีค่าใช้จ่ายสูงสุด

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเชิงทดลอง 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลการพัฒนางานล้างไตเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลช่องสายล้างไตโดยใช้แนวคิดการแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่ดีที่สุด คือ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และใช้แนวคิดของกระบวนการ PDCA เพื่อการพัฒนา ปรับปรุงและแก้ไขปัญหามาประยุกต์ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวางสายล้างไตฯ จำนวน 103 คน ระหว่างวันที่ ตุลาคม 2553 ถึง พฤษภาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกการติดเชื้อแบบบันทึกเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกความพึงพอใจ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ผ้ายางใช้ป้องกันแผลเปื่อยน้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาด้วยจำนวน ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่านวัตกรรมนี้ใช้งานง่ายสะดวกผ้ายางนี้ไม่ทำให้เกิดความรำคาญ รักษาภาพลักษณ์ได้ดีและแผลของผู้ป่วยเปื่อยน้ำน้อยลงส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่แผลลดลงได้ ในปี 2553 ถึง 2555 จากร้อยละ 57.14, 28.57, 12.5 ตามลำดับ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อจาก 1,341 ,5387 เหลือเพียง 530 บาทต่อปี และจากปี 2555 จนถึง 2560 ไม่พบว่าหลังผ่าตัดวางสายล้างไตเกิดการติดเชื้อที่ช่องสายล้างไตฯ สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่หลังผ่าตัดวางสายล้างไตได้ทันทีโดยไม่กระทบกระเทือนต่อแผล ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 92

สิ่งที่ภาคภูมิใจ คือ การมีส่วนร่วมของพยาบาลและผู้ป่วยในการสร้างนวัตกรรมนี้ร่วมกัน ประดิษฐ์จากวัสดุรีไซเคิล ไม่ต้องใช้งบประมาณ ทำให้ผู้ป่วยเกิดคุณค่าในตนเอง ได้สร้างประโยชน์เพื่อส่วนรวม และเป็นนวัตกรรมที่พัฒนาแล้วนำมาใช้งานได้จริงและต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

คำสำคัญ : ล้างไตทางช่องท้อง, การติดเชื้อ, วิจัยพัฒนาเชิงทดลอง

⊕ การลดระยะเวลารอวางสาย Tenckhoff

สุวิวรรณ์ จิตอารี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานไตเทียม โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง เขตสุขภาพที่ 6

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระบวนการล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลระยองเริ่มจากการเตรียมสถานที่สำหรับล้างไตที่บ้านและเตรียมผู้ดูแลให้ผ่านการประเมิน โดยการประเมินเบื้องต้นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล CAPD และนักสังคมสงเคราะห์จึงลงทะเบียนเข้าโครงการล้างไตทางช่องท้องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อนัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff) จากการศึกษาปี 2558 พบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลารอวางสาย 38.1 วัน ซึ่งเกิน KPI ที่ Service Plan สาขาได้อำหนดไว้ให้ระยะเวลารอวางสาย 14 วัน และในระหว่างรอวางสายผู้ป่วยใช้สิทธิ์ Temporary Hemodialysis ในโรงพยาบาลระยอง ทำให้มีผู้ป่วยทำ Temporary Hemodialysis เป็นเวลานานและมากเกินอัตรากำลังให้บริการของพยาบาล Hemodialysis

วัตถุประสงค์ เพื่อลดระยะเวลารอวางสาย Tenckhoff

วิธีดำเนินการ

1. การวิเคราะห์หาสาเหตุ

1.1 ระยะเวลารอวางสาย TK เนื่องจากศัลยแพทย์นัดวางสายในวันที่มีคิวห้องผ่าตัดในเวลาราชการ โดยเรียงลำดับร่วมกับผู้ป่วยผ่าตัดรายอื่นซึ่งมีจำนวนมาก

1.2 การลงทะเบียนเข้าโครงการในวันที่บ้านผ่านการประเมินทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทำ Temporary Hemodialysis นานเนื่องจากต้องรอนัดพบศัลยแพทย์และรอวางสาย TK

2. นำเสนอปัญหาในการประชุม COP ไตเทียม 25 กุมภาพันธ์ 2559 ขอความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ

- คัดลยแพทย์นัดวางสายภายใน 14 วัน/วางสาย TK นอกเวลาราชการ
- ขอความร่วมมือพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล กรณีวางสายนอกเวลาราชการ
- นำเสนอผู้บริหารเพื่อขอเบิกค่าตอบแทนกรณีวางสายนอกเวลาราชการ

3. เปลี่ยนวันลงทะเบียนเข้าโครงการเป็น ณ วันที่ทราบวันวางสาย

4. ใช้กระบวนการLean โดยนัดวันประเมินบ้านให้ตรงกับวันที่คัลยแพทย์ออกตรวจแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อบ้านผ่านการประเมินสามารถส่งปรึกษาเพื่อวางสาย TK และลงทะเบียนเข้าโครงการ ทำให้ลดจำนวนครั้งและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ผลการดำเนินงาน



อภิปรายผล จากความร่วมมือของทีมสหสาขาทั้งคัลยแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาล CAPD รวมทั้งการนำกระบวนการ lean มาปรับใช้ ทำให้สามารถลดระยะเวลาวางสายTK จาก 38.1 วัน เหลือ 7.84 วัน ทั้งนี้พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาวางสายมากกว่า 14 วัน จำนวน 5 ราย(16.1 %) ระยะเวลาการนอนสุดที่ 23 วัน น้อยที่สุด 0 วัน โดยคัลยแพทย์จะพิจารณาจากความเร่งด่วนของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือก CAPD first ไม่ได้ทำ Hemodialysis (32.1 %) จะมีระยะเวลานานกว่าผู้ป่วยที่ทำ Temporary Hemodialysis ซึ่งเป็นผลให้สามารถลดจำนวนวันในการทำ Temporary Hemodialysis ลงด้วย และเมื่อเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนกรณีวางสายTKนอกเวลาราชการอยู่ที่ 1,760 บาท ค่าทำ Temporary Hemodialysis ครั้งละ 1,500 บาท ถือว่าคุ้มค่า

ความภาคภูมิใจ การลดระยะเวลาการวางสาย Tenckhoff ลงได้ต่ำกว่าจำนวนวันที่ KPI กำหนด และมีการนำกระบวนการ Lean มาปรับใช้ในงานประจำ

การทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลหนองคาย

อัยยชนก รุ่งเรือง สุพัตรา แข็งกลาง เกษักรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม
มนีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันทน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย เขตสุขภาพที่ 8

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการติดตามการใช้ยาของเภสัชกรประจำคลินิกโรคไต พบปัญหาการใช้ยาจนส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาและความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยกินยาซ้ำซ้อนจนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยหยุดกินยาเนื่องจากไม่ทราบว่าต้องกินยาต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือคลาดเคลื่อนซึ่งพบในผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรับการรักษาใกล้บ้านที่ไม่มียาและไม่มียาประจำตัวทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยดังนั้นการนำกระบวนการ Medication reconciliation ซึ่งเป็นกระบวนการประสานรายการยาเพื่อให้ง่ายต่อผู้ป่วยจะได้รับยาที่ต้องได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลเดียวกันและต่างสถานพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดหนองคาย มาใช้ในผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรคไตซึ่งจะช่วยผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา

วัตถุประสงค์

- เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในคลินิกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลหนองคาย
- เพื่อสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลหนองคาย

วิธีดำเนินการ เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี 2558 โดยทบทวนข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วยในคลินิกโรคไตวายเรื้อรังจากเวชระเบียน พบว่ามีความ

คลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วย ดังนี้ ด้านระบบการให้บริการ 63.87 % ด้านผู้ป่วย 29.41 % ด้านบุคลากรทางการแพทย์ 4.2 % และอื่นๆ 2.52 % จากปัญหาด้านระบบการให้บริการซึ่งสูงถึง 63.87 % จึงได้มีการพัฒนาระบบการทำ Medication Reconciliation ขึ้นโดยการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป้อนายาเดิมมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง ตรวจสอบยาและค้นหาปัญหาการใช้ยา มีการส่งข้อมูลให้แพทย์และทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแล และมีการตรวจสอบรายการยาเดิมและรายการยาใหม่หลังพบแพทย์ กรณีที่มีการปรับเปลี่ยนยาจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลยาไปยังสถานพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดหนองคายที่ผู้ป่วยไปรับบริการ เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไต

ผลการดำเนินการ การจัดทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังร่วมกับการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา สามารถลดปัญหาด้านยา และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยา โดยพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงถึงร้อยละ 53 ความคลาดเคลื่อนทางยาเนื่องจากระบบการให้บริการสุขภาพลดลงถึงร้อยละ 60 และในการศึกษานี้ยังสามารถลดการใช้ยาเป็นมูลค่าถึงปีละ 80,000-100,000 บาท ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบ	Before	After
ปัจจัยด้านระบบการให้บริการ	76 (63.87%)	30
ได้รับยาซ้ำซ้อน	38	21
ได้รับยาที่ไม่ควรได้ร่วมกัน	14	5
การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง	10	3
ไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ	5	1
ได้รับขนาดยาที่น้อย/มากเกินไป	5	0
ยาหมดก่อนวันนัด	4	0
ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์	3 (2.52%)	1
การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสม	3	1
ปัจจัยด้านผู้ป่วย	35 (29.41%)	24
ทานอาหารเสริม ยาสมุนไพร ยาชุด	8	3
ลืมกินยา	9	6
ขาดยาหรือไม่มาตามนัด	5	8
กินยาผิด	13	7
อื่นๆ เกิด S/E จากยา	5 (4.20%)	1
รวม	119 (100%)	56 (47.05)

อภิปรายผล การพัฒนาระบบ Medication Reconciliation ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างชัดเจน และสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้ รวมทั้งมีระบบการส่งต่อข้อมูลการใช้ยาระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลลูกข่ายที่ชัดเจน โดยประสานผ่านใบประสานรายการยา (medication reconciliation) รวมทั้งทำให้มีแนวปฏิบัติในการให้บริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกในคลินิกอายุรกรรมโรคไตเครือข่ายจังหวัดหนองคายด้วย และอยู่ระหว่างการพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลยาโดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยเพื่อให้บุคลากรในเครือข่ายได้ใช้ประโยชน์ต่อไป

ความภาคภูมิใจ

- การมีระบบการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยป้องกันและลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้
- การจัดทำ Medication Reconciliation ในครั้งนี้ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเพราะได้พบเภสัชกรทุกครั้ง แม้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยต้องใช้เวลา
- การมีกระบวนการ CQI ในงานประจำสม่ำเสมอ นำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
- การได้รับความร่วมมือร่วมใจและความมุ่งมั่นตั้งใจจริงในการแก้ไขปัญหาของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- มีการทำงานเป็นทีม ทีมงานที่เข้มแข็งทำให้คนทำงานมีความสุขในการทำงาน
- ผลงานนี้ได้มีการพัฒนาต่อเนื่องในรูปแบบ R2R “การทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรคไตโรงพยาบาลหนองคาย” ซึ่งได้รับรางวัล R2R ดีเด่น ประเภทตติยภูมิ ของเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2560

☒ “ส่งภาษามือ สื่อภาษาไต”

สุปราณี กิติพิมพ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เขตสุขภาพที่ 8

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนากลางเริ่มเปิดให้บริการปี 2557 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับบริการจำนวน 488 ราย และเพิ่มเป็น 553 ราย ในปี 2558 โดยอำเภอกลาง มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้วจำนวน 12 ราย และล้างไตทางช่องท้องจำนวน 29 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระยะที่ 5 ซึ่งมีจำนวน 112 ราย ในปี 2558 การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความสำคัญ สามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไต ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของโรคจนต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้ คลินิกโรคไตเรื้อรังได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้จัดบริการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจดจำระยะของโรคไตเรื้อรังของตนเองได้ ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำนวัตกรรม “ส่งภาษามือ สื่อภาษาไต” เพื่อใช้ประกอบการสอนและให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อเชื่อมโยงระยะของโรคไตเรื้อรัง อาการ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตใหม่ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรม “ส่งภาษามือ สื่อภาษาไต” ต่อความรู้ และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีดำเนินงาน เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนากลางรายใหม่ปี 2559 จำนวน 100 คน ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือน มิถุนายน 2559 ใช้นวัตกรรมส่งภาษามือ สื่อภาษาไตก่อนการให้ความรู้ด้วยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 แทนด้วย ยกนิ้วหัวแม่มือ (ดีเยี่ยม) สื่อความหมายถึง ไตเริ่มเสื่อม ไตยังทำงานได้ดีอยู่ ผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติ การทำงานของไตมากกว่าหรือเท่ากับ 90 % โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 แทนด้วย ยกนิ้วชี้และนิ้วกลาง (สู้ไหว) สื่อความหมายถึง ไตเสื่อมเล็กน้อย ผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติ การทำงานของไต เท่ากับ 60 ถึง 89 % โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แทนด้วย ยกนิ้วกลาง นาง และก้อย (โอเค) สื่อความหมายถึง ไตเสื่อมปานกลาง ผู้ป่วยจะมีการปัสสาวะบ่อยกลางคืน ชีต เพลีย การทำงานของไต เท่ากับ 30 ถึง 59 % โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แทนด้วย ยกนิ้วหัวแม่มือ กลาง นาง และก้อย (ไม่โอเค) สื่อความหมายถึง ไตเสื่อมรุนแรง หรือ ไตวาย ผู้ป่วยจะมีการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร บวม ความจำแย่ลง การทำงานของไต เท่ากับ 15 ถึง 29 % โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 แทนด้วย ยกมือกาง 5 นิ้ว (โบกมือลา) สื่อความหมายถึง ไตเสื่อมรุนแรงมาก (ระยะสุดท้าย) ผู้ป่วยจะมีการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ลับสน บวม อึดอัด หายใจลำบาก อาจเสียชีวิตได้ การทำงานของไต น้อยกว่า 15 % โดยได้จัดพิมพ์ไว้ในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนต่อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Statistic Package for Social Science for Windows (SPSS-FW) Version 17

ผลการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย เป็นเพศชาย 55 คน เพศหญิง 45 คน อายุเฉลี่ย 66 ปี อายุน้อยที่สุด 39 ปี และอายุมากที่สุด 86 ปี เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 51 คน ระยะที่ 4 จำนวน 31 คน และระยะที่ 5 จำนวน 18 คน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคไตและวิธีการชะลอความเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น ด้านการรับประทานอาหารมีความรู้เพิ่มขึ้น ด้านการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 สามารถเล็กรับประทานยาสมุนไพรได้ ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94 สามารถจดจำระยะของโรคไตเรื้อรังของตนเองได้ และร้อยละ 100 มีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมส่งภาษามือสื่อภาษาไต

อภิปรายผล การนำนวัตกรรมส่ง “ภาษามือ สื่อภาษาไต” ไปใช้ทบทวนระยะของโรคไตเรื้อรังก่อนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนากลาง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะของโรคไตเรื้อรังของตนเองเป็นอยู่ จดจำระยะของโรคไตเรื้อรังของตนเองได้ ส่งผลให้การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น และผู้ป่วยเกิดความตระหนักและกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะให้นำนวัตกรรมนี้ไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจดจำระยะของโรคไตเรื้อรังได้แม่นยำขึ้น

ความภาคภูมิใจ การใช้ นวัตกรรม “ส่งภาษามือ สื่อภาษาไต” สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้จดจำระยะของโรคไตตนเองได้ ช่วยต่อยอดการพัฒนาการให้สุขศึกษาของทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ด้านผู้ป่วย การได้รับความรู้ตามหลักวิชาการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ประยุกต์ให้เข้าถึงผู้ป่วย จนผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในตัวโรคจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

นวัตกรรม “ส่งภาษามือ สื่อภาษาไต” ได้รับการจดลิขสิทธิ์ ประเภทงาน วรรณกรรม จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา



❖ ผลของการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

สิทธิรัตน์ พรหมภูคา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ เขตสุขภาพที่ 9

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์พบว่าพบผู้ป่วยเบาหวานมีไตเรื้อรังจากระยะ 3-5 ร้อยละ 41.39 % และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบผู้ป่วยมีไตเรื้อรังระยะ 3-5 ร้อยละ 36.49 % จึงมีความจำเป็นต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยทางคลินิกโรคเรื้อรังได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 เป็นครั้งแรก โดยการให้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังจากพยาบาล โภชนากร จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมและครอบครัวที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จำนวน 10 ครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเนื่องจากในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ยังไม่มีรูปแบบการให้ความรู้ที่ชัดเจน เป็นการให้คำแนะนำสั้นๆช่วงระยะเวลาตรวจรักษา จากแพทย์ พยาบาล โภชนากรและเภสัชกรรม ครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยเองมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านได้ เพื่อชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นดังนั้นโรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ จึงได้ศึกษาเรื่องชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตขึ้น

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตวายเสื่อมระยะที่ 3 ได้รับการบริการดูแลและป้องกันโรคไตวายเรื้อรังที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย มีความรู้และตระหนักในการดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังและชะลอการเกิดไตวายระยะสุดท้าย เกิดเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคไตวายเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการ โดยการจัดโครงการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 82 ราย และสมาชิกในครอบครัวจำนวน 82 ราย รวมทั้งสิ้น 164 ราย ที่อ่านออกเขียนได้และยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยแบ่งเป็นแต่ละตำบล จัดทำโครงการที่รพ.สต.ในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสะดวกในการเดินทาง โดยให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของโรคไต เก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้ความรู้โดยใช้แบบสอบถามความรู้ พร้อมกับติดตามประเมินผล GFR ซ้ำ หลังจากครบทุก 3 - 6 เดือนวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย สรุปโครงการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังร่วมกับ รพ.สต.

ผลการศึกษา พบว่าก่อนการให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 และครอบครัว มีความรู้ในระดับปานกลาง 4 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 66.67 และมีความรู้ในระดับสูง 2 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 33.33 หลังการให้ความรู้ มีความรู้ในระดับปานกลาง 1 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 16.67 และมีความรู้ในระดับสูง 5 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 83.33 และมี 3 ตำบลที่มีความรู้จากระดับปานกลางไปเป็นระดับสูง และจากการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จากค่า GFR หลังจากอบรมทุก 3 - 6 เดือน พบว่า ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ไตเสื่อมระยะที่ 3 ทั้งหมด GFR 30-59 ml/min/1.73 m² (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) จำนวน ทั้งหมด 82 ราย เป็นชาย 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.83 เป็นหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.17 หลังการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับ GFR ลดลง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 เป็นชาย 3 ราย หญิง 9 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เฝ้าทำงานลดลง แต่เป็นการลดลงแบบชะลอการเสื่อมหรือลดลงไม่มาก และผู้ที่มีระดับ GFR เพิ่มขึ้น 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.36 เป็นชาย 19 ราย หญิง 51 ราย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รับประทานอาหารที่เหมาะสม รับประทานยาตามแพทย์สั่ง มารับยาตามนัด มีการออกกำลังกายและผ่อนคลายความตึงเครียด ด้านครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย สามารถที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้รับการกระตุ้นเตือนและจัดอาหารลดเค็มลดอาหารหมักดองเป็นส่วนใหญ่จากครอบครัว

อภิปรายผล จากการวัดความรู้พบว่าพื้นที่ 1 แห่งที่มีความรู้ระดับปานกลางเหมือนเดิม ซึ่งจากการทำโครงการพบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้การรับรู้ไม่ได้เท่าที่ควร และทางคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์มีข้อจำกัดด้านเวลาเนื่องจากช่วงเช้าให้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังทุกวันทำให้ออกไปทำโครงการในช่วงเช้าไม่ได้ จึงต้องปรับแผนไปทำช่วงบ่ายของทุกวันแทนจึงทำให้มีข้อจำกัดในด้านเวลาทำโครงการ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการเพิ่มการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ทางรพ.สต.พื้นที่รับผิดชอบเองต้องมีการให้ความรู้ มีกิจกรรมแก่ผู้ป่วยและญาติกลุ่มนี้เป็นระยะเพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่องผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม

ความภาคภูมิใจ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังครั้งแรกของโรงพยาบาล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีทีมสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่รพ.สต.ได้มีส่วนร่วมในการทำโครงการในพื้นที่ ทำให้ทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัวได้เกิดความตระหนักและเกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

วงจรไตเสื่อม... เชื่อมโยงการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เถียรวิชัย เมืองคำ ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ
โรงพยาบาลนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ เขตสุขภาพที่ 9

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 7.6 ล้านคน เกิดจากโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 70 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกว่า 70,000 คน ต้องล้างไตทางช่องท้อง/ฟอกเลือด รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายปีละกว่าหมื่นล้านบาท คลินิกโรคไต รพ.นาโพธิ์ มีผู้ป่วยโรคไต 1,898 คน ซึ่งการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตยังไม่ครอบคลุม เพราะบุคลากรทำงานหลายด้าน จำขนาดยาได้ไม่มาก และใช้เวลาสืบค้นข้อมูลนานเฉลี่ย 5.3 นาที/คน จึงได้พัฒนานวัตกรรมวงจรไตเสื่อมเชื่อมโยงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขึ้น วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาเครื่องมือการใช้ยาในผู้ป่วยไตเสื่อมให้เหมาะสมและครอบคลุม เปรียบเทียบระยะเวลาสืบค้นข้อมูลเฉลี่ยก่อนและหลังใช้นวัตกรรม สนองนโยบายและยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของรัฐบาล

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันทบทวนแนวคิด ทฤษฎีตามหลักวิชาการ ออกแบบ และพัฒนาเครื่องมือ โดยจัดกลุ่มยาตามสีของวงจรไตเสื่อม และพิมพ์สี มีอุปกรณ์ที่ใช้ คือ กระดาษแข็ง เครื่องพิมพ์สี ประชากรทั้งหมด คือ กลุ่มผู้ป่วยในคลินิกโรคไต รพ.นาโพธิ์ ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2558 – 31 มี.ค. 2560 จำนวน 1,898 คน ทดลองใช้งานและเปรียบเทียบระยะเวลาสืบค้นข้อมูลเฉลี่ยก่อนและหลังใช้นวัตกรรม เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม จดลิขสิทธิ์คุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา และขอสนับสนุนงบประมาณในการพิมพ์เผยแพร่เพื่อสาธารณประโยชน์

ผลการศึกษา พบว่า สตรีใช้เวลาสืบค้นข้อมูลเฉลี่ยจาก 5.3 เหลือ 0.5 นาที/คน (ลดลง 10 เท่า) สามารถเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเสื่อมครอบคลุม ร้อยละ 100 Consult แพทย์ปรับ/เปลี่ยนยา 204 คน (ร้อยละ 10.7) ยาที่ปรับเปลี่ยน ได้แก่ Glibenclamide 124 คน (ร้อยละ 61.1) กลุ่มยา ACEI + ARB 24 คน (ร้อยละ 11.8) Simvastatin 21 คน (ร้อยละ 10.3) Gemfibrozil 14 คน (ร้อยละ 6.7) Allopurinol 11 คน (ร้อยละ 5.4) Colchicine 5 คน (ร้อยละ 2.5) Metformin 5 คน (ร้อยละ 2.5) ความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม

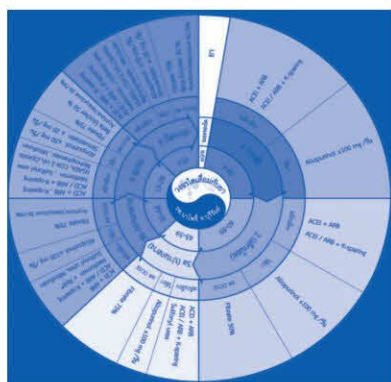
อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 95 จัดลิขสิทธิ์เมื่อวันที่ 15 ก.ย.2559 ได้รับสนับสนุนจาก สสส. และบริษัท TNP printing จำกัด พิมพ์เผยแพร่ 20,000 ชุด

อภิปรายผล สรุป และข้อเสนอแนะ เครื่องมือที่ประดิษฐ์ขึ้นสามารถเฝ้าระวังการใช้จ่ายในผู้ป่วยได้เสมือนได้ ร้อยละ 100 และลดระยะเวลาสืบค้นข้อมูลเฉลี่ย 10 เท่า เพราะการจัดกลุ่มยาตามสัณฐานโครงสร้างโมเลกุล ทำให้ง่ายต่อการสืบค้นข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี พลกิจ 2 ที่กล่าวว่าการจัดกลุ่มข้อความ และการเติมสีเส้นช่วยเพิ่มความจำได้ถึงร้อยละ 80 มีการขยายเครือข่ายโรงพยาบาลใน จ.บุรีรัมย์ ทั้งหมด 22 แห่ง ซึ่งอยู่ระหว่างการติดตามผล จึงเสนอแนะให้ขยายเครือข่ายในรพ./รพ.สต.ในระดับเขต และระดับประเทศต่อไป

ความภาคภูมิใจ

1. รางวัลชนะเลิศระดับประเทศ ประเภทนวัตกรรมยอดเยี่ยม NCD Forum 2016 ร่วมกันดูแลไต ช่วยคนไทยดูแลโรคเรื้อรัง 12 - 13 ก.ย. 2559
2. นำเสนอวิชาการระดับประเทศในงานประชุมวิชาการถอดบทเรียนเภสัชปฐมนูมิ ประจำปี 2559 และ 2560
3. นำเสนอวิชาการระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และเขตสุขภาพที่ 9 ในงานประชุมวิชาการ ประจำปี 2559 และ 2560

รูปนวัตกรรมด้านหน้า



รูปนวัตกรรมด้านหลัง



⊕ หมอนหนุนจากถุงน้ำยางสังเคราะห์

จิรวดี ท้าวอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุข

โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสำลักทางช่องท้อง (CAPD) เป็นการทำความสะอาดเลือดและจัดของเหลวส่วนเกินออกจากร่างกายโดยใช้ตัวกรองที่มีอยู่ตามธรรมชาติซึ่งก็คือเยื่อผนังช่องท้องของร่างกายน้ำยาล้างไตจะถูกใส่เข้าไปในช่องท้อง เยื่อผนังช่องท้องจะทำหน้าที่กรองของเสียและของเหลวออกจากเลือดไปสู่ในน้ำยาล้างไตหลังจากนั้น 2 - 3 ชั่วโมง น้ำยาล้างไตที่มีของเสียอยู่จะถูกปล่อยออกจากช่องท้องและถูกแทนที่ด้วยน้ำยาใหม่ที่ได้เติมเข้าไปทั้งหมดนี้เรียกว่า การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตและการแลกเปลี่ยนของเสีย (Exchange) โดยการ ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองเป็นการทำความสะอาดเลือดตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตวันละ 4 ครั้ง คือ เมื่อตื่นนอนตอนเช้า ตอนกลางวัน ก่อนอาหารเย็นและก่อนนอน ซึ่งการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตในแต่ละครั้งใช้น้ำยา 2 แบบ คือ ถุงที่ใส่น้ำยาล้างไตสะอาด (ถุงน้ำยาที่มีตัวหนังสือ) และถุงรองรับน้ำที่ผ่านการล้างไตแล้วของผู้ป่วย ดังนั้นในหนึ่งวันจะมีขยะจากถุงน้ำยาล้างไตที่ใช้แล้วเฉลี่ยวันละ 8 ใบต่อวันต่อคน คิดเป็นปริมาณเท่ากับ 0.8 กิโลกรัมต่อวันต่อคน (ถุงน้ำยาล้างไตขนาดบรรจุ 2,000 มล.)

ปัจจุบันโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) จำนวน 113 ราย เกิดขยะจากการใช้ถุงน้ำยาล้างไตเฉลี่ย 325,440 ใบต่อปี คิดเป็นปริมาณเท่ากับ 32,544 กิโลกรัมต่อปี โดยแยกเป็นขยะติดเชื้อจากถุงใส่น้ำที่ผ่านการล้างไตแล้วของผู้ป่วย จำนวน 81,360 ใบต่อปี ที่ต้องกำจัดให้เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 โดยมีค่าบริการในการเก็บขนและกำจัดในอัตรา 12 บาท/กิโลกรัม (สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ, 2560) และถุงที่ใส่น้ำยาล้างไตสะอาด จำนวน 81,360 ใบต่อปี เป็นของเหลือทิ้งที่ไร้ประโยชน์และยังเป็นการเพิ่มปริมาณขยะติดเชื้อที่ต้องสูญเสียทรัพยากรในการกำจัดมากขึ้น

งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา มุ่งเน้นการจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินงานภายใต้โครงการ GREEN & CLEAN Hospital จึงได้คิดค้นนวัตกรรม

หมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไตสะอาดที่ใช้แล้วสำหรับให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อการอนุรักษ์พลังงานและสร้างเครือข่ายการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าขยะถุงน้ำยาล้างไต
2. เพื่อสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ในการจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อทดแทนและลดต้นทุนการจัดซื้อหมอนหนุนในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการ

1. โรงพยาบาลรวบรวมถุงน้ำยาล้างไตสะอาดที่ใช้แล้วจากผู้ป่วยที่รับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) เพื่อนำมาตัดและล้างทำความสะอาดโดยกลุ่ม อสม. ในชุมชน
2. นำชิ้นส่วนของถุงที่ตัดแล้วมาเย็บเป็นปลอกหมอนด้วยจักรเย็บผ้าอุตสาหกรรม
3. ใช้โยสึงเคราะห์เป็นไส้ของปลอกหมอนตามขนาดมาตรฐาน เพื่อรองรับกระดูกและกล้ามเนื้อ ต้นคอ ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อ
4. มอบให้หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เพื่อให้บริการผู้ป่วย
5. ติดตามและประเมินผล (ความพึงพอใจ, อายุการใช้งาน, ความเหมาะสมของขนาด) วิเคราะห์ผลและพัฒนานวัตกรรม

ผลการดำเนินงาน นวัตกรรมหมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไต เพื่อทดแทนหมอนพลาสติก PVC ที่จัดซื้อจากบริษัทเอกชน ด้วยคุณสมบัติของถุงน้ำยาล้างไตที่ทำจากพลาสติกคุณภาพดีในการผลิต มีความปลอดภัยเพราะเป็นผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย มีความนุ่มและยืดหยุ่นสูง ทำให้รู้สึกนุ่มสบายเวลาอน และหลังจากนอนเสร็จตัวหมอนจะมีความสามารถในการคืนรูปดั้งเดิม โดยปกติแล้วอายุการใช้งานประมาณ 2 - 3 ปี จากการวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายการจัดซื้อหมอนพลาสติก PVC ในราคา 320 บาท/ใบ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับหมอนหนุนที่ผลิตจากถุงน้ำยาล้างไตซึ่งงบประมาณการผลิต 175 บาท/ใบ โดยในปี 2557 - 2560 โรงพยาบาลได้ผลิตหมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไตจำนวน 90 ใบ รวมใช้งบประมาณทั้งสิ้น 15,750 บาท เมื่อเทียบกับราคาหมอนพลาสติก PVC ที่จัดซื้อในจำนวนเท่ากันแต่ต้องใช้ต้นทุนการจัดซื้อที่สูงกว่าถึง 28,800 บาท ดังนั้นหมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไตจึงเป็นหนึ่งในนวัตกรรมที่ช่วยลดการใช้ทรัพยากร ลดการใช้พลังงาน และเกิดกระบวนการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วม

อภิปรายผล

1. นวัตกรรมหมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไตซึ่งงบประมาณการผลิตต่ำกว่าต้นทุนที่ใช้ในการจัดซื้อหมอนจากบริษัทเอกชน เป็นจำนวนเงิน 13,050 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.31
2. การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรมหมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไต พบว่าร้อยละ 95 ของผู้ใช้หมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไตมีความพึงพอใจเนื่องจากมีคุณสมบัตินุ่มและยืดหยุ่นสูงทำให้เวลานอนรู้สึกนุ่มสบายและเป็นพลาสติกคุณภาพดีมีความปลอดภัย
3. นวัตกรรมหมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไตเป็นหนึ่งในวิธีการลดขยะ ลดมลพิษให้กับสภาพแวดล้อม ลดการใช้พลังงานและลดการใช้ทรัพยากรธรรมชาติของโลกด้วยกระบวนการแปรรูปของใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่ (Recycle)
4. นวัตกรรมหมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไตสะอาดช่วยลดปริมาณขยะติดเชื้อลงได้เฉลี่ย 8,136 กิโลกรัม/ปี และลดค่าใช้จ่ายในการขนส่งและกำจัดได้ถึง 97,632 บาท/ปี

ความภาคภูมิใจ

1. นวัตกรรมหมอนหนุนจากถุงน้ำยาล้างไตช่วยสร้างงานสร้างอาชีพให้กับคนในชุมชนเป็นอาชีพที่สอดคล้องตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง
2. เกิดการพัฒนาสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กรและชุมชน

🏥 การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้ระบบ Emergency Severity Index (ESI) ในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

น้ำฝน นกนุช และทีมหน่วยไตเทียม กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเสี่ยงหมายถึง โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความเสียหาย ทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคมของบุคคล การบริหารความเสี่ยง คือการรับรู้และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหาร



ความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงเพื่อป้องกันความสูญเสีย พยาบาลคือผู้ที่มึบทบาทในทุกกระบวนการของการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางคลินิกในการบริการการพยาบาล

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงทางคลินิกของผู้ป่วยในหน่วยไตเทียม
2. เพื่อค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกที่มีภาวะวิกฤตของผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค

วิธีการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Observational Descriptive Studies) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพในองค์กรตามกระบวนการ PDCA เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพเพื่อลดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงด้านคลินิก โดยการใช้ระบบ Emergency Severity Index (ESI) ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม คลินิกล้างไตทางช่องท้อง ที่มารับบริการตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560

ผลการวิจัย ความเสี่ยงทางคลินิกที่มีภาวะวิกฤตของผู้ป่วยตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 พบว่า ความเสี่ยงทางคลินิกที่มีภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อชีวิต อันดับที่ 1 ได้แก่ HT Emergency BP สูงสุด 220/110 mmHg หลังได้รับการให้ยาและนอนพัก BP มากกว่า 180/90 mmHg ได้รับการ Admit 8 ราย มี 1 รายที่ปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล และ Re-visit ผู้ป่วยที่ BP น้อยกว่า 170/90 mmHg ได้รับการปรับยาและกลับบ้าน นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ใช้การติดตาม Home BP ร่วมด้วย หลังกลับบ้านไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ไม่พบภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน มีพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อันดับที่ 2 HT Urgency สูงสุด 170/110 mmHg หลังได้รับการให้ยาและนอนพัก BP ลดลงอยู่ในช่วง 160/90 - 130/90 mmHg ได้รับการปรับยาและกลับบ้าน นัดติดตามอาการ 1 เดือน หลังกลับบ้านไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ไม่พบภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน มีพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อันดับที่ 3 Hypoglycemia FBS ต่ำสุด 35 mg/dl หลังแก้ไข DTX อยู่ในช่วง 200 - 250 mg% แพทย์พิจารณาปรับลดยาฉีดเบาหวานและให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ไม่พบผู้ป่วย Re-visit ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อันดับที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะช็อค Hct<20% 1.ผู้ป่วยได้รับการนอนรพ.ในรายที่ Hct < 15% จองเลือดด่วนให้ผู้ป่วย Hct 16-23 % ได้รับการจองเลือดและนัดมารับเลือดหลังจองเลือด 3 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างรอรับเลือด

สรุป ความเสี่ยงทางคลินิกที่มีภาวะวิกฤตของผู้ป่วยตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 พบว่า ความเสี่ยงทางคลินิกที่มีภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อชีวิต ได้แก่ อันดับที่ 1 ได้แก่ HT Emergency BP สูงสุด 220/110 mmHg หลังได้รับการให้ยาและนอนพัก BP มากกว่า 180/90 mmHg ได้รับการ Admit 8 ราย มี 1 รายที่ปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล และ Re-visit ผู้ป่วยที่ BP น้อยกว่า 170/90 mmHg ได้รับการปรับยาและกลับบ้าน นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ใช้การติดตาม Home BP ร่วมด้วย หลังกลับบ้านไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ไม่พบภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน มีพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อันดับที่ 2 HT Urgency สูงสุด 170/110 mmHg หลังได้รับการให้ยาและนอนพัก BP ลดลงอยู่ในช่วง 160/90 - 130/90 mmHg ได้รับการปรับยาและกลับบ้าน นัดติดตามอาการ 1 เดือน หลังกลับบ้านไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ไม่พบภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน มีพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อันดับที่ 3 Hypoglycemia FBS ต่ำสุด 35 mg/dl หลังแก้ไข DTX อยู่ในช่วง 200 - 250 mg% แพทย์พิจารณาปรับลดยาฉีดเบาหวานและให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ไม่พบผู้ป่วย Re-visit ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อันดับที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะช็อค Hct<20% 1.ผู้ป่วยได้รับการนอนรพ.ในรายที่ Hct < 15% จองเลือดด่วนให้ผู้ป่วย Hct 16 - 23 % ได้รับการจองเลือดและนัดมารับเลือดหลังจองเลือด 3 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างรอรับเลือด

ข้อเสนอแนะ

1.กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เลือกรักษาแบบประคับประคอง และ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบปัญหาความดันโลหิตสูงอันดับ 1 ซึ่งสาเหตุมาจากการขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการ การให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความฉุกเฉินเร่งด่วนที่ต้องมารักษา อาการที่ต้องรีบมารพ. ทางทีมจะมีการพัฒนาและติดตามแผนะวังการความเสี่ยงทางคลินิกต่อไป

2.การพัฒนากระบวนการนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกความดันโลหิตสูงและคลินิกเบาหวาน โดยมีการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง

⊕ การศึกษาเทคนิคการเตรียมฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินแก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

เพ็ญวิไล แซ่ลี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังมักจะมีภาวะโลหิตจางร่วมด้วย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดฮอร์โมนอิริโทรโพอิติน (Erythropoietin) ในคนปกติร้อยละ 90 ของฮอร์โมนนี้จะสร้างจากเนื้อไตและไปออกฤทธิ์กระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งภาวะโลหิตจางส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนไปเลี้ยง ผู้ป่วยโรคโลหิตจางมักมีอาการ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย สมาธิสั้น ความจำเสื่อม หนาวง่าย ความต้องการทางเพศลดลง เบื่ออาหาร ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ถ้าไม่แก้ไขภาวะโลหิตจาง หัวใจจะทำงานหนักขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายมีผนังหนาขึ้น (Left ventricular hypertrophy) ทำให้เกิดภาวะ diastolic dysfunction เพราะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ในปี ค.ศ. 1998 จากการศึกษาของ Besarab A และคณะ พบว่า เมื่อค่าฮีมาโตคริตลดลงจะส่งผลให้อัตราการตายเพิ่มขึ้นและอัตราการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น และในปี ค.ศ. 1999 Ma J และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 30 มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 12-33 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีค่าฮีมาโตคริตปกติ ดังนั้น การแก้ไขภาวะโลหิตจางจะสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุรถล้มได้ ซึ่งการแก้ไขทำได้โดยการให้เลือดทดแทนหรือการฉีดฮอร์โมนอิริโทรโพอิติน ดังนั้นการบริหารการให้ฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาเทคนิคการเตรียมฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินแก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเทคนิคการเตรียมฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินแก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลราชสีลา จำนวน 55 ราย มีความต้องการได้รับฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินทดแทน 54 ราย ซึ่งคิดเป็นจำนวนร้อยละ 98 แต่ในกระบวนการการให้ฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินพบว่า มีตัวยาเหลือค้างในขวดยาที่ให้ ซึ่งพบ 0.1-0.2 มิลลิลิตร ถ้าแพทย์มีคำสั่งให้ฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินทดแทน 16,000 ยูนิตต่อสัปดาห์ นั้นหมายถึง ใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้ฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินไม่ครบขนาด ถ้าสมมน้ำยา 2 ซีซี จะได้รับยาไม่ครบขนาด ขาดไป 800-1,600 ยูนิตต่อสัปดาห์ หรือ 3,200-6,400 ยูนิตต่อเดือน ถ้าสมมน้ำยา 1 ซีซี จะได้รับยาไม่ครบขนาด ขาดไป 1,600-3,200 ยูนิตต่อสัปดาห์ หรือ 6,400-12,800 ยูนิตต่อเดือน โดยงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลองและใช้ค่าสถิติร้อยละ ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2559 สถานที่ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการศึกษา ได้ทำการศึกษาค้นคว้าสาเหตุที่ยาคงค้างในขวดยา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ยาคงค้างในขวดยาเกิดจากขั้นตอนการผสมยาซึ่งทำให้เกิดฟองอากาศ ถ้าฟองอากาศเกิดมากจะส่งผลให้ปริมาณยาคงค้างในขวดยามากตามไปด้วย เมื่อทำการศึกษาการแตกตัวของฟองอากาศที่เกิดขึ้นจะต้องใช้เวลา 10 ถึง 70 นาทีเพื่อให้ฟองอากาศหายไป ดังนั้น จึงได้ศึกษาค้นคว้าที่ส่งเสริมทำให้เกิดฟองอากาศเมื่อทำการผสมตัวยาและวิธีในการผสมตัวยาเพื่อไม่ให้เกิดฟองอากาศเพื่อลดการคงค้างของตัวยาในขวดยา

ในงานวิจัยนี้แบ่งการทดลองออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 คือ ขั้นตอนการผสมยา และขั้นตอนที่ 2 คือ การดูดยา ขั้นตอนการผสมยาสามารถแบ่งวิธีการทดลองออกเป็น 4 วิธี ได้แก่ วิธีที่ 1 - 1 ผสมยาโดยให้น้ำส้มผัสดัวแบ่งยาโดยตรงใช้เข็มเบอร์ 18 วิธีที่ 1 - 2 ผสมยาโดยให้น้ำส้มผัสดัวแบ่งยาโดยตรงใช้เข็มเบอร์ 20 วิธีที่ 1 - 3 ผสมยาโดยไม่ให้น้ำส้มผัสดัวแบ่งยาโดยตรงใช้เข็มเบอร์ 18 และวิธีที่ 1 - 4 ผสมยาโดยไม่ให้น้ำส้มผัสดัวแบ่งยาโดยตรงใช้เข็มเบอร์ 20 ส่วนขั้นตอนการดูดยาสามารถแบ่งวิธีการทดลองออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ วิธีที่ 2 - 1 ดูดยาโดยดันอากาศผ่านตัวยาก่อนจะดูดยา วิธีที่ 2 - 2 ดูดยาโดยดันอากาศเข้าไปโดยไม่ผ่านตัวยาแล้วคว่ำขวดยาเพื่อดูดยา เข็มเบอร์ 18 และวิธีที่ 2 - 3 ดูดยาโดยดันอากาศเข้าไปโดยไม่ผ่านตัวยาแล้วคว่ำขวดยาเพื่อดูดยาเข็มเบอร์ 20 โดยในการทดลองแต่ละวิธีมีการทดสอบวิธีละ 20 ครั้ง

จากการทดลองสามารถสรุปผลการทดลองได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 คือ ขั้นตอนการผสมยามีผลการทดลอง ได้แก่ วิธีที่ 1 - 1 พบการเกิดฟองอากาศในขวดยา 16 ขวดหรือคิดเป็นร้อยละ 80 วิธีที่ 1 - 2 พบการเกิดฟองอากาศในขวดยา 19 ขวดหรือคิดเป็นร้อยละ 95 วิธีที่ 1 - 3 ไม่พบการเกิดฟองอากาศในขวดยาหรือคิดเป็นร้อยละ 0 วิธีที่ 1 - 4 พบการเกิดฟองอากาศในขวดยา 5 ขวดหรือคิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นตอนการดูดยามีผลการทดลองดังนี้ วิธีที่ 2 - 1 พบการเกิดฟองอากาศในขวดยา 20 ขวดหรือคิดเป็นร้อยละ 100 วิธีที่ 2 - 2 ไม่พบการเกิดฟองอากาศในขวดยาหรือคิดเป็นร้อยละ 0 วิธีที่ 2 - 3 ไม่พบการเกิดฟองอากาศในขวดยาหรือคิดเป็นร้อยละ 0

จากผลการทดลองทั้ง 2 ขั้นตอน เราสามารถสรุปขั้นตอนเทคนิคการเตรียมฮอร์โมนก่อนให้ฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินเพื่อไม่ให้มียาคงค้างในขวดยา คือ ควรใช้การผสมยาโดยไม่ให้น้ำส้มผัสดัวแบ่งยาโดยตรงใช้เข็มเบอร์ 18 ในการผสมตัวยาและดูดยา ส่วนการดันอากาศสำหรับดูดยาให้ดันอากาศโดยที่ไม่ผ่านตัวยาเข้าไปก่อนจึงทำการคว่ำขวดยาเพื่อดูดยา โดยใช้ปลายเข็มที่ดูดยาอยู่ระหว่างช่องว่างของจุกยาที่ทางผู้ผลิตยาได้ทำไว้

ความภาคภูมิใจ ผู้ป่วยได้รับฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินครบ (Right dose) ตามแผนการรักษาของแพทย์และได้เผยแพร่เทคนิคการเตรียมฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินนี้แก่พยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อยึดเป็นวิธีปฏิบัติในการเตรียมยาต่อไป

⊕ การใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ที่มีภาวะสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

เมลาณี แสงแปลง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) เป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานหรือมากกว่า 3 เดือน ส่งผลให้ไตไม่สามารถขับของเสียในร่างกายออกได้ จึงจำเป็นต้องมีการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) เป็นวิธีการรักษาที่ง่าย ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนน้ำยาเองได้ที่บ้าน ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงมาก แต่การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องซึ่งมีสาเหตุหลายประการที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำ ร่างกายต่ำ สายล้างไตหลุด แดก รั่ว ท้องเสียจากอาหารเป็นพิษ ท้องผูก และสาเหตุอื่นๆ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การพยาบาล เฉพาะทาง การแก้ไขปัญหาเรื่องสายตัน น้ำยาไม่ไหล สายหลุด แดก รั่ว และการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม พร้อมทั้งมีทักษะในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและการแก้ปัญหาระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

จากการเก็บข้อมูลในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา พบว่าร้อยละ 10 ต่อปี ของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเองที่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยภาวะสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว ทำให้น้ำยาในช่องท้องรั่วซึม ไม่สามารถล้างไตต่อได้ ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางเพื่อแก้ไขปัญหาสายขัดต่อหลุด แดก รั่ว ให้สามารถใช้งานได้ปกติ แต่ผลข้างเคียงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยตามมาคือ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องจากการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะที่สายขัดต่อหลุด แดก รั่ว ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และอาจมีอาการแทรกซ้อนอื่นๆตามมา จนถึงขั้นต้องผ่าตัดถอดสายล้างไตทางช่องท้องออกเมื่อมีการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องรุนแรง เชื้อโรคไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นลำดับสุดท้ายที่แพทย์จะพิจารณาถอดสายออก

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ที่มีภาวะสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว ว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัย R2Rเชิงพรรณนาแบบ Retrospective cross-sectional study โดยวิธี Retrospective chart review และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการได้รับยาปฏิชีวนะป้องกันและการไม่ได้รับยาปฏิชีวนะป้องกันหลังสายล้างไตหลุด แดก รั่ว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับการลดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องรวมทั้งความแตกต่างทางสถิติและทางคลินิก

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 116 ราย ที่มีภาวะสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว ในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ในระยะ 1 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2558 ที่ได้รับการพยาบาล และการรักษาโดยการ Irrigate ช่องท้องด้วย 1.5 % Daniela 2,000 ml/ครั้ง จำนวน 4 รอบ อย่างเดียว

2. กลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 110 ราย ที่มีภาวะสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว ในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ในระยะ 1 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2559 ที่ได้รับการพยาบาล และการรักษาโดยการ Irrigate ช่องท้องด้วย 1.5% Daniela 2,000 ml/ครั้ง จำนวน 4 รอบ และให้ยาปฏิชีวนะเป็น Cefazolin 1 gm Add PDF last Cycle OD จำนวน 2 วัน

ผลการวิจัย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ปี 2558 ที่มีภาวะสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว จำนวน 12 ราย ได้รับการรักษา และการพยาบาลด้วยการ Irrigate PD 4 รอบอย่างเดียวก่อนพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 66.66 ระยะเวลาเฉลี่ยที่น้อยที่สุดที่มีผลต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง หลังสายหลุด แดก รั่ว คือ 2 ชั่วโมง 30 นาที ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือบริเวณสาย TK (Tenckhoff Catheter :TK) ร้อยละ 75 และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ปี 2559 ที่มีภาวะสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว จำนวน 16 ราย ได้รับการรักษา และการพยาบาลด้วยการ Irrigate PD 4 รอบและให้ยาปฏิชีวนะเป็น Cefazolin 1 gm Add PDF Last cycle OD 2 day พบว่าหลังสายหลุด แดก รั่ว มีผู้ป่วยติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 12.50 ระยะเวลาเฉลี่ยที่น้อยที่สุดที่มีผลต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง หลังสายหลุด แดก รั่ว คือ 10 ชั่วโมง 30 นาที ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือบริเวณสาย TK (Tenckhoff Catheter :TK) ร้อยละ 87.50

สรุปและข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ที่มีภาวะสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว ควรได้รับ Anti-

biotic Prophylaxis ควบคุมเชื้อ Gram Positive 48 ชั่วโมง เนื่องจากมีการปนเปื้อนเชื้อโรคจากร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน จากผลงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว ที่ได้ Antibiotic Prophylaxis ติดเชื้อในเยื่อช่องท้องน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา ร้อยละ 50 และแนะนำให้ผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันทีหรือเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถมาได้แต่ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงและเปลี่ยนสาย Transfer set ทุกครั้งหลังเมื่อมีภาวะสายล้างไตทางช่องท้องหลุด แดก รั่ว

เพื่อลดการใช้ Antibiotic และใช้อย่างสมเหตุผล พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่รักษาบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีความจำเป็นที่ต้องตรวจสอบสภาพสาย ข้อต่อสายล้างไต ทุก Visit พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยให้ตรวจสอบสภาพสายล้างไตเองที่บ้านทุกวันและเปลี่ยนสาย Transfer set ทุก 6 เดือน ตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันสายหลุด แดก รั่ว เสื่อมสภาพ และลดการเกิดอาการแทรกซ้อนของโรคได้

❖ การพัฒนาระบบนัดเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยโรคไตเสื่อมและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการล้างไตทางช่องท้อง ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้ HOME BP

วันเพ็ญ วนาชัย โรงพยาบาลราชพิพัฒน์กาญจนาภิเษกหน่วยไตเทียม
โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัด ศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 30 เตียง ที่เปิดให้บริการผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโดยวิธีการผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) เปิดให้บริการ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ และคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic) เปิดให้บริการ วันจันทร์และวันอังคาร โดยการคัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยใช้ระบบ ESI ผู้ป่วยสี่ชมพู – สีแดง ตรวจโดยแพทย์ทั่วไป ผู้ป่วยสีขาว – เหลือง ตรวจโดยพยาบาลเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้อง มีระบบขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต โรงพยาบาลศรีสะเกษ หน่วยไตเทียมมีพยาบาลเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้อง จบหลักสูตร 4 เดือน จำนวน 4 ท่าน ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่และยังดำเนินการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) จำนวน 113 ราย (ข้อมูล ณ 30 มีนาคม 2560) ผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 4 - 5 จำนวน 480 ราย แบ่งเป็น ไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 239 ราย ไตเสื่อมระยะที่ 4 จำนวน 230 ราย ไตวายระยะที่ 5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 11 ราย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงทางคลินิกในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2560 พบว่าความเสี่ยงด้านคลินิกที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 2 คือ BP สูงกว่า 140/90 mmHg ทั้งหมดจำนวน 53 ครั้ง แบ่งเป็น BP สูง อยู่ในช่วง 140/90 - 160/90 mmHg จำนวน 49 ราย, BP สูงในช่วง 170/90 - 180/90 จำนวน 4 ราย หน่วยไตเทียมได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการติดตามอาการผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการติดตามผู้ป่วยแบบ HOME BP ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยในคลินิกชะลอไตเสื่อมและคลินิกบำบัดทดแทนไต ที่มีภาวะความดันโลหิตไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ที่พิจารณาให้กลับบ้าน หรือบางกรณี ที่ผู้ป่วยปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล ด้วยเหตุผลด้านความไม่พร้อม เช่น บ้านอยู่ไกล ไม่มีญาติดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทั่วถึง ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยเพื่อมาติดตามอาการที่โรงพยาบาลได้ ทั้งยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบเครือข่ายสุขภาพให้เห็นเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

การปฏิบัติงานเดิม

1. ให้บริการ ผู้ป่วยแบบ ONE STOP SERVICE คัดกรองเบื้องต้น พบผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80-180/90 mmHg , >180/90 mmHg,< 90/60 mmHg รายงานแพทย์
2. แพทย์พิจารณาปรับเพิ่ม/ลดยา
3. ออกบัตรนัด 3-14 วันหลังปรับยา/แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการติดตามอาการผู้ป่วยโรคไตเสื่อมและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการ พัฒนารูปแบบการติดตามอาการผู้ป่วยไตเสื่อมและผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งหมดรวม 593 ราย เป็นการวิจัย R2R เชิงพรรณนาหรือบรรยาย (Descriptive research) เพื่อรวบรวมข้อมูลปัจจุบันว่ามีข้อเท็จจริงอย่างไร แล้วนำมาวัดผลก่อนและหลังการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ

1. เวชระเบียนผู้ป่วยไตเสื่อมและเวชระเบียนผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง
2. แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด
3. สมุดประจำตัวผู้ป่วย

3. ศึกษาและบันทึกข้อมูลอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยแต่ละรายหลังได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนดโดยติดตามผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ คือเดือนที่ 12 และเดือนที่ 24 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่าเมื่อแบ่งผู้ป่วยตามระยะความรุนแรงของโรค ตามอัตราการกรองของไต (estimated GFR ; eGFR) ก่อนการปรับปรุงระบบพบว่า

1. ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานมีระยะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะ 1 คิดเป็นร้อยละ 37.87 แต่หลังปรับปรุงระบบ ในเดือนที่ 12 และเดือนที่ 24 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานมีระยะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2

2. ผลลัพธ์อัตราการกรองของไต (estimated GFR ; eGFR) พบว่าหลังจากมีการปรับปรุงระบบ ในปี 2558 จำนวนผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไต (estimated GFR ; eGFR) เพิ่มขึ้น 143 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.91 และเพิ่มขึ้นเป็น 218 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.03 ในปี พ.ศ. 2559 โดยเพิ่มขึ้นถึง 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.12

3. ผลลัพธ์อัตราการกรองของไต (estimated GFR ; eGFR) ที่ลดลง < 4 มล./นาที/1.73ตารางเมตร พบว่าอัตราการกรองของไตที่ลดลงใน 1 ปี < 4 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร หลังปรับระบบบริการ ในเดือนที่ 12 และเดือนที่ 24 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้ง 2 ปี โดยมีผลลัพธ์อยู่ที่ร้อยละ 55.85 และ 70.76 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย จากการปรับระบบบริการในช่วงแรก อาจยังมีปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน และผู้ป่วยที่มีความเสื่อมของไตในระยะแรกอาจไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยยังคงมองว่าเป็นการเสียเวลา ซึ่งการปฏิบัติตนต้องใช้เวลานานจึงจะเห็นผลดี แต่เมื่อเริ่มดำเนินการและติดตามผู้ป่วยในระยะยาวการดำเนินการตามระบบที่วางไว้ พบว่าผู้ป่วยเริ่มมี eGFR เพิ่มขึ้น จะสามารถลดการดำเนินของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยะลา ไม่เข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต ส่วนผลลัพธ์อัตราการกรองของไตที่ลดลงใน 1 ปี < 4 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร มีจำนวนเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากหลังให้ความรู้ให้สุศึกษา ได้เห็นภาพผู้ป่วยทำ hemodialysis ได้เข้าถึงระบบบริการ ได้รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญ ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ลดการดำเนินของโรคไตเรื้อรังได้ ผลการวิจัยนี้ เป็นการช่วยยืนยันว่าหากบุคลากรให้ความสำคัญ จัดระบบบริการลดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยได้รับคำแนะนำอย่างเฉพาะเจาะจงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เน้นการป้องกัน จะช่วยลดการดำเนินของโรคไตได้

ความภาคภูมิใจ ความร่วมมือของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ การบูรณาการงานร่วมกันระหว่างคลินิกเบาหวาน และ CKD Clinic คลินิกผู้ปฏิบัติงานเล็งเห็นความสำคัญ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการลดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

๑๕ คม ชัด ลึก

อุไรวรรณ ศรีแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา เขตสุขภาพที่ 12

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คลินิกชะลอไตเสื่อม มีลักษณะงานแตกต่างจากคลินิกทั่วไปคือ การดูแลมุ่งเน้นให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค เพื่อให้เกิดการเสื่อมของไตลงอย่างช้าๆ บริการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การบันทึกสุขภาพประวัติทั่วไปไม่สามารถเจาะลึกถึงปัจจัยเสี่ยงได้อย่างครอบคลุม และขาดการติดตามย้อนหลัง ที่แสดงถึงความเปลี่ยนแปลง ก่อนและ หลัง ได้รับคำปรึกษา อีกทั้งผู้ให้บริการ มีการผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนปฏิบัติงาน จึงมีความหลากหลายและไม่ครบถ้วน ขั้นตอนการประเมินปัจจัยเสี่ยงเป็นกิจกรรมแรกก่อนจะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม ซึ่งมีความสำคัญต่อการวางแผนให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

นวัตกรรม คม ชัด ลึก คือแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเสื่อมของไตรายบุคคล ออกแบบเพื่อใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับคำปรึกษาชะลอไตเสื่อม เป็นข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อนำสู่การวางแผนให้คำปรึกษา มีเนื้อหาแยกเป็น ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งครอบคลุมประวัติการใช้ยา-สารที่มีผลต่อไต พฤติกรรมการบริโภค วิถีชีวิตการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการประเมินนี้มีความโดดเด่น คือช่วยให้ติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และสามารถเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกย้อนหลังได้ต่อเนื่อง สามารถวิเคราะห์และคาดการณ์การเสื่อมของไตได้ โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมรับรู้ความเปลี่ยนแปลงของระดับการทำงานไตแต่ละครั้งที่มาโรงพยาบาล ทางด้านบุคลากร ได้มีแนวทางการซักประวัติในคลินิกนำมาวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตวางแผนกำหนดเนื้อหาให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันไปตามปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินค้นหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการดำเนินโรคไตเรื้อรัง



2. เพื่อใช้เป็นแนวทางกำหนดวางแผนแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

วิธีดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าพฤติกรรม วิถีชีวิต และปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อการเสื่อมของไต
2. ออกแบบการบันทึก โดยแบ่งหัวข้อย่อยในการสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเสื่อมของไตและภาวะแทรกซ้อนจากไตเสื่อม คือ หัวข้อการใส่ยาที่ไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ มีผลตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการที่ต้องติดตาม เน้นการ จัดรูปแบบง่ายต่อการบันทึก และสามารถติดตามย้อนหลังได้
3. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหาโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมโรคไตเรื้อรัง
4. นำแบบประเมินใช้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้บริการนานครั้งละ 20 - 30 นาที

ผลการดำเนินงาน ระยะเวลาตั้งแต่ ตุลาคม 2558 ถึง กันยายน 2559 เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ระยะ 3 - 4 ที่ได้รับคำปรึกษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อมโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงที่มีผลต่อการเสื่อมของไตจำนวน 62 ราย ที่รับบริการ 3 ครั้งต่อเนื่อง พบว่า มีผู้ป่วยไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน 38 ราย และจากโรคความดันโลหิตสูง 24 ราย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเสื่อมของไต ดังนี้

ลำดับที่	หัวข้อประเมินในแบบบันทึก	ผลการประเมินก่อน		ผลการประเมินหลัง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	พฤติกรรมการใส่ยา				
	- รับประทานไม่ต่อเนื่อง/หยุดยาเอง	44	70.9	12	19.3
	- ซียยาแก้ปวดยาหม้อยาชุด	15	24.2	3	4.8
	- ใช้สมุนไพรที่ไม่รู้ว่าส่งผลต่อไต	12	19.3	0	0
2	พฤติกรรมการบริโภค				
	- รสเค็มหวานมัน	41	66.1	16	25.8
	- เนื้อติดมัน	32	51.6	6	9.7
	- วิธีปรุงแบบทอด/ใช้กะทิ	25	40.3	6	9.7
	- อาหารโปรตีน $\leq$ 2-3ชด/มื้อ	10	16.1	51	82.3
	- อาหาร/เครื่องดื่มฟอสเฟต	44	70.9	30	40.4
	- อาหาร/เครื่องดื่มโปตัสเซียม	15	24.2	7	11.3
	- จำกัดเกลือ	9	14.5	20	32.2
3	วิถีชีวิตการออกกำลังกาย				
	- น้อยกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์	50	80.6	42	67.7
	- น้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง	56	90.3	47	75.8
	การสูบบุหรี่	15	24.2	13	20.9

ด้านข้อมูลผลตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการก่อน - หลังเข้ารับคำปรึกษา ดังนี้ ระดับ HbA1C $> 7\%$ 12 ราย ลดลงเหลือ 9 ราย BP $> 130/80$ mmHg 42 ราย ลดลงเหลือ 20 ราย ระดับโปตัสเซียม > 5.0 mmol/L 8 ราย ลดลงเหลือ 2 ราย จากการติดตามผลการเสื่อมของผู้ป่วยรายใหม่ภาพรวมทั้งหมดที่เข้ารับบริการ พบว่า ปังบประมาณ 2559 มีอัตราการเสื่อมลดลง < 4 ml/min/1.73 m²/yr ร้อยละ 62.5

อภิปรายผล จากการวิเคราะห์พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสูงสุดคือ การบริโภคไม่เหมาะสม ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือพฤติกรรมการใส่ยาไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม ร้อยละ 38.1 ส่วนวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม พบว่า การออกกำลังกายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 85.5 รองลงมาคือการสูบบุหรี่ ร้อยละ 24.2 ภายหลังเข้ารับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตตามแผนการดูแลของคลินิกชะลอไตเสื่อม พบมีพฤติกรรมการใส่ยาและการบริโภคที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น ส่งผลต่อการเสื่อมของไตช้าลง จากการวิเคราะห์ผลที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากการให้คำปรึกษาเป็นลักษณะรายบุคคล ในเวลา 20 - 30 นาที ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รับรู้การเกิดผลกระทบต่อดนเอง ครอบครัวและเศรษฐกิจ และมีความสนใจความรู้เรื่องโรค มีทักษะการจัดการอาหารที่เหมาะสม มีการประเมินความรู้ความเข้าใจทุกครั้งที่มาใช้บริการ แต่เมื่อการวิเคราะห์ ด้านวิถีชีวิตผู้ป่วย ยังมีการปรับเปลี่ยนที่ไม่แตกต่างกัน คือ การออกกำลังกายยังมีอัตราการออกที่ไม่เหมาะสมจากร้อยละ 80.6 ลดลง เป็นร้อยละ 67.7 อัตราการลดลงเพียง ร้อยละ 16.3 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาปวดเข่า เดินไม่สะดวก ขณะที่ การสูบบุหรี่ จากร้อยละ 24.2 ลดลง เป็นร้อยละ 20.9 อัตราการลดลงเพียง ร้อยละ 13.6

ความภาคภูมิใจ การคิดค้นแบบการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเสื่อมของไตรายบุคคลนี้ ถูกนำมาเป็นมาตรฐานการทำงานในคลินิก ช่วยให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพในการชะลอไตเสื่อมได้สูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้สำหรับปีที่ผ่านมา