

## Clinical tracer: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

โรงพยาบาล	ชุมแสง จ. นครสวรรค์
สาขา	อายุรกรรม
สถานะทางคลินิก	โรค COPD
วันที่	31 ก.ค.2557

### 1.บริบท

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการนอนโรงพยาบาล (ลำดับที่ 7 ในปี 2556 และลำดับที่ 6 ในปี 2557) การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน (ลำดับที่ 1 ในปี 2553, 2554, 2555, 2557 และลำดับที่ 3 ในปี 2556) ตลอดจนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในหอผู้ป่วย (ลำดับที่ 4 ในปี 2556) ผู้ป่วยหลายรายยังคงมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การดำเนินของโรคแย่ลง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่

### 2.ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD
2. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่
3. การนอนโรงพยาบาลด้วย Exacerbation

### 3.เป้าหมายการพัฒนา

1. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยประเมินจาก CAT Score ที่ลดลง และ Six-Minute Walk distance (6MWD) ที่ดีขึ้น ได้มากกว่าร้อยละ 50
2. ผู้ป่วยสามารถหยุดบุหรี่ได้ทุกคน
3. ลดการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค

### 4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบไปด้วย พยาบาล ผู้ช่วยเภสัชกร คนไข้ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และแพทย์
2. มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงพร้อมทั้งการให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่โดยพยาบาลร่วมกับแพทย์ มีการประเมินการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยทุกราย การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่โดยใช้ Stage of change การส่งชี้ยาที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการอยากบุหรี่
3. มีการประเมินผู้ป่วยโดยการนำ Spirometer มาช่วยในการวินิจฉัยและการแบ่งระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย ติดตามอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจาก CAT score (COPD Assessment test) และ

MMRC (The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale) แบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม (A-D) ตาม GOLD Guideline มีการประเมิน Peak expiratory flow rate ทุกครั้งที่มารับบริการ

4. มีการฝึกการหายใจโดยนักกายภาพบำบัดมาฝึกสอนการหายใจ โดยมีการประเมินความเข้าใจและ ทบทวนทุกครั้งที่มารับบริการ ประเมิน Six-Minute Walk distance (6MWD) ก่อนและหลังการฝึก
5. มีการสอนและประเมินการใช้ยา ทั้งความถูกต้อง ความสม่ำเสมอ และผลข้างเคียงจากการใช้ยา โดย เกสัชกรทุกรายก่อนพบแพทย์ และทุกครั้งที่มารับบริการ
6. มีการสั่งใช้ยาตามแนวทางปฏิบัติ โดยปรับปรุงอย่างต่อเนื่องมาจากแนวทางปฏิบัติของ COPD Thai Guideline และ GOLD Guideline (ล่าสุด 2014)
7. มีการเยี่ยมบ้าน โดยทีม COPD clinic ในผู้ป่วยที่มีอาการมาก Exacerbation บ่อย มีปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่ สามารถหลีกเลี่ยงได้ อยู่คนเดียว มีปัญหาเรื่องการใช้จ่าย ซึ่งทำให้ทีมเข้าใจบริบทผู้ป่วยและ ครอบครัว สามารถแนะนำหรือวางแผนในการดูแลได้ดีมากขึ้น

## 5. ผลการพัฒนา

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557
ร้อยละของผู้ป่วยที่มี CAT Score ลดลง	>50%	N/A	N/A	N/A	88.2	85.58
อัตราการ Admit ด้วย COPD Exacerbation	<3%	N/A	2.62	2.48	1.77	1.68
Six minute walk ได้มากขึ้น	>50%	N/A	N/A	N/A	100%	100%
ร้อยละของผู้ป่วยใช้ยาถูกต้อง	> 90%	N/A	N/A	N/A	88.48	89.77
จำนวนผู้ป่วย COPD สูบบุหรี่(ราย)		N/A	N/A	N/A	N/A	36
อัตราผู้ป่วย COPD เลิกบุหรี่	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	77.78

## 6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. ลดอัตรา Re-Admission โดยปรับปรุงกระบวนการ Discharge Plan ในหอผู้ป่วย ดูแลรักษาผู้ป่วย อาการกำเริบให้ได้มาตรฐาน
2. พัฒนาการให้คำปรึกษาด้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น
3. พัฒนาให้เกิดการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ อย่างเป็นทางการ
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะ BMI ต่ำกว่ามาตรฐาน ให้ได้รับความรู้จากนักโภชนาการ
5. ประสานงานกับชุมชนในการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ Home O2 therapy แต่ขาดทุนทรัพย์