

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดด้วยทำงานร่วมกับโรคเบาหวานและโรคตับแข็งเพื่อกลับเข้าทำงาน
2. ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 24 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 26 กันยายน 2566
รวมระยะการดูแล 6 เดือน 2 วัน รวมติดตาม 4 ครั้ง
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
บทนำ

ไวรัสโรค เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิต ในหลายๆ ประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระไวรัสโรคสูง 3 ประเภท คือ ไวรัสโรคไวรัสโรคดื้อยา และไวรัสโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับปี พ.ศ.2564-2568 ประเทศไทยไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 30 ประเทศ ที่มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยไวรัสโรคดื้อยาหลายขนานสูง แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มของประเทศที่มีภาระไวรัสโรคและไวรัสโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และในปี พ.ศ.2564 คาดว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์ไวรัสโรค(ผู้ป่วยรายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำรวมกัน) ประมาณ 103,000 ราย หรือคิดเป็น 143 ต่อประชากรแสนคน (สำนักไวรัสโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2566.)

การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโรคเกิดได้ใน 3 รูปแบบใหญ่ๆ คือ จากผู้ป่วยไวรัสโรคสู่ผู้ป่วยอื่น จากผู้ป่วยไวรัสโรคสู่บุคลากร และจากบุคลากรแพร่กระจายสู่ผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน(อรพันธ์ อันติมานนท์,2563.) การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคในสถานพยาบาลอาจมีสาเหตุมาจาก การวินิจฉัยล่าช้า การรักษาล่าช้า การแยกผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐาน และการใช้เครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล(PPE)ที่ไม่เหมาะสมในระหว่างการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสูดหายใจเอาเชื้อไวรัสโรคเข้าสู่ร่างกาย โดยปริมาณความเสี่ยงขึ้นอยู่กับมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคของสถานพยาบาล ลักษณะงานที่ให้บริการ ระยะเวลาที่ทำงาน และจำนวนผู้ป่วยไวรัสโรค ระยะแพร่เชื้อที่มาตรฐาน บริเวณที่มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อสูง ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน(ER) หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต(ICU) ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องตรวจผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ หรือคลินิกไวรัสโรค เป็นต้น และพบว่าอุบัติการณ์ของไวรัสโรคปอดของบุคลากรด้านการแพทย์ที่สัมผัสผู้ป่วยไวรัสโรคสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 3 เท่า ประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ พยาธิแพทย์ แพทย์โรคทรวงอก วัสดุแพทย์ บุคลากรแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และทันตบุคลากร

จากสถิติผู้รับบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ.2564-2566 พบผู้ป่วยไวรัสโรคจำนวน 616,349 และ 394 ราย เป็นบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 3,3 และ 1 ราย (ข้อมูลจากระบบรายงานการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจากการทำงาน ของบุคลากรของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2566) ในหน่วยงานห้องผ่าตัด หอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานจ่ายกลาง ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคไวรัสโรคของบุคลากรกลุ่มวัยทำงาน ต่อการปฏิบัติงาน สามารถแพร่กระจายเชื้อไปจากผู้ป่วยและบุคลากรอื่นได้ง่าย นอกจากนั้นยังมีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ การวิตกกังวลต่อการรับประทานยาที่มีฤทธิ์ข้างเคียงในระยะยาว การถูกรังเกียจจากผู้ร่วมงาน ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน และความมั่นใจในการกลับเข้าทำงานให้ตำแหน่งงาน หน่วยงานขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานจากการหยุดงานเพื่อรักษาตัว

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้น จึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสโรคปอดด้วยทำงานร่วมกับโรคเบาหวานและโรคตับแข็งเพื่อการกลับเข้าทำงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วนตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และทุเลาจากโรคอย่างเหมาะสม และกลับเข้าทำงานได้อย่างเหมาะสมกับสภาพงานและภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลแบบผสมผสาน และแนวคิดการจัดการรายกรณีของพยาบาลอา

ชีวอนามัย! เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดบริการด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตามมาตรฐานต่อไป

สาเหตุ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* จัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มักเกิดที่ปอด ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่ายจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (Airborne transmission) โดยการสูดละอองฝอย (droplet nuclei) ฟุ้งกระจายออกมาเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดไอ จาม พูดดังๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564.)

พยาธิสภาพ

เมื่อคนสูดหายใจนำละอองฝอยที่มีเชื้อเข้าสู่ทางเดินหายใจ จะทำให้เกิดการติดเชื้อ (infection) ซึ่งพบเพียงร้อยละ 30 ของผู้ได้รับเชื้อ ผู้ที่มีการติดเชื้อในร่างกายไม่ได้เป็นโรคทุกคนแต่มีเพียง ร้อยละ 10 จะเกิดเป็นโรคตั้งแต่วัยแรกของการติดเชื้อ (primary TB disease) บางครั้งอาจเกิดเป็นวัณโรคชนิดแพร่กระจาย (miliary TB) ผ่านทางกระแสเลือด หรือหลอดน้ำเหลืองทำให้เกิดวัณโรคที่อวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่ครั้งแรกที่มีการติดเชื้อ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเป็นวัณโรคแฝง (latent tuberculosis infection) คือ เป็นผู้ไม่มีอาการและไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ เมื่อติดตามไปส่วนใหญ่ ผู้เป็นวัณโรคแฝงนี้ยังคงไม่มีอาการแสดงแต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 ที่จะแสดงอาการออกมาเกิดเป็นวัณโรคระยะติดต่อ (active tuberculosis infection) โดยครึ่งหนึ่งจะแสดงอาการออกมาใน 2 ปีแรกของการติดเชื้อโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ จะมีโอกาสเกิดอาการแสดงร้อยละ 10 ต่อปี และมีโอกาสแสดงอาการของวัณโรคในช่วงชีวิตที่เหลือร้อยละ 5 ซึ่งเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า post-primary TB หรือ reactivated TB นอกจากนี้ ผู้ป่วยวัณโรคบางคนมีโอกาสสูงมากในการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ได้แก่ เสมหะเพาะขึ้น เชื้อ *M. Tuberculosis* ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบโพรง (cavitation) ที่ปอด วัณโรคค้ำคอเสียงและเสมหะเหลวปริมาณมาก (ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง, 2563)

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

ผู้ป่วยวัณโรคจะมีอาการและอาการแสดงของวัณโรค เช่น ไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ เจ็บหน้าอก ไอมีเลือดหรือเสมหะปน น้ำหนักลด ไข้ เหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ผ่านระบบทางเดินหายใจจากการพูด คुक หรือจาม⁽¹⁾

การตรวจวินิจฉัย ญรัฐกริน ปิ่นเพชร. (2565).

1. ลักษณะทางคลินิก อาการของวัณโรคปอด ไม่ค่อยมีความจำเพาะเจาะจง ได้แก่ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย ไข้ต่ำๆ ซึ่งมักเป็นตอนบ่าย เหงื่อออกตอนกลางคืนหลังมีไข้ลด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด โดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น

2. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก แนะนำให้ใช้ภาพรังสีทรวงอก คัดกรองและช่วยในการวินิจฉัยวัณโรค ในผู้ที่มีหรือไม่มีอาการได้โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง โดยภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่อาจเข้าได้กับวัณโรคระยะลุกลาม เช่น patchy infiltrates ที่มีหรือไม่มี cavitory lesion ภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่อาจเข้าได้กับรอยโรคเก่าของวัณโรค เช่น fibroreticular infiltrates ที่มีหรือไม่มี calcification เป็นต้น

3. การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค ตรวจเสมหะที่มีคุณภาพอย่างน้อย 2 ครั้ง ในวันแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (spot sputum) และวันต่อมาต้องเป็นเสมหะตอนตื่นนอนเช้า (collected sputum) ในกรณีที่เสมหะไม่มีคุณภาพ เช่น น้ำลายปนเสมหะหรือน้ำลาย/เสมหะปนเลือด ควรส่งตรวจซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง

4. ตรวจทางอณูชีววิทยา และเพาะเชื้อ และ/หรือตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) ส่งตรวจพยาธิวิทยาพร้อมด้วย ผลการตรวจเพิ่มโอกาสในการย่อยเชื้อไม่มากนัก และแนะนำให้ส่งเสมหะซ้ำ 1 วันหลังส่งกล้องเพื่อเพิ่มโอกาสในการพบเชื้อ เช่น PCR, real-time PCR, Xpert MTB/RIF และ line probe assay, LAMP เป็นต้น

การรักษา

สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (new patient regimen) เป็นการรักษาผู้ป่วยใหม่ด้วยยาสูตรมาตรฐาน 6 เดือน (2HRZE/4HR) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเข้มข้น (intensive phase) เป็นช่วงเวลา 2 เดือนแรกที่เริ่มการรักษาถือว่าเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดโดยเน้นการรับประทานยา 4 ชนิดทุกวัน คือ HRZE ปรับขนาดยาตามน้ำหนักตัว แนะนำเป็นยาชนิดเม็ดรวม (fixed-dose combinations) มากกว่ายาชนิดแยกเม็ด (separate drugs) เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่า ผลจากยาชนิดเม็ดรวมมีจำนวนเม็ดย่อยกว่าอาจทำให้ผู้ป่วยสะดวกและมีแนวโน้มรับประทานยาสม่ำเสมอ

2. ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) ลดยาเหลือ 2 ชนิด คือ HR ต่ออีก 4 เดือนจนระยะเวลารวมครบ 6 เดือน กรณีที่มีความชุกวัณโรคคือยา Isoniazid สูงอาจปรับยาเป็น 3 ชนิด คือ HRE ในระยะต่อเนื่องส่วนใหญ่เมื่อเริ่มการรักษาในระยะเข้มข้นแล้วอาการจะดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ และจะหายใกล้เคียงปกติภายในเวลา 2 เดือน แต่ผู้ป่วยยังคงต้องรับประทานยาต่อเนื่องจนครบ เนื่องจากต้องกำจัดเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่ในร่างกายให้เหลือน้อยที่สุดและหมดไป

ผู้ป่วยวัณโรคปอดบางคนอาจต้องขยายระยะต่อเนื่องออกไปและรวมเวลารักษานานเป็น 9 เดือน กรณีมีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำของวัณโรค ได้แก่ ปอดมีโพรงวัณโรคเป็นกว้างขวาง (extensive disease) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และเสมหะยังเพาะพบเชื้อที่ 2 เดือนหลังรักษา

สูตรยาวัณโรคคือยาหลายขนาน (MDR-TB regimen)

เป็นการรักษาผู้ป่วย treatment failure หรือผลเพาะเชื้อพบ MDR-TB แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเข้มข้น เป็นช่วงเวลา 8 เดือนแรก รักษาด้วยยาแนวที่สองอย่างน้อย 5 ชนิด ประกอบด้วย pyrazinamide และยาหลักในกลุ่มยาแนวที่ 2 จำนวน 4 ชนิด โดย 1 ชนิดจากกลุ่ม Fluoroquinolones (levofloxacin, moxifloxacin), 1 ชนิดจากกลุ่มยาแนวที่สองชนิดฉีด (amikacin, capreomycin หรือ kanamycin) และ 2 ชนิดจากกลุ่มยาหลักอื่น ๆ เช่น ethionamide, cycloserine, linezolid; clofazimine) หากชนิดยายังไม่ครบตามจำนวนขั้นต่ำ อาจเลือกยาเพิ่มเติม เช่น bedaquiline, PAS, amoxicillin-clavulanate เพื่อให้ครบ 5 ชนิด

2. ระยะต่อเนื่อง รักษาด้วยยาแนวที่สองชนิดเม็ดอย่างน้อย 4 ชนิดโดยหยุดยาฉีด จนระยะเวลารวมอย่างน้อยนาน 20 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษา MDR-TB และนาน 30 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่เคยรักษา MDR-TB มาก่อน

ควรมีการปรับเปลี่ยนยาตามผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาให้เหมาะสมเป็นราย ๆ ไป นอกจากนี้ แนะนำให้ยาฉีด 8 เดือนและต้องฉีดจนกว่าผลการเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 4 เดือน และต้องรักษาจนกว่าผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 18 เดือน ระยะเวลาการรักษาทั้งหมดอย่างน้อย 20 เดือน สำหรับผู้ป่วยวัณโรคคือยา rifampicin และวัณโรคคือยาหลายขนานที่มีพยาธิสภาพที่ปอดเฉพาะที่ อาจพิจารณานัดผ่าตัดปอดบางส่วนแบบ lobectomy หรือ wedge resection ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา

การติดตามประเมินผลการรักษา การติดตามผู้ป่วยวัณโรคด้วย ๓ ควรดำเนินการดังนี้

1. ติดตามอาการทางคลินิก ทุกเดือนตลอดการรักษา
2. การย้อมเสมหะสีทึบกรด(sputum AFB smear)ทุกเดือนตลอดการรักษา
3. การเพาะเชื้อวัณโรค(sputum culture)ทุกเดือนในระยะเข้มข้นและหลังจากนั้น ทุก 2 เดือนในระยะ

ต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา

4. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ควรดำเนินการตรวจทุกรายก่อนเริ่มการรักษา และในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 หลังจากนั้นทุก 6 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการรักษา และแพทย์อาจพิจารณาตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกบ่อยกว่านี้ถ้ามีข้อบ่งชี้ระหว่างการรักษา

การพยาบาลและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด (ณัฐศริน ปิ่นเพชร, 2565) มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อวัณโรค ประกอบด้วย

1. การควบคุม ป้องกันวัณโรคในบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ได้แก่

1.1 มาตรการทางการบริหารจัดการ (Administrative measure) ซึ่งมีกิจกรรมการดำเนินการ เช่น พัฒนาแผนการดำเนินงาน ควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล มีการประเมินความเสี่ยงของการแพร่กระจาย เชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล มีการนำแนวปฏิบัติการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อไปปฏิบัติ กระบวนการตรวจและรายงานผลการตรวจ

1.2 มาตรการการควบคุมทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental control) โดยทั่วไปมี 2 แบบ คือ การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคทางสิ่งแวดล้อมแบบปฐมภูมิ เพื่อกำจัดและเจือจางอากาศที่ปนเปื้อน เชื้อวัณโรคและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคทางสิ่งแวดล้อมแบบทุติยภูมิ เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ของเชื้อวัณโรคในอากาศตรงบริเวณห้องกักกัน

1.3 มาตรการป้องกันส่วนบุคคล (Personal protection) โดยมีการสนับสนุนอุปกรณ์ คัดกรองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้บุคลากรใช้

2. การบริหารจัดการเพื่อการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ได้แก่

2.1 การกำหนดนโยบายเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายด้านการดูแลสุขภาพบุคลากร

2.2 การตั้งคณะกรรมการเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล

2.3 การจัดทำแผนการดำเนินงาน และการจัดสรรทรัพยากรเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล โดยมีการจัดทำทั้งแผนปฏิบัติงานเป็นรายปีและแผนระยะยาว

2.4 การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานเดิมที่ควรมีการฟื้นฟูเป็นระยะ รวมทั้งบุคลากรใหม่ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค เพื่อลดความวิตกกังวล และลดการแพร่กระจายเชื้อโรค

3. การวางระบบคัดกรองผู้ป่วย (triage)

ผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับบริการที่ห้องผู้ป่วยนอกควรมีการแยกเฉพาะ ไม่ปะปนกับผู้ป่วยอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มภูมิคุ้มกันต่ำ เด็ก ผู้สูงอายุ รวมทั้งกลุ่ม HIV+ และต้องกำหนดให้มีผู้ป่วย 1 คนเท่านั้น ที่อนุญาตให้เข้าในห้องตรวจ สำหรับผู้ป่วยแผนกอื่นๆ กรณีเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรค 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ป่วยวัณโรค (ร่วมบ้าน/ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน หรือมากกว่า 120 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ผู้สูงอายุประเภทติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประเภทรุนแรง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง(COPD) โรคหลอดเลือดสมอง(stroke) โรคไต โรคมะเร็ง) ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDSs แรงงานต่างด้าว ผู้ต้องขัง/เคยต้องโทษ บุคคลอื่นๆ เช่น ดิตสุรา หรือยาเสพติด จิตเวช พิกการ ทูพโภชนาการ การได้รับยาเคมีคุ้มกัน ควรได้รับการคัดกรองด้วย แบบสอบถามทุกรายเพื่อการคัดกรองผู้ป่วยที่ถูกต้อง

4. การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

4.1 การให้ความรู้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ

4.2 การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ อาจดำเนินการได้หลายช่องทางหรือหลายรูปแบบ เช่น การให้ สุขศึกษาแบบกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การฉายวิดีโอ โปสเตอร์ แผ่นพับความรู้

5. การกำกับติดตามประเมินผล

การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เพราะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ศึกษาแนวโน้มและพยากรณ์การเกิดโรคในภายหลังและทำให้การบริหารงบประมาณอย่างถูกต้องและเพียงพอ และ ถือเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารเพื่อสามารถตัดสินใจในการบริหารหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล

โรคตับแข็ง(Cirrhosis)

เป็นความผิดปกติในการทำหน้าที่อย่างเรื้อรัง เนื่องจากเนื้อเยื่อตับจำนวนมากถูกทำลายอย่างถาวรจน กลายเป็นพังผืด (fibrous issue) มีลักษณะแข็งกว่าปกติจนตับไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเป็นปกติ ทำให้ร่างกายไม่ สามารถขจัดสารพิษ และเชื้อโรคออกจากร่างกาย สร้างภูมิคุ้มกัน สร้างโปรตีนที่เป็นส่วนประกอบสำคัญในการแข็งตัวของเลือด และการสร้างน้ำดีไม่สามารถสร้างโปรตีน กำจัดเชื้อโรค ฟอกเลือด ย่อยอาหารตลอดจนสะสมพลังงาน จึง ก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ ขึ้นตามมา อาการแรกเริ่มมักเกิดขึ้นในช่วงอายุระหว่าง 40-60 ปี แต่ถ้าพบในคนอายุน้อยอาจ เกิดจากโรคตับอักเสบจากไวรัสชนิดรุนแรง จากการใช้ยาผิดหรือสารเคมีบางชนิด (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2556)

พยาธิสภาพ

ตับแข็งเป็นระยะสุดท้ายในโรคตับ การแข็งของตับมีลักษณะเนื้อเยื่อตับถูกทำลายจนกลายเป็นพังผืดที่มีลักษณะคล้ายแผลไปแทรกและเบียดเนื้อตับที่ดี ทำให้เลือดไปเลี้ยงตับได้น้อยลง ซึ่งการทำลายเซลล์ตับจำนวนมาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบน้ำเหลืองและน้ำดี มีการคั่งของสารบิลิรูบินหรือสารสีเหลืองซึ่งสร้างจากตับ ทำให้เกิดอาการดีซ่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง และอาการคันตามตัวหรือผิวหนัง มีการสังเคราะห์สารที่ช่วยห้ามเลือดได้น้อยลงทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย มีภาวะความดันในหลอดเลือดพอร์ทัลสูง ทำให้ท้องมานหรือมีน้ำคั่งในช่องท้อง หลอดเลือด ขอดที่หลอดเลือดอาจแตกและทำให้อาเจียนเป็นเลือด ริดสีดวงทวาร ก้อนแผลหลายโปรตีนไม่สมบูรณ์ มีของเสียคั่ง แอมโมเนียสูงซึ่งนำไปสู่ภาวะทางสมอง

สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็งซึ่งมีสาเหตุหลักๆ ดังต่อไปนี้

1.จากการดื่มแอลกอฮอล์ติดต่อกันเป็นเวลานาน (มากกว่าวันละ 80 กรัม นาน 5-10 ปีขึ้นไป) โดยประมาณ 60-70% ของตับแข็งจะเกิดจากสาเหตุนี้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปมาก ๆ จะทำให้เกิดความผิดปกติของการใช้โปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตในตับ ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบและเรื้อรังจนกลายเป็นโรคตับแข็ง

2.จากโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้ประมาณ 10%

3. โรคไวรัสตับอักเสบจากไขมัน (nonalcoholic steatopatitis)เป็นภาวะที่มีการสะสมไขมันในตับ เป็นจำนวนมาก อาจกระตุ้นให้เกิดตับอักเสบเรื้อรังและเกิดตับแข็งตามมา

1. ประวัติการใช้ยารื้อรัง เช่น ยา methyl dopa และยา amiodarone
2. จากโรคต่าง ๆ ของท่อน้ำดี ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้ประมาณ 10% เช่น ท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง ท่อน้ำดีอุดตัน ซึ่งทำให้น้ำดีที่ไหลย้อนกลับไปที่ตับส่งผลทำลายเนื้อตับจนกลายเป็นตับแข็งได้
3. จากภาวะร่างกายมีธาตุเหล็กสูง ธาตุเหล็กจึงไปสะสมในตับส่งผลให้เกิดโรคตับแข็ง เช่น ในโรคธาลัสซีเมีย (เป็นสาเหตุที่พบได้ประมาณ 5-10%)
4. จากโรคหรือภาวะอื่น ๆ เช่น โรคตับอักเสบจากภูมิคุ้มกันตนเอง (เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่หันมาทำลายตับตนเอง), โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver) ซึ่งทำให้เกิดตับอักเสบเรื้อรังจนกลายเป็นโรคตับแข็ง (มักพบร่วมกับโรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง), ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแบบหดรัดเรื้อรัง (ซึ่งจะทำให้ตับขาดออกซิเจนเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงที่ตับเป็นเวลานาน ทำให้เซลล์ตับตายและกลายเป็นพังผืด เรียกว่า "Cardiac cirrhosis"), โรควิลสัน (Wilson's disease) ซึ่งเกิดจากมีการสะสมธาตุทองแดงมากเกินไปในตับ จนเนื้อตับอักเสบและตายหรืออาจเกิดตับแข็ง, การที่ตับติดเชือบางชนิด (เช่น ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในเลือด (Schistosomiasis) ซึ่งไข่ของพยาธิที่อยู่บริเวณกลุ่มหลอดเลือดจะกระตุ้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันให้เจริญเกินจนตับกลายเป็นพังผืดจากพยาธิ ซึ่งสามารถก่อให้เกิดภาวะความดันในหลอดเลือดของตับสูง), ภาวะขาดโภชนาการ (ทำให้ความสามารถในการต้านพิษและไวรัสของตับลดลงกลายเป็นสาเหตุทางอ้อมที่ทำให้เกิดโรคตับแข็ง), ความผิดปกติของการเผาผลาญอาหาร, การใช้ยาเกินขนาดหรือติดต่อกันเป็นเวลานาน (เช่น ยาแก้ปวดลดไข้พาราเซตามอล ยาปฏิชีวนะเตตราไซคลิน ยารักษาวัณโรคไอเอ็นเอช ยารักษาวัณโรคโรแฟมพิซิน ยาต้านไวรัสซิโดวิน ดิน ยาเคมีบำบัดรักษาโรคมะเร็ง วิตามินเอเสริมอาหารในปริมาณสูง ยาเม็ดสมุนไพรใบขี้เหล็กซึ่งนิยมใช้เป็นยานอนหลับ เป็นต้น), การได้รับสารเคมีหรือสารพิษบางชนิดติดต่อกันเป็นเวลานาน (เช่น สารโลหะหนัก สารหนู คาร์บอนเตตราคลอไรด์ คลอโรฟอร์ม), ไม่พบสาเหตุชัดเจน (เรียกว่า "Cryptogenic cirrhosis") เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นสาเหตุที่พบได้รวมกันแล้วประมาณ 5%

โรคตับแข็งแบ่งตามรูปร่างของเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

1. ไมโครนูดูลาร์เซโรซิส (Micronodular cirrhosis) เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปมาก ๆ ทำให้เกิดความผิดปกติของการใช้โปรตีน ไขมันและคาร์โบไฮเดรตในตับไม่เพียงพอ มีความผิดปกติของการเผาผลาญทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ และเรื้อรังจนกลายเป็นโรคตับแข็ง
2. แมโครนูดูลาร์เซโรซิส (Macronodular cirrhosis) เกิดจากโรคไวรัสตับอักเสบบี และซีเรื้อรัง
3. แบบผสม (Mixed micro and macro cirrhosis) เกิดจากมีการอุดตันท่อน้ำดี ซึ่งทำให้น้ำดีที่ไหลย้อนกลับไปที่ตับส่งผลทำลายเนื้อตับจนกลายเป็นตับแข็ง

อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกที่ร่างกายมีการปรับในระยะชดเชย (Compensation) ผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการชัดเจน ต่อมาหลอดเลือดในตับจะค่อยๆมีการเปลี่ยนแปลงทีละน้อยจนส่งผลให้ความดันพอร์ทัลสูง (Portal-hypertension) และสุดท้ายอาจทำให้มีโอกาสเกิดภาวะที่ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ (Decompensation) ซึ่งผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการตีชาน ท้องมาน้ำ (Ascites) และอาเจียนเป็นเลือดได้ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามการพยากรณ์การเกิดโรค ดังนี้ (อรอุษา แสนไพโร, 2559)

1. โรคตับแข็งระยะแรก ผู้ป่วยมักไม่มีอาการหรือมีอาการผิดปกติเล็กน้อยหรือไม่ชัดเจนอาจมีเพียงอาการท้องอืดท้องเฟ้อเหมือนอาหารไม่ย่อย แต่ต่อมาเป็นแรมปีจะเริ่มรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนเป็นบางครั้ง น้ำหนักตัวลดลง เท้าบวม ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บบริเวณชายโครงด้านขวา

เล็กน้อย ตัวเหลืองตาเหลือง (ดีซ่าน) ค้นตามผิวหนัง ความรู้สึกทางเพศลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจสังเกตเห็นฝ่ามือแดงผิวดกปกติ หรือมีจุดแดงที่หน้าอก หน้าท้อง ในผู้ชายอาจรู้สึกนมโตและเจ็บ อัณฑะฝ่อตัว หรือมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือองคชาตไม่แข็งตัว (Erectile dysfunction) ในผู้หญิงอาจมีอาการประจำเดือนขาดหรือมาไม่สม่ำเสมอ มีหนองขึ้น หรือมีอาการเสียงแหบห้าวคล้ายผู้ชาย

2. โรคตับแข็งระยะสุดท้าย เมื่อเป็นโรคตับแข็งอยู่หลายปีหรือยังดื่มแอลกอฮอล์จัดอยู่ ผู้ป่วยจะมีอาการเท้าบวม เนื่องจากตับไม่สามารถสร้างโปรตีนอัลบูมิน (Albumin) ซึ่งเป็นตัวควบคุมความดันน้ำในหลอดเลือดได้เพียงพอ ฟังผิดที่ตั้งรังในตับก็จะมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดผิวดกปกติ มีแรงดันในเลือดเพิ่มมากขึ้น เกิดการแตกแขนงเป็นเส้นเล็กๆ ซึ่งจะเปราะบางและแตกได้ง่ายจึงทำให้เห็นเป็นหลอดเลือดพองที่หน้าท้อง เกิดหลอดเลือดขดที่หลอดอาหาร (Esophageal varices) ซึ่งอาจจะแตกและทำให้ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดสด ๆ ทำให้เสียเลือดมากและอาจถึงขั้นช็อก และเสียชีวิตได้ในระยะสุดท้ายเมื่อตับทำงานไม่ได้ (ตับวาย) ผู้ป่วยก็จะเกิดอาการทางสมอง เช่น หลงลืมง่าย สับสน ซึม เพ้อ มือสั่น และจะค่อย ๆ ไม่รู้สึกตัวจนกระทั่งหมดสติไป เรียกว่า "ภาวะหมดสติจากตับวาย" (Hepatic coma)

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ ได้แก่ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด ท้องมานประวัติการดื่มแอลกอฮอล์หรือประวัติทางการแพทย์ การใช้ยาต่างๆ รวมถึงประวัติโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง หรือมะเร็งตับในครอบครัว

2. การตรวจร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง และปัสสาวะสีเข้มขึ้น (Jaundice) ฝ่ามือแดงทั้งสองข้าง (Palmar erythema) มีจุดแดงรูปแมงมุมที่หน้าอก หน้าท้อง จมูก ตันแขน (Spider telangiectasia), ต่อม้ำลายที่บริเวณกรามทั้งสองข้างโตขึ้น (Parotid gland enlargement) เท้าบวม ท้องบวม (Ascites), เส้นเลือดที่บริเวณรอบสะดือขยาย (Caput medusae) และอาจได้ยินเสียงฟูในบริเวณดังกล่าว (Cruveilhier Baumgarten-murmur) อาการนมโตและเจ็บในผู้ชาย (Gynecomastia) อัณฑะฝ่อตัวหรือเล็กลง (Testicular atrophy) คลำตับได้มีลักษณะค่อนข้างแข็ง ถ้าเป็นมากจะพบว่าผู้ป่วยมีรูปร่างผอมแห้ง ซีด ท้องโตมาก หลอดเลือดพองที่หน้าท้อง มือสั่น ม้ามโต ภาวะนิ้วข้อม มีจุดแดงจ้ำเขียวตามผิวหนัง เป็นต้น

3. การตรวจเลือดเพื่อทดสอบการทำงานของตับ และหาซื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี และผู้ที่เป็โรคไวรัสตับอักเสบควรตรวจเลือดหาสารแอลฟาไฟโตโปรตีน (Alpha fetoprotein - AFP) ทุก 3-6 เดือน เพื่อตรวจกรองหาโรคมะเร็งตับระยะแรกเริ่มเพราะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งชนิดนี้ได้สูง

4. การตรวจพิเศษต่าง ๆ มีดังนี้

4.1 การตรวจภาพตับด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวนด์ (Ultrasound) เป็นการตรวจโดยใช้คลื่นความถี่สูงเพื่อตรวจหาความผิดปกติของก้อนที่ตับซึ่งเป็นการตรวจที่สะดวกและปลอดภัย ผู้ป่วยตับแข็งทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งตับด้วยการตรวจอัลตราซาวนด์ตับทุก 6 เดือน คู่กับการตรวจระดับหาสารแอลูฟาไฟโตโปรตีน (Alpha fetoprotein - AFP) ในเลือด

4.2 การตรวจคอมพิวเตอร์ (computerized tomography scan: CT scan) เป็นการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อวินิจฉัยโรคหาความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ

4.3 การตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging : MRI) เป็นการตรวจด้วยเครื่องแม่เหล็กไฟฟ้าที่ทำให้เห็นผลความผิดปกติของตับอย่างชัดเจน ทราบผลวินิจฉัยแน่นอน ไม่มีสารเคมีตกค้าง แต่ไม่สามารถทำในผู้ป่วยที่มีการฝังโลหะภายในร่างกาย

4.4 การตรวจตับและม้ามด้วยรังสี (radioisotope scan) เป็นการตรวจด้วยเครื่องรังสีแกรมมาสร้างภาพของชิ้นส่วนหรือ อวัยวะนั้นโดยความน่าเชื่อถือขึ้นอยู่กับความคมชัดของแสงและเงา

4.5 การเจาะผ่านผิวหนัง (biopsy) เพื่อเอาตัวอย่างจากเนื้อตับไปตรวจวินิจฉัยถึงความผิดปกติของบริเวณรอยโรค

4.6 การตรวจไฟโบรสแกน (Fibro Scan) คือการตรวจโดยใช้เทคโนโลยีตรวจหาภาวะพังผืดในเนื้อตับและตรวจวัดปริมาณไขมันสะสมในตับ โดยไม่ต้องเจ็บตัว ลดอัตราการเจ็บปวดเมื่อเทียบกับการเจาะผ่านผิวหนัง (biopsy)

5. การประเมินความรุนแรงของโรคตับแข็ง การดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งได้นำ Child-Turcotte-Pugh (CTP) Scoring System ซึ่งเป็นระบบที่นำมาใช้ในการประเมินความรุนแรงของตับแข็งเป็นเครื่องมือการประเมินผู้ป่วยที่สามารถใช้ได้ง่าย และมีการใช้มานาน

การดูแลรักษาผู้ป่วย (เสริมทรง จันทรเพ็ญ, 2558)

การรักษาโรคตับแข็งมีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อหยุด หรือชะลอการทำลายของเนื้อเยื่อตับ หรือการดำเนินของโรคและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยมีหลักสำคัญคือ การรักษาที่สาเหตุ และชะลอสาเหตุของการเกิดโรคการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญในการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยชะลอการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นบทบาทในการรักษาตัวผู้ป่วยเองก็มีบทบาทสำคัญในการรักษาเป็นอย่างซึ่งเช่นกัน ซึ่งได้แก่

1. การเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว เนื่องจากเมื่อเริ่มเป็นโรคตับแข็ง ในระยะแรกผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการ สามารถตรวจพบโรคนี้ได้จากการตรวจสุขภาพประจำปี

2. การเลิกหรือหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคตับแข็งสามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงหรือไม่ใช้ยาหรือสารใด ๆ

3. การรักษาโดยการช้ยาเพื่อประคับประคองตามอาการและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จาก โรคตับแข็ง เช่น มีอาการบวมหรือท้องมาน (มีน้ำในท้อง) แพทย์จะให้ยาขับปัสสาวะฟูโรซีไมด์ (Furosemide) หรือสไปโรโนแลค โตน (Spironolactone) งดอาหารเค็ม และจำกัดปริมาณน้ำที่ดื่ม ถ้าพบว่ามีความดันของหลอดเลือดในตับสูงแพทย์จะให้ยาลดความดันกลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta-blocker) เช่น โพรพรานอลอล (Propranolol) เป็นต้น หรือการรักษาด้วยยาแพทย์แผนจีน การรักษาโรคตับแข็งด้วยยาแพทย์แผนจีนนั้นมีประวัตินานแล้วโดยการรักษาจะมุ่งเน้นไปที่การปรับสมดุลของตับทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวก เพื่อช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วยโรคตับแข็ง และป้องกันไม่ให้เนื้อเยื่อตับเกิดพังผืด

4. การปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation) เมื่อการดำเนินของโรครอยู่ในระยะลุกลามมากขึ้นจนระดับสูญเสียการทำหน้าที่ ทางเลือกในการรักษาเพียงทางเดียวคือ การปลูกถ่ายตับ แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ยังมีข้อจำกัดอยู่มากเพราะเป็นการรักษาที่ยุ่ยาก มีราคาสูง ขาดแคลนผู้บริจาคตับ และหาตับที่มีผู้บริจาคซึ่งเข้ากับเนื้อเยื่อของผู้ป่วยได้ค่อนข้างยาก

5. การปรับพฤติกรรม และวิถีการดำเนินชีวิตในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคตับแข็ง (Behavior and life change) ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำดังต่อไปนี้ รับประทานโปรตีนในปริมาณที่เหมาะสมโดยควรรับประทานโปรตีนที่่อย่างง่าย เช่น ปลา หรือโปรตีนจากพืช (เช่น ถั่วเหลือง) เป็นต้น หากมีอาการบวมที่ข้อเท้าและท้อง ควรจำกัดเกลือและอาหารรสเค็ม อาหารจำพวกไขมันควรรับประทานให้น้อยลงกว่าปกติ เนื่องจากตับจะย่อยไขมันได้น้อยลงและควรหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ ให้ใช้ไขมันจากพืชแทน เช่น ถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว ที่มีกรดไขมันจำเป็นไลโนเลอิก ในระยะแรกของโรคที่ยังไม่มีภาวะตับวาย ผู้ป่วยสามารถรับประทานโปรตีนหรือเนื้อสัตว์ได้ในขนาดไม่ต่างจากคนปกติทั่วไปคือ วันละประมาณ 6-12 ช้อน แต่ถ้าในระยะท้ายของโรคที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางสมองร่วมด้วยหรือตับมีการ

เสื่อมลงอย่างมาก การรับประทานโปรตีนมากเกินไปจะเกิดอันตรายต่อร่างกายได้ เนื่องจากของเสียที่ได้จากการสลายโปรตีน คือ แอมโมเนียที่ไม่สามารถขับออกได้เนื่องจากภาวะตับแข็ง ซึ่งจะมีผลเสียต่อสมอง ซึ่งเรียกภาวะนี้ว่า "Hepatic encephalopathy" ดังนั้น ผู้ป่วยในระยะนี้จำเป็นต้องลดอาหารจำพวกโปรตีนลงให้เหลือวันละ 2-3 ซ้อนเท่านั้น และในขณะเดียวกัน เมื่อต้องควบคุมปริมาณของโปรตีนเป็นระยะเวลานานก็อาจทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารอย่างมากและมีสุขภาพแย่งได้ ซึ่งแพทย์อาจจะสั่งให้กินโปรตีนชนิดพิเศษที่เรียกว่า "กรดอะมิโน" (Branched-chain amino acid)

6. เข้ารับการฉีดวัคซีนสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ไข้หวัดใหญ่ และโรคปอดบวม เนื่องจากผู้ป่วยโรคตับแข็ง มีความเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี

7. พบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และรีบไปพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติไปจากเดิม เช่น มีอาการตัวตาเหลือง ตัวบวม ท้องบวมโต อาเจียนเป็นเลือดสด เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็ง

1. การพยาบาลด้านร่างกาย แบ่งตามวิธีการรักษา ดังนี้

1.1 ด้านอาหาร จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุ จัดอาหารอ่อนย่อยง่ายดอาหารไขมันสูง หากผู้ป่วยทานได้น้อยมักขาดวิตามินบี1 เหลือแร่ และโฟเลตก็ควรให้อาหารหรือยาเสริมบำรุงตามอาการของผู้ป่วย

1.2 ด้านการปรับตัว ปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม บางรายอาจมีภาวะสับสน หลงลืม เอะอะไว้วาย คมสติไม่ได้ ควรจัดให้อยู่บริเวณไม่มีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบปลอดภัย และมีผู้ดูแลที่เข้าใจ

1.3 ด้านการดูแลตนเองในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจรับทราบอาการอาการแสดง การพยากรณ์โรค ข้อดี-ข้อเสียในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้

2. การพยาบาลด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่างๆ อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยให้คลายความกังวล ให้กำลังใจและสร้างเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการสังเกตการเปลี่ยนแปลง และร่วมกันดูแลผู้ป่วย

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีเพื่อกลับเข้าทำงาน
ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ลูกจ้างในสถานพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ตำแหน่ง พนักงานประจำตึก หน่วยงาน ย้ายกลางที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดสระแก้ว

วันที่รับไว้ดูแล/จำหน่ายออกจากการดูแล

รับไว้ดูแล วันที่ 15 มีนาคม 2566 จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 26 กันยายน 2566 รวมวันที่รับไว้ในกัดูแลจำนวน 6 เดือน 2 วัน ติดตามที่คลินิกวินโรค จำนวน 2 ครั้ง และที่คลินิกอาชีพเวชกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ.2566 ที่คลินิกอาชีพเวชกรรม

ครั้งที่ 2 วันที่ 4 เมษายน พ.ศ.2566 ที่คลินิกคลินิกวินโรค และคลินิกอาชีพเวชกรรม

ครั้งที่ 3 วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2566 ที่คลินิกวินโรค

ครั้งที่ 4 วันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2566 ที่คลินิกวินโรค

แหล่งที่มาของข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยวัยทำงาน อายุ 42 ปี ที่อยู่ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว มีโรคประจำตัว โรคเบาหวานและโรคตับแข็ง รับการรักษาไม่ต่อเนื่องตามนัด เนื่องจากทำงานอยู่เวรเป็นกะ กิจกรรมในแต่ละเวรต่อเนื่อง ต้องทำให้เสร็จภายในเวร ต้องยกของหนัก และยืนเดินตลอดเวร ทำให้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่อยู่กับการทำงาน ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ด้านการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารจานเดียวตามสั่งประจำ ชอบของทอดเพราะว่าสะดวกในการซื้อไม่ต้องรอนาน ไม่ออกกำลังกาย ชอบดื่มน้ำอัดลมแก้วใหญ่ ยังมีการดื่มแอลกอฮอล์บางครั้ง นอนหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลา

วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ.2566 ผู้ป่วยมีไข้ตลอดทุกวัน รับประทานยาแก้อักเสบ ไม่ดีขึ้น เหนื่อยง่าย ไอ มา 2 เดือน น้ำหนักตัวลด จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ส่งตรวจเสมหะ Sputum AFB 3 วัน ผลเป็นลบ

วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ.2566 ผลเอ็กซเรย์ปอดมี Cavity at left middle zone and TB Gene Xpert MTB Detected ผลCT-chest พบ A large mass-like consolidation with internal irregular cavitory lesion involving superior and posterior basal segment of LLL, with surrounding ground glass opacities. DDx cavitating pneumonia (fungal, TB or bacterial infection)

แพทย์วินิจฉัยเป็น Pulmonary tuberculosis with Liver cirrhosis จากผลเอ็กซเรย์ปอดมี Cavity at left middle zone and TB Gene Xpert MTB Detected(24/03/2566) ผลCT-chest พบ A large mass-like consolidation with internal irregular cavitory lesion involving superior and posterior basal segment of LLL, with surrounding ground glass opacities. DDx cavitating pneumonia (fungal, TB or bacterial infection) แพทย์ให้เริ่มยาวัณโรคปอด และส่งต่อคลินิกอาชีวเวชกรรม กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม เพื่อสอบสวนโรค และดูแลต่อเนื่อง

การติดตามครั้งที่ 1 วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ.2566 ที่คลินิกอาชีวเวชกรรม

รับรายงานจากระบบรายงานการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจากการทำงาน ของบุคลากรของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/73 มิลลิเมตรปรอท ยังมีไออยู่เป็นระยะๆ เสมหะสีขาวขุ่น บางครั้งมีเลือดปนมาเล็กน้อย ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการตามผลปกติ แพทย์ให้เริ่มยาวัณโรคปอด ISONAZID(100mg) 3 เม็ด รับประทานก่อนนอน ,RIFAMPICIN(300mg) 2 เม็ด รับประทานก่อนนอน,PYRAZINAMIDE(500mg) 3 เม็ด รับประทานก่อนนอน และ ETHAMBUTAL(500mg) 2 เม็ด รับประทานก่อนนอน ให้พักรักษาตัวที่บ้าน 15 วัน ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล บอกว่ารู้สึกผิดที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคปอด กลัวว่าตนเองจะเป็นต้นเหตุของการแพร่กระจายเชื้อไปยังเพื่อนร่วมงานและครอบครัว ผู้ศึกษาได้วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยดูแลประคับประคองให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานและเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ในส่วนของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ลงพื้นที่ประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในที่ทำงาน พบว่า มีผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ได้แก่ บุคลากรจำนวน 15 ราย ครอบครัวจำนวน 3 ราย ดำเนินการ CXR ผลอ่านปกติ

ติดตามครั้งที่ 2 วันที่ 4 เมษายน พ.ศ.2566 ที่คลินิกอาชีวเวชกรรม

ติดตามเข้ารับบริการที่คลินิกอาชีวเวชกรรม เพื่อวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/78 มิลลิเมตรปรอท ยังมีอาการไออยู่แต่ไอ

ลดลง เสมหะไม่มีเลือดปน มีอาการจุกแน่นท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน รับประทานยาต่อเนื่อง ผลการสอบสวนกักตักเชื้อจากการทำงานสรุปได้ว่าเป็นการติดเชื้อวัณโรคที่เกี่ยวข้องจากการทำงาน ให้พักรักษาตัวที่บ้านจนครบ 15 วัน และกลับมาทำงานต่อได้

ติดตามครั้งที่ 3 วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2566 ที่คลินิกวัณโรค

นัดติดตามผลการรักษาที่คลินิกวัณโรค รับยาวัณโรคครบ 2 เดือน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/77 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจเสมหะ(Sputum AFB 2 วัน) ผลเป็นลบ ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ improved LLL cavitory lesion ผู้ป่วยบอกว่าอาการโดยรวมดีขึ้น มีไอแห้งขึ้น ไม่มีเสมหะ

ครั้งที่ 4 วันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2566 ที่คลินิกวัณโรค

นัดติดตามผลการรักษาที่คลินิกวัณโรค ผู้ป่วยรับยาวัณโรคครบ 6 เดือน และนัดติดตามหลังการกลับเข้าทำงาน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ใช่ ไอ อากาศทั่วไปปกติ สีหน้ายิ้มแย้ม น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/62 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ Pulmonary Function test ผลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานแบบจำกัดการขยายตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % ผลตรวจเสมหะ(Sputum AFB 2 วัน) ผลเป็นลบ ผลเอ็กซเรย์ปอดพบว่าไม่มี infiltration เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถทำงานหน้าที่เดิมได้ปกติ

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

1. การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด
2. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะ Active TB
3. เกิดอาการข้างเคียงของการใช้ยารักษาวัณโรค
4. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นวัณโรค
5. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษา การแพร่กระจายของโรค

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆกลุ่มวัยทำงาน โรควัณโรคกลุ่มบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ โรคเรื้อรังกลุ่มวัยทำงาน
2. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสอบสวนโรคจากการทำงาน และประเมินการกลับเข้าทำงาน จากคลินิก อาชีวเวชกรรม กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี มีแผนการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การประสานความร่วมมือกับทีมต่างๆและติดตามต่อเนื่องตลอดจนผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมการกลับเข้าทำงานจากทีมแพทย์และพยาบาลอาชีวอนามัย
3. ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยวัณโรคและสาขาที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพและหน่วยงาน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา ด้านผู้ป่วยและญาติ ด้านผู้ร่วมงานและสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน การหยุดงาน และการกลับเข้าทำงาน
4. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการ โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
5. รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหา เขียนรายงานวิชาการ ปรับปรุงแก้ไขในสาขาที่เกี่ยวข้อง
6. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการ โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

7. สรุปรณศึกษา วิจารณ์ และให้ข้อเสนอแนะ
8. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง
9. เผยแพร่ผลงาน อยู่ระหว่างดำเนินการ

4.3. เป้าหมายของงาน

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการฟื้นฟูร่างกายเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ และกลับเข้าทำงานต่อไปได้
2. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน
3. เพื่อประสานงานกับหน่วยงาน เพื่อนร่วมงาน วางแผนในการกลับเข้าทำงานที่ป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูโรคปอดวัยทำงานร่วมกับโรคเบาหวานและโรคตับแข็งเพื่อกลับเข้าทำงาน จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 24 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 26 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 6 เดือน 2 วัน รวมติดตาม 4 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยโรคฉี่หนูโรคปอดวัยทำงานร่วมกับโรคเบาหวานและโรคตับแข็งที่มีภาวะมีน้ำในช่องท้อง ได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและกลับเข้าทำงานเดิมได้อย่างเหมาะสม

2. ญาติ เพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน พึงพอใจในการให้การพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูโรคปอดวัยทำงานร่วมกับโรคเบาหวานและโรคตับแข็งที่มีภาวะมีน้ำในช่องท้อง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคฉี่หนูโรคปอดวัยทำงานร่วมกับโรคเบาหวานและโรคตับแข็งที่มีภาวะมีน้ำในช่องท้อง

2. สามารถนำความรู้ไปใช้ในการสร้างความตื่นตัวในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฉี่หนูโรคเบาหวาน และโรคตับแข็งได้

3. ผลสำเร็จของการพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูโรคปอดวัยทำงานร่วมกับโรคเบาหวานและโรคตับแข็งที่มีภาวะมีน้ำในช่องท้องเพื่อกลับเข้าทำงาน สามารถเป็นแนวทางแก่พยาบาลอาชีวอนามัย ในการประเมินผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน

4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าโดยเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพต่อไป

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคฉี่หนูโรค ทำให้ต้องสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนร่วมงาน เพื่อลดความวิตกกังวล และร่วมกันวางแผนการจัดการเรื่องการดูแลตนเองผู้ป่วยและญาติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และอาการแทรกซ้อนของโรคร่วม

2. การเสริมพลังให้ผู้ป่วยเข้าใจในว่าบทบาทของผู้ป่วยในการรักษาตนเองสำคัญในการรักษาอย่างยิ่ง เรื่องวินัยในการรับประทานยารักษาวัณโรค เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วม

3. ความสามารถในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการจัดการรายกรณี เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ การประสานความร่วมมือผู้ร่วมงานของผู้ป่วย หัวหน้างาน เพื่อการกลับเข้าทำงานที่ป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ความไว้วางใจของผู้ป่วย ในการสื่อสารและการให้ข้อมูลในระยะแรก

2. ผู้ป่วยมีการอยู่นอกเวลาจากงานปกติส่งผลให้มีผลกระทบต่อเวลาในชีวิตประจำวัน ขาดทักษะและความรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เวลาในการทำการกิจกรรมคลาดเคลื่อน ดูแลตนเองไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง

9. ข้อเสนอแนะ

1. ในการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคปอดด้วยทำงานร่วมกับโรคเบาหวานและโรคตับแข็งที่มีภาวะมีน้ำในช่องท้อง เพื่อกลับเข้าทำงานนั้นมีความยุ่งยาก สำหรับผู้ป่วยรายนี้ขาดการคำนึงถึงบทบาทตนเองในการดูแลตนเอง จึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจัดการรายกรณีร่วมกับเพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างานของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อการกลับเข้าทำงานอย่างเหมาะสม

2. ควรมีการควบคุมกำกับให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีมาตรการการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคครอบคลุมทุกจุดบริการ มีระบบ warning sign ด้วยการตรวจคัดกรองบุคลากรที่มีอาการป่วยได้โรคระบบทางเดินหายใจและเรื้อรังนานเกิน 1 สัปดาห์ โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยด้วยการปรับให้ทำงานด้านเอกสาร ลดจำนวนเวรปฏิบัติงาน หรือหยุดพักงานจนกว่าอาการทุเลา

3. ควรจัดให้มีแกนนำสุขภาพระดับหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาลเพื่อเป็นแกนนำในการสนับสนุนส่งเสริม และติดตามภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่


10. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ระหว่างดำเนินการ

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางนันทิยา พิมแพง ผู้เสนอมีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นางนันทิยา พิมแพง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนันทิยา พิมพ์แพง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายชัยรัตน์ สมบูรณ์ธนกิจ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานอาชีพเวชกรรม

(วันที่) 3 / ๖๓ / ๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายวิทยา หอมฉุน)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ

(วันที่) 3 / ๖๓ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๕ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นายธราพงษ์ กัปปโก)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(ตำแหน่ง)

(วันที่) ๖ ก.พ. ๒๕๖๗

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการพยาบาลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) อำเภอเมืองสระแก้ว

2. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมนับเป็นปัญหาที่หลายฝ่ายกำลังให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มและความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพเกิดขึ้นได้ จึงทำให้หน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบ

อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ดำเนินการจัดบริการตามมาตรฐานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ปี 2560 สํารวจข้อมูลสถานประกอบการ และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว มีสถานประกอบการที่คาดว่าจะกระบวนการผลิตจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพต่อประชาชนรอบๆสถานประกอบการ จำนวน 19 แห่ง ในพื้นที่เสี่ยงมลพิษ 4 ตำบล คือ ตำบลศาลาลำดวน ตำบลบ้านแก้ง ตำบลหนองบอน และตำบลสระแก้ว ยังไม่เคยเกิดเหตุสถานการณ์ฉุกเฉินรุนแรง ข้อมูลผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินงานเป็นการคาดการณ์จากกระบวนการผลิตและการมีการร้องเรียนจากประชาชนในระแวกพื้นที่รอบๆสถานประกอบการ ผลกระทบต่อสุขภาพอันดับ 1 คือฝุ่นละอองจากการเผาทางการเกษตร การจราจร และฝุ่นละอองจากโรงงานไฟฟ้าชีวมวล รองลงมาคือกลิ่นจากโรงงานผลิตแบริ่งมันสำปะหลัง เสียงดังจากเกิดจากโรงงานผลิตเหล็กเส้น ตามลำดับ กิจกรรมการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อสิ่งคุกคาม หรือมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว ใช้แนวคิดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม แต่ยังไม่ครอบคลุมกิจกรรม มีเพียงการสำรวจแหล่งมลพิษ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ จัดลำดับความสำคัญ และตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการเป่าปอด ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ 5 รพ.สต ในพื้นที่เสี่ยง 4 ตำบล ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง 3อ.2ส. และการจัดบ้านเรือนให้ปลอดฝุ่น ด้วย 3 ส.1ล. ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดำเนินการขาดความต่อเนื่อง ยังไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรม ทำให้การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของประชาชนที่อยู่บริเวณพื้นที่เสี่ยงไม่ครอบคลุม ทำให้ไม่มีข้อมูลทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงรอบสถานประกอบการ มีข้อมูลเฉพาะการมารับบริการทั่วไปเป็นภาพรวมของประชาชน ซึ่งไม่สามารถแยกข้อมูลได้

ปี 2566 เกิดเหตุไฟไหม้ศูนย์กำจัดขยะเทศบาลเมืองสระแก้ว ช่วงวันที่ 6-8 มีนาคม 2566 มลพิษที่เกิดขึ้นทำให้ ค่าฝุ่นละอองในอากาศภาพรวมสูง โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก(PM2.5) สารเคมีต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษและในภาพรวมการจัดบริการตามมาตรฐานงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ครอบคลุม ทำให้ประชาชนที่อยู่รอบรัศมี 1-5 เกิดความล่าช้า ในการเข้าถึงบริการ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/ แนวคิดข้อเสนอ

การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กเขตอำเภอเมืองสระแก้ว พยาบาลอาชีวอนามัยนอกจากต้องใช้นโยบายมาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย มาตรฐานการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การพยาบาลแบบองค์รวมผสมผสาน และการดูแลต่อเนื่อง พยาบาล ต้องมีความรู้ทางวิชาการ และมีทักษะการสื่อสารความเสี่ยงที่ดี เนื่องจากทุกกลุ่มเป้าหมายมีโอกาสได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ทั้งสิ้น พยาบาลต้องแยกกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน จึงจะสามารถวางแผนในการให้การพยาบาลได้ตรงตามปัญหา เป้าหมายด้านกลุ่มคนที่ต้องดูแล กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย การพยาบาลแตกต่างกัน เป้าหมายด้านสถานที่ ในชุมชน ในสถานศึกษา ในสถานประกอบการ ในสถานพยาบาล ในศูนย์เด็กเล็ก และในบ้านเรือน การทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถรับรู้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง และสามารถจัดการตอบโต้กับปัญหานั้นได้สำคัญที่สุด ต้องวางแผนการพยาบาลทั้งในขณะปกติไม่มีเหตุการณ์ ภาวะฉุกเฉิน ขณะเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุ

การประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่ใช้ในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น กลไกการเกิดโรคจากสิ่งแวดล้อม การค้นหาสิ่งคุกคาม การประเมินผลกระทบ การเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เสี่ยงต่อสิ่งคุกคามหรือมลพิษในสิ่งแวดล้อมได้รับการดูแลสุขภาพ ไม่ป่วย หรืออาการของโรคกำเริบจากมลพิษจากสิ่งแวดล้อม สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมในระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน

ปี 2566 เกิดเหตุไฟไหม้ศูนย์กำจัดขยะเทศบาลเมืองสระแก้ว ช่วงวันที่ 6-8 มีนาคม 2566 มลพิษที่เกิดขึ้นทำให้ ค่าฝุ่นละอองในอากาศภาพรวมสูง โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก(PM2.5) ถือเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ทำให้เรียนรู้ว่าการจัดการเรื่องสถานการณ์ฉุกเฉิน ต้องใช้ความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน ด้านสาธารณสุขเองต้องมีการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพประชาชน ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ระดับโรงพยาบาล โดยเฉพาะระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ต้องใช้แผนการสั่งการ การเคลื่อนย้ายประชาชน การสื่อสารความเสี่ยง และแนวทางการพยาบาลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถระงับเหตุได้ภายใน 3 วัน หากรุนแรงกว่านี้ จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ในระยะยาว

การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนสำคัญมาก การทำให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ในขณะปกติไม่มีเหตุการณ์ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีความสามารถด้านการประสานงาน การจัดการกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยสถานประกอบการ ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน แสดงความสามารถของตัวบุคคล ร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษได้รับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง
2. เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษได้รับการสื่อสารและการจัดการความเสี่ยง เพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม
3. เพื่อให้เครือข่ายในชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนได้
4. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูล การซักประวัติ การบันทึกและลงรหัสโรคจากการทำงานและโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อม(Y96,Y97)ในฐานข้อมูลของสถานบริการ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสียงมลพิษ ในพื้นที่เสียงมลพิษ 4 ตำบล คือ ตำบลศาลาลำดวน ตำบลบ้านแก้ง ตำบลหนองบอนและตำบลสระแก้ว

ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม – กันยายน 2567

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้รับผิดชอบงาน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เจ้าหน้าที่รพ.สต. และเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันทบทวนปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ สรุปแนวทางที่ดำเนินการที่ผ่านมา
2. ทบทวน เนื้อหาความรู้ทางวิชาการ แนวทางการดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อมทั้งทฤษฎี แนวคิดทางการพยาบาลอาชีวอนามัย แนวคิดการมีส่วนร่วม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. พัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลอาชีวอนามัยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสียงมลพิษ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยออกแบบระบบบริการ แนวทางในการพยาบาล กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน แนวทางการพยาบาล ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสียงมลพิษ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในสถานการณ์ ปกติ ขณะเกิดเหตุฉุกเฉิน และหลังเกิดเหตุ แนวทางการบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง ขนาดเล็กของอาสาสมัครสาธารณสุข และแนวทางการส่งต่อที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของรพ.สต
4. ประสานงานพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการ กำหนดวัน เวลา สถานที่
5. จัดเตรียมบุคลากร เครื่องมือการตรวจคัดกรอง วัสดุอุปกรณ์ ขออนุมัติใช้รถยนต์ของทางราชการ

ขั้นดำเนินการ

1. จัดอบรมเรื่องการดูแลที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสียงมลพิษ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนท.ความปลอดภัยสถานประกอบการ ผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัยในอปท. ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข
2. ตรวจคัดกรองผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสียงมลพิษ ในพื้นที่เสียงมลพิษ 3 ตำบล คือ ตำบลศาลาลำดวน ตำบลบ้านแก้ง และตำบลสระแก้ว
3. ซ้อมแผนจัดการปัญหาอุบัติเหตุ อุบัติภัยเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในชุมชน
4. จัดทำทะเบียนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยกลุ่มที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
5. คืบข้อมูลในเวทีประชุมผู้นำชุมชน อปท. สสอ.

ขั้นประเมินผล

1. การติดตามวัดผลของการดำเนินงาน โดยวัดจากความรู้ประชาชน จากแบบสอบถาม
2. สรุปประเมินการซ้อมแผนจัดการปัญหาอุบัติเหตุ อุบัติภัยเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในชุมชน
3. รายงานผู้ป่วยที่ถูกบันทึกและวินิจฉัยเป็นโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
4. วิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนการดำเนินการเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสียงมลพิษสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เจ็บป่วยจากการได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในชุมชนเครือข่ายในชุมชนสามารถจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในชุมชนเบื้องต้นได้

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

1. ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ ร้อยละ 80
2. ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อตรวจวินิจฉัยโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 80
3. ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมได้รับการติดตามต่อเนื่อง ร้อยละ 80
4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีการซักซ้อมแผนจัดการปัญหาอุบัติเหตุ อุบัติภัยเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินร่วมกับชุมชนปีละ 1 ครั้ง

(ลงชื่อ).....

(นางนันทิยา พิมพ์แพง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน