

จดหมาย ถึงกอง บ.ก.

กองบรรณาธิการ

ทางกองบรรณาธิการ ได้รับจดหมายจากท่านสมาชิกหลายท่าน เราขออนุญาตคัดเลือกบางฉบับที่ถามคำถามได้อย่างน่าสนใจมาเผยแพร่เป็นวิทยาทานเพื่อให้ทุกท่านได้รับความรู้เพิ่มเติมกัน เนื้อความบางส่วนของจดหมายจำเป็นต้องได้รับการปรับแต่งเพื่อความเหมาะสมและตามหลักไวยากรณ์ไทย จดหมายฉบับนี้ตอบโดย อ.ทนันชัย บุญบุรพงค์ จาก ร.พ.รามาริบัติ ครับ

เรียน กองบรรณาธิการ

ดิฉันกำลังศึกษาอยู่หลักสูตรพยาบาลศาสตร เป็นสมาชิกของสมาคม ขณะนี้มีปัญหาที่ต้องการคำตอบจาก expert จึงขอความกรุณาช่วยชี้แนะด้วยค่ะ และขอกราบขอบพระคุณมาล่วงหน้า โดยคำถามมีดังนี้

1. ปัจจุบันมีการใช้ ventilator weaning protocol กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมี evidence-base support แล้วว่า improve outcome อาจารย์คิดว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคของการใช้ protocol หรือไม่อย่างไร ?
 - ถ้ามี เกิดจากอะไร ?
 - ถ้าไม่มี เกิดจากอะไร ?
2. การใช้ protocol มีความยั่งยืน หรือไม่อย่างไร เพราะอะไร ?
 - มีความแตกต่างกันในโรงพยาบาลขนาดเล็ก และโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์หรือไม่อย่างไร ?

ด้วยความนับถือ

ย.ว.

เรียน คุณ ย.ว.

ขออนุญาตตอบคำถามดังนี้

1. Therapist-Driven Protocol (TDP) ย่อมาจาก therapist-driven protocol-directed weaning คือ

การ wean ที่ควบคุมหรือกำกับด้วย protocol โดยมี Respiratory Therapist (RRT) เป็นผู้ดูแลให้เป็นไปตาม protocol

มี paper ว่าใช้แล้ว wean ได้เร็ว outcome ดี เมื่อเปรียบเทียบกับให้แพทย์เป็นผู้ควบคุมกำกับการ wean แต่ฝั่งตรงหน้ากว่า paper เหล่านั้นเป็นการเปรียบเทียบ TDP กับ การ wean โดยแพทย์ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ การ wean โดยเฉพาะ และไม่ได้อยู่เฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลาที่สั่ง wean เมื่อสั่ง wean แล้วก็ไป ปล่อยให้พยาบาลเป็นผู้เฝ้า ถ้าพบว่าเหนื่อยจึงค่อยต่อเครื่องหรือรายงานแพทย์ ถ้าผู้เฝ้าระวังประเมินผิดหรือไม่ดูแลใกล้ชิด อาจปล่อยให้ผู้ป่วยหายใจเองนานเกินไปโดยไม่สมควร ทำให้สภาพแยลงหรือเกิด cardiopulmonary arrest เสียก่อนที่จะได้ต่อเครื่องช่วยหายใจ ส่วนการใช้ TDP นั้น แพทย์เพียงสั่ง order ให้เริ่มใช้ weaning protocol ได้ RRT จะเป็นผู้ประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมจะทำ SBT จริงหรือไม่ ถ้าจริงก็จะเป็นผู้พิจารณาวิธีทำ SBT ที่เหมาะสมว่าจะให้ T-piece หรือวีทีใด จะใช้ F_{O_2} เท่าไร จะใช้ aerosol หรือไม่ จะเปิด O_2 flow ที่ L/min และต้องคอยเฝ้าระวังบ่อยเพียงใด ดูอะไรจึงบอกได้ว่าน่าจะหยุด SBT ถ้าไม่มี sign ที่บ่งว่าควรหยุด SBT ก็ให้หายใจเองต่อไปจนครบกำหนดเวลาที่ระบุใน protocol ก็เท่ากับว่าผู้ป่วยหายใจเองได้แล้ว ของแบบนี้ไม่ต้องลองก็รู้ ๆ อยู่แล้วว่าแบบไหนจะ wean ได้เร็วกว่า และแบบไหนผู้ป่วยจะปลอดภัยมากกว่า

เมื่อ paper ออกมา ประเทศที่ไม่มี RRT ก็จะทำตามบ้าง พยายามสร้าง weaning protocol มาใช้โดยให้พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ ความจริงควรเรียกว่า nurse-driven protocol-directed weaning protocol ผลการใช้จึงมีความขัดแย้งกัน บางแห่งใช้แล้วได้ผลดี บางแห่งก็ไม่เห็นดีกว่าเดิม ก็ไม่แปลกหรอก ขึ้นกับว่า protocol นั้นระบุให้ใช้เกณฑ์ที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ SBT หรือในการพิจารณาว่าจะให้ผู้ป่วยหายใจเองต่อไปหรือไม่ ใช้เครื่องมืออะไรในการ

ประเมิน พยาบาลมีความสามารถประเมินค่าเหล่านั้น ได้ถูกต้องเพียงใด และพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น หรือหอผู้ป่วยนั้นจะมีเวลาพอมาคอยเฝ้าประเมินผู้ป่วย ขณะทำ SBT หรือไม่ เพราะเหมือนเป็นงานที่เพิ่มเข้ามา งานหนึ่งเลย ซึ่งต้องเสียเวลาเฝ้าค่อนข้างใกล้ชิด ต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ให้ผู้ป่วยทำ SBT นั้น แล้วจะต้อง ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องทำอยู่เป็นประจำด้วยหรือไม่ กระทบเห็นว่าการนำมาใช้ในประเทศไทย อาจจะได้ผล ดีกว่าเดิมไม่มากนัก เพราะข้อจำกัดเหล่านี้

สรุปว่า ความสำเร็จของ TDP อยู่ที่ผู้ใช้ที่มีความรู้ และมีเวลาเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะทดลองให้หายใจเอง (SBT) RRT มีส่วนร่วมในการสร้าง protocol RRT ประเมิน pulmonary reserve ได้ถูกต้องกว่าพยาบาล บอกได้ว่า RR 30 ครั้งในผู้ป่วยรายนี้ บ่งว่า reserve ใกล้หมดเต็มที แล้ว ไม่ต้องรอให้ถึง > 35 ครั้ง/นาที หรือบอกได้ว่า RSBI แม้จะ > 105 ในผู้ป่วยรายนี้ ก็ ไม่ได้บ่งว่า reserve ต่ำ เป็นต้น RRT มีเวลาดูแลผู้ป่วย ที่ทำ SBT โดยไม่ต้องปฏิบัติงานพยาบาลร่วมไปด้วย

การใช้ weaning protocol ในประเทศไทย ถ้าจะใช้ ให้สำเร็จต้องทำองค์ประกอบเหล่านี้ให้สมบูรณ์เหมือนกับ ในประเทศที่มี RRT สรุปให้เข้าใจง่ายกว่านี้คือ ถ้าจะให้ พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ weaning protocol ควรเพิ่มจำนวน พยาบาลให้มาทำงานนี้โดยเฉพาะ และต้องฝึกอบรม พยาบาลที่มีทำงานนี้ให้มีความเข้าใจใน protocol ให้มีความสามารถในการประเมิน pulmonary reserve ให้เป็น มากกว่าที่จะแค่จำค่าต่าง ๆ ตาม criteria เท่านั้น

2. ความยั่งยืนในการใช้ protocol

กระผมว่าขึ้นกับความสำเร็จของการใช้ protocol ที่ใดที่ใช้แล้วสำเร็จ ก็จะใช้ไปได้ยั่งยืน มีการพัฒนา

protocol เป็นระยะ ที่ใดใช้แล้วไม่สำเร็จ ก็อาจจะหมด กำลังใจ หมดศรัทธา แต่ถ้าจะมีความมานะบากบั่น ไม่ย่อท้อ ก็จะต้องพยายามปรับปรุง protocol และ ปรับปรุงการใช้ protocol จนสามารถใช้ได้สำเร็จ ประการ หลังนี้เป็นงานที่ทำหายอย่างมาก

3. ความแตกต่างในโรงพยาบาลขนาดเล็กและ ขนาดใหญ่

Protocol weaning ควรใช้ได้ผลเหมือนกันทั้งใน โรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลเล็ก ปัญหาที่ทำให้ แตกต่างกันอาจเกิดจาก

3.1 Protocol นั้นไม่เหมาะกับโรงพยาบาลนั้น เช่น โรงพยาบาลใหญ่มีเครื่องมือในการประเมินค่า weaning index ต่าง ๆ แต่โรงพยาบาลเล็กไม่มี เป็นต้น การที่โรงพยาบาลเล็กไปคัดลอก protocol ของโรงพยาบาลใหญ่ มาใช้ในโรงพยาบาลเล็กจึงไม่เหมาะสม protocol ต้อง สร้างขึ้นจากแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลนั่นเอง คัดเลือกการปฏิบัติและเครื่องมือประเมินที่มีใช้ใน โรงพยาบาล

3.2 ความสามารถในการประเมิน pulmonary reserve ของพยาบาลโรงพยาบาลเล็กและโรงพยาบาล ใหญ่อาจจะไม่เท่ากัน

3.3 จำนวนพยาบาล และจำนวนงานพยาบาลที่ ต้องปฏิบัติของโรงพยาบาลเล็กและโรงพยาบาลใหญ่อาจ ไม่เท่ากัน

กระผมขออนุญาตตอบไว้เพียงเท่านี้ นะครับ ถ้ามี โอกาสคงได้คุยกันนานกว่านี้

ขอบคุณครับ

ทนนชัย บุญบุรพวงศ์

สมาชิกท่านใดมีคำถามสงสัยและต้องการคำตอบหรือคำชี้แนะจาก expert แบบนี้ ท่านสามารถเขียนจดหมาย เข้ามาพูดคุยกับกองบรรณาธิการของเราได้ที่ อีเมลล์ admin@criticalcarethai.org หากได้รับการตีพิมพ์ เราจะจัดส่ง ของที่ระลึกของสมาคมฯ ไปให้ท่านถึงบ้านเลยครับ