

ผลงานที่ได้รับการคัดเลือกให้ทำโปสเตอร์ เข้าร่วมนำเสนอ ในนิทรรศการ National Forum ครั้งที่ 11

เรื่อง		ประเด็น	หน่วยงาน
1	วัฒนธรรมความปลอดภัย	Safety & Risk management	คณะกรรมการบริหารและควบคุมความเสี่ยง
2	โรงพยาบาลอนุรักษ์พลังงาน	ENV	คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
3	Wash my hands with my heart	Infection (HAI)	คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
4	โครงการ Back school	Rehabilitation	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
5	สมุดบันทึกสื่อความเข้าใจพ่อแม่	Innovation	หออภิบาลทารกแรกเกิด
6	ไฟใต้เครื่องช่วยเรื่องมองเห็น	Innovation	ศูนย์ Lasik
7	ผ้าดึงอัจฉริยะระงับยื้อหนุ่นและยังยืน	Innovation	ศัลยกรรมกระดูกพิเศษ 20/10
8	เวลาสะดุดหยุดอันตราย	Innovation	อายุรกรรมหญิง 20/14

สวัสดีค่ะผู้อ่านที่รัก เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา ก็ถึงวันตรุษจีนกับวันแห่งความรัก ที่มีประชาชนหลากหลายร่วมเฉลิมฉลองเทศกาลกันอย่างกว้างขวาง สำหรับเดือนมีนาคมถ้ามองดูในปฏิทินก็จะเห็นว่าไม่มีวันไหนที่มีความสำคัญพิเศษ แต่เมื่อดูในระดับโลกแล้วเดือนมีนาคมมีหลายวันที่เป็นวันสำคัญ หนึ่งในนั้นคือวันที่ 8 มีนาคมซึ่งเป็นวันสตรีสากลนะคะ

สำหรับในช่วงเดือนมีนาคมนี้ เรื่องของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่น่าจะเป็นข่าวใหญ่ที่หลายโรงพยาบาลตั้งตารอ นั่นก็คือการประชุมวิชาการระดับชาติประจำปี 2553 National Forum ครั้งที่ 11 ซึ่งจะจัดที่เมืองทองธานี หัวข้อการประชุมในปีนี้เป็น “การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน” โรงพยาบาลกลางของเราจัดส่งผลงานคุณภาพและนวัตกรรมจากหน่วยงานต่างๆ เข้ารับการคัดเลือกถึง 56 เรื่อง และเราได้รับการคัดเลือกให้ทำโปสเตอร์เข้าร่วมนำเสนอในบอร์ดนิทรรศการจำนวน 8 เรื่อง ก็เป็นโอกาสอันดีของเราที่จะได้ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลอื่นๆ จากทั่วประเทศค่ะ

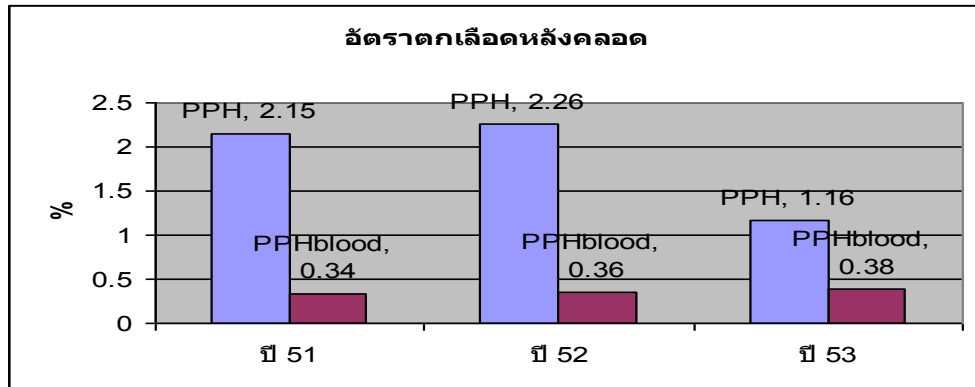


ผลการดำเนินงานขององค์กร

PCT สูตินรีเวชกรรม

ฉบับที่แล้วเราได้เห็นผลการดูแลผู้ป่วยของทีม PCT ศัลยกรรมกระดูกในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status ของผู้ป่วยไปแล้ว ฉบับนี้จะเป็นผลการดูแลผู้ป่วยของทีม PCT สูตินรีเวชกรรมบ้าง

อัตราการตกเลือดหลังคลอด



ในปี 2551 (อัตราการตกเลือดเฉลี่ย 2.15%) พบว่ามีการตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรงและต้องให้เลือด 4 ราย คิดเป็น 15% ของผู้ตกเลือด และในจำนวนนี้ต้องได้รับการตัดมดลูก 1 ราย จาก case elective previous C/S แต่ผนังมดลูกบางมากเนื่องจากผ่าตัดมาแล้ว 2 ครั้งทำให้เกิด Uterine atony ในปี 2552 (อัตราตกเลือดเฉลี่ย 2.26) พบการตกเลือดหลังคลอดที่ต้องให้เลือด 6 ราย คิดเป็น 16% ของผู้ป่วยตกเลือด ในปี 2553 มีผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด 3 ราย จากผู้คลอด 258 ราย โดยเกิดจากการคลอดทางช่องคลอด 2 ราย ซึ่งเกิดจาก uterine atony ไม่ได้ให้ยาเร่งคลอด การดำเนินการคลอดปกติและระดับความรุนแรง E และเกิดจากการผ่าคลอด 1 ราย กรณี severe PIH ต้องให้ Magnesium sulfate ซึ่งมีโอกาสตกเลือดจากการได้รับยาและภาวะของโรคเนื่องจากเป็นภาวะคลอดก่อนกำหนดและยังไม่ได้เข้าสู่ระยะคลอด ทำให้การทำให้ตกการยากขึ้น ต้องได้รับเลือด ความรุนแรงระดับ E (ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น) ทีมห้องคลอด ทำ Huddle conference คือ การประชุมกันทบทวนผู้ป่วยหลังคลอดที่ตกเลือดทุกรายทันทีเมื่อผู้ป่วยปลอดภัยแล้ว ครั้งละไม่เกิน 15 นาที

ผลลัพธ์ หลังจากทำ Huddle conference ที่ห้องคลอด พบว่ามีแนวโน้มการวินิจฉัย PPH เพิ่มขึ้น และพบว่าการตกเลือดจาก Uterine atony ที่ต้องให้เลือดลดลงมาก ขณะนี้ในปี 2553 บรรลุเป้าหมาย

อัตราการเกิด Eclampsia

จากการทบทวนตัวชี้วัด ปี 2548 มี Eclampsia เท่ากับ 1.54 ต่อ 1000 การคลอด จึงมีการปรับปรุงให้วินิจฉัยให้เร็วขึ้นโดยการตรวจปัสสาวะในห้องคลอดได้เลยทันที และให้ Magnesium sulfate จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ปี 2549 – 2550 ไม่มี Eclampsia ปี 2551 มี PIH 30 ราย เกิด Eclampsia 1 ราย เนื่องจาก admit ผู้ป่วยเข้าที่หอผู้ป่วยนรีเวช เนื่องจากผู้ป่วยมาด้วยเป็นหวัด ปี 2552 ไม่พบภาวะ Eclampsia

การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง

1. ให้เฝ้าระวังอาการนำที่แสดงถึงการชัก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว
2. เฝ้าระวังความรู้สึกตัว ซึ่งบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของโรค
3. ให้การวินิจฉัยที่รวดเร็ว โดยเมื่อตรวจพบความดันโลหิตสูงครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้จุ่ม urine protein โดยไม่จำเป็นต้องรอวัดซ้ำก่อนเพื่อความเร็วในการวินิจฉัย

ผลลัพธ์ หลังจากปรับเปลี่ยนการเฝ้าระวังภาวะ PIH ขณะมารอคคลอดมากขึ้น ทำให้ยังไม่พบมารดาที่ชักอีก

อัตราการเสียชีวิตของทารกที่น้ำหนักมากกว่า 2500 กรัมจากการคลอด

ปี 2551 มีทารกเสียชีวิตจากการคลอด 2 ราย = 3.58 ซึ่งทั้ง 2 รายเกิดในระยะคลอดเนื่องจากการวินิจฉัยไม่ได้จากการแปลผล Fetal tracing ไม่ได้ จึงได้จัดอบรมการอ่านให้บุคลากรห้องคลอด

ปี 2552 มีทารกเสียชีวิต 4 ราย = 1.82 แต่เป็นกรณีมี Fetal anomaly 2 รายและมาโรงพยาบาลช้า (Fully dilate of cervix) และเป็น Thick meconium strain AF ทำให้ดูแลไม่ทันอีก 1 ราย รายสุดท้ายเกิดในเดือน กุมภาพันธ์ เนื่องจากการวินิจฉัยเป็นทารกก่อนกำหนดทำให้แพทย์มี Bias ในการแปลผล fetal tracing เนื่องจากอายุครรภ์ก่อนกำหนดและขณะคลอดมีภาวะ Thick meconium strain AF

การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ทำ Root Cause Analysis

1. สติแพทย์ทบทวนความรู้ในการอ่านและแปลผล Fetal Heart Tracing
2. ทบทวนการแปลผล Fetal tracing ให้ทีมพยาบาลห้องคลอด
3. ปรับปรุงเรื่องการส่งเวร Hand off communication โดยให้เจ้าของไข้เป็นผู้ส่งเวรเอง จัดตั้งระบบงานขณะส่งเวร มีเวลาเพียงพอในการส่งเวร และใช้ SBAR
4. ในระยะเจ็บครรภ์และคลอด ต้องมีการประเมินภาวะของทารกในครรภ์โดยใช้ข้อมูลจากเครื่อง Electronic Fetal Monitor

ผลลัพธ์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2552 ยังไม่พบทารกครบกำหนดปกติเสียชีวิตจากการคลอด

อัตราการเกิด Birth asphyxia

ในปี 2551 ภาวะ Birth asphyxia ส่วนใหญ่เป็นจากการคลอดยากจึงปรับศักยภาพเรื่องเทคนิคการทำคลอด ในปี 2552 พบว่าอัตราการเกิดสูงกว่าในปี 2551 เท่าตัวแต่ความรุนแรงของการเกิดน้อยกว่าเนื่องจากทารกเสียชีวิตจากภาวะนี้มีเพียง 1 ราย (รายที่ไม่มีภาวะ Anomaly และมาโรงพยาบาลก่อนคลอดสามารถช่วยได้ทัน) และวิเคราะห์สาเหตุการเกิดพบในกลุ่ม Preterm เพิ่มขึ้นถึง 50% PCT สัตินรีเวชกรรมจึงร่วมกับ PCT กุมารเวชกรรมเพื่อลดการเกิด Preterm birth และลดการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด

การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง

1. ปรับปรุงการแนะนำอาการเจ็บครรภ์ให้มารดารีบมาโรงพยาบาลและให้นับทารกดิ้นทุกวัน
2. ปรับปรุงเรื่องการให้ยากระตุ้นคลอดอย่างมีข้อบ่งชี้ มีการประเมินปากมดลูกและทารกในครรภ์ตั้งแต่ก่อนกระตุ้นและเฝ้าระวัง Fetal monitoring ตลอดเวลา
3. ปรับปรุงทบทวนความรู้ทางวิชาการทั้งสูติแพทย์และพยาบาลห้องคลอดในเรื่องการแปลผล Fetal tracing
4. ปรับปรุงการเฝ้าระวัง Thick meconium strain AF รวมทั้งการช่วยทารกหลังคลอดที่มีภาวะนี้

ผลลัพธ์ จะเห็นว่าการเกิด Birth asphyxia เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้นจาก 25% ในปี 2551 เป็น 50% ในปี 2552 ทาง PCT จึงเน้นการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยก่อนกำหนดตั้งแต่การคัดกรองที่ห้องฝากครรภ์เพื่อตรวจคัดกรองและป้องกันการติดเชื้อซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และพยาบาลหน่วยฝากครรภ์แนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้เร็วเพื่อสามารถยับยั้งการคลอดนานพอที่จะให้ยากระตุ้นปอดทารกได้เพื่อลดภาวะ RDS

ในปีงบประมาณ 2553 ภาวะ Birth asphyxia เกิดในกลุ่ม Fetal anomaly และเกิดในกลุ่มที่คลอดยากได้ พัฒนาการเฝ้าคลอดโดยใช้ Partograph เข้ามาช่วยทำให้ลดการคลอดนานลงได้

ปัจจุบันภาวะ Birth asphyxia ลดจาก SAG4 (5x4) ในปี 2552 เป็น SAG3 (3x3) ปี 2553



อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้อง

เดือน พฤษภาคม 2551 มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดผ่านกล้อง 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บต่อลำไส้กลับมาที่หอผู้ป่วยแล้ว มีท้องอืดต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ (F) ปี 2552 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด 6 ราย เป็นการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงทั้งกระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้ วิเคราะห์พบว่าในช่วงแรกแพทย์ที่มีความชำนาญในการทำผ่าตัดผ่านกล้อง ได้นำการผ่าตัดวิธีใหม่มาใช้ในโรงพยาบาลซึ่งยังขาดความชำนาญ สำหรับ 3 รายหลัง เนื่องจากมีการทำผ่าตัดผ่านกล้องมากขึ้นโดยสูติแพทย์ท่านอื่นๆ และ 1 รายเป็น sentinel event เนื่องจากเกิดความรุนแรงระดับ F แต่ร้องเรียนผ่านสื่อ

การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง

1. ปรับปรุงโดยให้คัดเลือกผู้ป่วยที่จะทำผ่าตัดผ่านกล้องแพทย์ต้องพิจารณาก่อน ไม่ควรทำผ่าตัดยากโดยไม่ให้แพทย์สายเดียวกันร่วมในการคัดเลือกผู้ป่วย
2. ให้มีสูติแพทย์ 2 คนเข้าทำผ่าตัด
3. ส่งสูติแพทย์เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการทุกปีและมีระบบพี่เลี้ยงในการเข้าทำผ่าตัด

ผลลัพธ์ ในปี 2553 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้อง

อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดนรีเวช

ปี 2551 มีการติดเชื้อจากการผ่าตัด 1 รายเกิดจากการไม่ทำ CATS program ในปี 2552 พบ 4 ราย เกิดจากการ Contaminated wound 1 ราย เกิดจากไม่ทำ CATS program 1 ราย เกิดจากการรื้อทำผ่าตัดและเป็นเหตุทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานเพื่อรื้อทำผ่าตัด

ทีม PCT สูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลกลางได้ทำ GAP analysis โดยยึด CDC guideline คือ

1. ไม่โกนขนบริเวณผ่าตัด ถ้าจำเป็นให้ใช้ Clipper ห้ามใช้ใบมีดโกน
2. ให้ antibiotic ที่เหมาะสม (Cefazolin หรือ Ampicillin)
3. ให้ antibiotic ในเวลาที่กำหนด (ภายใน 60 นาที ก่อนลงมีดผ่าตัด)
4. ให้หยุด antibiotic ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
5. การเตรียมก่อนทำผ่าตัดกรณีผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่อวัยวะอื่น เลื่อนผ่าตัดแล้วให้ผู้ป่วยกลับบ้านก่อนแล้วนัดทำผ่าตัดอีกครั้ง

ผลลัพธ์ ในปี 2553 ไม่พบการติดเชื้อของแผลผ่าตัดทางนรีเวช

