

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต้อกระจก

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	จักษุวิทยา
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต้อกระจก
วันที่ปรับปรุง	กันยายน 2558

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 348 เตียง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาจักษุวิทยา 2 คน และจำนวนเตียงรับผู้ป่วยต้อกระจกทุกชนิด ทั้งสิ้น 20 เตียง มีการตรวจผู้ป่วยนอก (จักษุ) วันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี ตรวจตาทั่วไป และวันศุกร์เป็นกลุ่มผู้ป่วยนัดยิงเลเซอร์, ตรวจ ROP, และเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด ปัจจุบันมีผู้ป่วยมารับบริการที่กลุ่มงานจักษุเป็นจำนวนมาก ประมาณ 70-90 คน/วัน โรคทางจักษุที่พบมากที่สุดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก คือโรคต้อกระจก โดยโรคต้อกระจกเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอดเป็นอันดับที่ 1 ของโลก อีกทั้งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับประเทศ เนื่องจากมีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะตาบอดจากต้อกระจก (VA <3/60) ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองและตรวจรักษาเป็นจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านจักษุระดับประเทศ โดยเน้นระยะเวลารอคอยผ่าตัดต้อกระจกที่เสี่ยงต่อภาวะตาบอด < 1 เดือน ที่รพ.ชัยนาทนเรนทร ตั้งแต่ปี 2555-2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มมากขึ้นทุกปี คือ 168 ราย, 202 ราย, 334 ราย และ 537 ราย ตามลำดับ โดยมีการเน้นการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อภาวะตาบอดจากต้อกระจก ทำให้พบผู้ป่วยโรคต้อกระจกมากยิ่งขึ้น ระยะเวลารอคอยผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2558 ทางกลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จึงได้จัดทำโครงการผ่าตัดต้อกระจกนอกเวลาราชการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดและแก้ปัญหาเรื่องห้องผ่าตัดไม่เพียงพอใช้งาน ซึ่งได้ดำเนินการผ่าตัดต้อกระจกนอกเวลา รวมทั้งสิ้น 179 ราย มีการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเลือด และวัดเลนส์เทียม และดูวิดีโอในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพราะอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด แผลแยก ติดเชื้อในลูกตา ซึ่งอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ และทางทีม PCT EENT ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต้อกระจก และจึงได้มีปรับปรุงแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัดต้อกระจก เช่น การติดเชื้อหลังทำผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ (Endophthalmitis) ,การเกิดแผลแยก, ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด
2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจก เช่น การฝึกนอนหงายจ้องไฟ การงดยาละลายลิ่มเลือดก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 7 วัน และให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจก เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. อัตราการเกิดติดเชื้อหลังทำผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ (Endophthalmitis) < 0.5 %
2. อัตราการเกิดแผลแยกหลังผ่าตัด < 0.5 %
3. อัตราการเกิดภาวะเลือดออกในช่องหน้าม่านตา < 0.5 %

4. กระบวนการพัฒนาเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการมองเห็น สามารถมาตรวจพบกับจักษุแพทย์ได้ ทุกวันจันทร์ถึงพฤหัสบดี แผนกผู้ป่วยนอก
- ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองสายตาเบื้องต้นจาก รพ.สต./รพช. ที่เสี่ยงต่อภาวะตาบอดจากต้อกระจก และส่งตัวมาตรวจพบจักษุแพทย์

4.2 การคัดกรองและการประเมิน

- ประชุมชี้แจงเตรียมบุคลากรให้พร้อม ในการประเมินโรคต้อกระจกเบื้องต้น เช่น การวัดระดับสายตา ความดันลูกตา การขยายม่านตา ก่อนตรวจกับจักษุแพทย์
- ส่งปรึกษาและได้รับการรักษาต่างแผนกในรายที่มีโรคร่วมก่อนผ่าตัด เพื่อลดปัญหาแทรกซ้อน

4.3 การตรวจวินิจฉัย

- จักษุแพทย์เป็นผู้ตรวจประเมินผู้ป่วยทุกราย เลือกผู้ป่วยที่จะทำผ่าตัด พร้อมทั้งอธิบายวิธีการเตรียมตัวผ่าตัด ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยง เช่น มีเบาหวานขึ้นตา มีภาวะต่อหินร่วมด้วย
- ก่อนนัดวันผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, FBS, Anti-HIV, EKG และวัดเลนส์เทียม

4.4 การดูแลรักษา

- จัดทำ CPG, Care Map, COI เรื่องต้อกระจก และการดูแลผู้ป่วยในการผ่าตัดต้อกระจก
- การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทำผ่าตัด ในเรื่องร่างกาย/จิตใจ สิทธิการรักษา/ค่าใช้จ่าย ยาที่รับประทานในโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และเน้นย้ำให้หยุดยาละลายลิ่มเลือดก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์
- ตรวจสอบการset ผ่าตัดในเวชระเบียน ในใบorder และสอบถามกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกราย และมีการ mark site โดยากบาทที่หน้าผากเหนือตาข้างที่ผ่าตัด มีป้ายชื่อและหัตถการแปะที่เสื้อผู้ป่วยข้างที่ผ่าตัด เพื่อป้องกันการผ่าตัดตาผิดคนผิดข้าง

4.5 การวางแผนจำหน่าย

- มีการจัดทำ discharge plan ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจก
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น ฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติ เช่น ไอหรืออาเจียนอย่างรุนแรง ปวดตามาก และรับรายงานแพทย์ทันที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลแยก , ความดันลูกตาสูง
- อธิบายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อนทำผ่าตัด ขณะทำผ่าตัดและหลังผ่าตัด และให้เอกสารคำแนะนำ ,การสอนผู้ป่วยและญาติเรื่องการเช็ดตา การหยอดยาและให้ใบนัดตรวจต่อเนื่องหลังผ่าตัด

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี2557	ปี2558
อัตราการติดเชื้อหลังทำการผ่าตัดต่อกระดูก	$\leq 0.5\%$	0	0	0	0.37 (2/532)
อัตราการเกิดแผลแยก	$\leq 0.5\%$	0	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะเลือดออกในช่องหน้า ม่านตา	$\leq 0.5\%$	0.59 (1 /168)	0	0	0

ในโรคต่อกระดูกซึ่งมีปริมาณการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นทุกปีเนื่องจากมีโครงการการผ่าตัดเพื่อลดภาวะตาบอดจากต่อกระดูก ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ภาวะการติดเชื้อ, แผลแยก, ภาวะเลือดออกในช่องหน้าม่านตา ซึ่งพบมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด ในปี 2558 จำนวน 2 ราย จาก 532 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.37) โดยทั้งสองรายได้มีอาการวันที่ 2 หลังจากผ่าตัด (จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว) ได้ให้การรักษอย่างเร่งด่วนและส่งตัวรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีจักษุแพทย์ด้านจอประสาทตา ผลการเพาะเชื้อจากยาที่ใช้ และจากน้ำวุ้นตาของผู้ป่วยไม่พบเชื้อ และได้ติดตามผลการผ่าตัดพบว่าการมองเห็นดีขึ้น จึงได้มีการทบทวนเคสในทีม PCT EENT เพื่อทบทวนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ช่วงผ่าตัดและหลังผ่าตัดโดยจัดทำแนวทางการปฏิบัติเรื่อง ต่อกระดูกเพิ่มจาก WI / CPG / Tracer เดิม เช่น ที่ OPD จักษุ ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติ ข้อกำหนดอาการของเคสฉุกเฉิน/เร่งด่วน หลังจากพยาบาลซักประวัติ ให้รายงานแพทย์ทันที หรือส่งตรวจช่องทางด่วน ทำให้สามารถ manage เคสฉุกเฉินได้รวดเร็วมากขึ้น ในห้องผ่าตัด ได้ปรับปรุงทั้งด้านโครงสร้าง เช่น การทำแผ่นปิดกั้นระหว่างห้องล้างเครื่องมือและห้องล้างมือ งดการใช้อุปกรณ์ reuse บางชนิดที่ทำความสะอาดยาก เช่น เข็ม air และจัดทำกล่องเก็บยาแยกสำหรับก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด และมีการเปลี่ยนขวดยาทุก 1 สัปดาห์ (เดิมทุก 2 - 4 สัปดาห์) ในหอผู้ป่วย จักษุโสตศอนาสิก มีการจัดทำเชตเช็คตารางคน จัดทำ warning sign เป็นข้อกำหนดชัดเจนที่ต้องรายงานแพทย์ และได้ทำแผ่นภาพแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและสโลแกนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายในการดูแลหลังผ่าตัด พร้อมทั้งให้ทราบอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึ่งทางทีมได้มีการปฏิบัติตามแนวทางการปรับปรุงดูแลผู้ป่วย และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ปรับปรุงเอกสารแผ่นพับ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำผ่าตัดต่อกระดูก ให้น่าสนใจและเข้าใจง่าย
- จัดทำสื่อการสอนเพิ่ม เช่น จัดบอร์ดให้ความรู้, แผ่นภาพการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และทำวิดีโอเทปเรื่องการเช็ดตา
- จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยทั้งแผนกผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน, ห้องผ่าตัดเพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยและติดตามคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่อง
- ทำแบบทดสอบความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังมารับการผ่าตัดต่อกระดูก

Clinical Tracer highlight : การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	หู คอ จมูก
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
วันที่ปรับปรุง	2555 - ปัจจุบัน

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยมะเร็งศีรษะคิดเป็นอันดับ 5 ของผู้ป่วยในของแผนก หู คอ จมูก ได้แก่ มะเร็งช่องปาก (CA oral cavity) มากที่สุด และ มะเร็งช่องคอหอย (CA oropharynx, CA hypopharynx) , มะเร็งหลังโพรงจมูก (CA nasopharynx) มะเร็งกล่องเสียง (CA larynx) มะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งหลอดอาหารรองลงมาตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่รับไว้ในรพ. เพื่อทำการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องตรวจทางหู คอ จมูก และตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิ รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวินิจฉัย ประกอบกันเพื่อ staging ระยะโรค เพื่อให้การรักษาตามระยะโรคต่อไปและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งที่เกิดขึ้น เช่น หายใจลำบาก กลืนอาหารไม่ได้ ปอดอักเสบ การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งต่อไปยังศูนย์มะเร็งเครือข่ายนอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้านอนเพื่อรักษาแบบประคับประคองอีกจำนวนหนึ่ง ทีมพัฒนาคุณภาพจักษุ โสต ศอ นาสิกจึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขึ้นเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยรวม มุ่งเน้นให้การดูแลแบบองค์รวม(holistic care)โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัย และมีการรักษาและส่งต่อตามระยะของโรคอย่างรวดเร็ว รวมทั้งให้การเฝ้าระวังและรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อเกิด ภาวะแทรกซ้อน และมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพที่ดี

จากการติดตามผลการดูแลพบมีอุบัติการณ์แผลผ่าตัด CA oral cavity 3 ราย pneumonia 3 รายซึ่งทำผ่าตัดผ่านช่องปาก (ซึ่งถือเป็น contaminated wound) ร่วมกับทำ neck dissection และ tracheostomy จึงได้มีการปรับให้มีการให้ prophylactic antibiotic ก่อนการผ่าตัด 1 ชม. ,ให้โภชนาการที่พอเพียงเพื่อลดภาวะ malnutrition และเตรียมสภาวะทางร่างกายทั่วไปของผู้ป่วยให้สมบูรณ์พร้อมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดดูแลแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และเมื่อพบมีความผิดปกติเกิดการอักเสบต้องรีบเปิดระบายแผลทันที ทำความสะอาดเสมหะ น้ำลายตกค้างในช่องปากซึ่งจะล้นเข้าสู่แผลอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ ร่วมกับให้ parenteral antibiotic ใน 7-10 วันแรกหลังผ่าตัดเพื่อลดการติดเชื้อ และทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่น aspirated pneumonia ทบทวนการดูแลผู้ป่วยเจาะคอและผู้ป่วย pneumonia หลังการปรับยังอยู่ระหว่างการติดตามผลการดูแลรักษาต่อไป

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. มีการวินิจฉัยที่รวดเร็วและให้การรักษาที่ถูกต้องตามระยะขอโรค
2. การเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อไปยังศูนย์มะเร็งเครือข่าย
3. สามารถประเมินและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคเช่น ภาวะ upper airwayobstruction, dysphagia,pneumonia อย่างมีประสิทธิภาพ
4. มีระบบดูแลแบบ palliative care ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยนำนวัตกรรม วิถีพุทธมารวมใช้ในการดูแลผู้ป่วย
5. การดูแลต่อเนื่อง

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ทราบผลชิ้นเนื้อและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจทางรังสีและสามารถ staging ภายใน 2 สัปดาห์
2. ลดอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น upper airway obstruction, dysphagia, pneumonia, bleeding
3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นระบบผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ และมี good death

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- มีระบบปรึกษาแพทย์ หู คอ จมูก ได้ตลอด 24 ชม.ทั้งวันธรรมดาและวันหยุด
- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เป็นมาตรฐานให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- มีระบบรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อไปยังศูนย์มะเร็งเครือข่าย
- กรณีต้องเข้าห้องผ่าตัดฉุกเฉินเช่นเกิดภาวะ upper airway obstruction, tumor bleeding มีการเตรียมพร้อมของเครื่องมือและการประสานงานห้องผ่าตัด(fast tract)

การคัดกรองและประเมิน

- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย CA HEAD & NECK ให้กับทีมผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วนสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย
- อบรมทางด้านวิชาการเรื่อง CA HEAD & NECK แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถประเมิน วินิจฉัยโรคและรักษาภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง
- มีแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและให้การรักษารวดเร็วมีประสิทธิภาพ เช่น obstruction, pneumonia, infected wound, bleeding

การตรวจวินิจฉัย

- มีการตรวจร่างกายทางหู คอ จมูกเบื้องต้นด้วย ENT unit โดยใช้ IDL (indirect laryngoscope)
- จัดให้มีชุดเครื่องมือส่องกล้องในช่องปาก หู คอ จมูก หลอดอาหาร หลอดลม ช่องปอดและเครื่องมือตัดชิ้นเนื้อให้พอเพียงต่อการใช้งาน
- มีระบบส่งตรวจชิ้นเนื้อและการติดตาม
- จัดให้มีเครื่องตรวจ CT SCAN ภายในรพ.เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรคอย่างถูกต้อง

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

- จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และ tracer ติดตามผลการดูแล
- จัดทำคู่มือโรคมะเร็งศีรษะและคอให้กับผู้ป่วยและญาติ
- มีแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและให้การรักษามีประสิทธิภาพ เช่น upper airway obstruction, pneumonia, infected wound, bleeding และอบรมวิชาการการดูแลผู้ป่วย tracheostomy, gastrostomy, NG tube

- จัดให้การรณรงค์ป้องกันภาวะเสี่ยงการเกิดมะเร็งศีรษะและคอผ่านเสียงตามสาย บอร์ด แพนพับและมีโครงการเลิกเหล้าหลังเข้ารพ.
- มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) โดยนำนวัตกรรม วิถีพุทธมาร่วมใช้ดูแลผู้ป่วย
- ประสานเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- จัดระบบ consult แพทย์หู คอ จมูกเพื่อให้คำปรึกษาและร่วมดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชม.
- เพิ่มศักยภาพในการรักษาร่วมกับทันตกรรม maxillofacial
- ร่วมกับฝ่ายเภสัชกรรมจัดหา ยาระงับปวด morphine
- ประสานกับห้องผ่าตัดและหน่วยงานวิสัญญีในกรณีที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วนในห้องผ่าตัดเช่น เจาะคอ
- มีระบบปรึกษาแพทย์หู คอ จมูกก่อนส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.มายังโรงพยาบาล

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
ระยะเวลาการทราบผลชิ้นเนื้อและผลตรวจทางรังสีและให้ staging โรคได้ภายใน 2 สัปดาห์	100%	100	100	100	100
อัตราการตายจากภาวะ upper airway obstruction	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรพ. เช่น pneumonia, sinusitis, infected wound Deep neck infection, UTI, bed sore	≤2%	-	-	0	4.44 - Pneumonia 3 ราย - Infected wound 3 ราย
Good death	80%	-	-	-	66.6 (2/3 ราย)

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- เพิ่มศักยภาพขีดการรักษาร่วมกับกลุ่มงานทันตกรรมเฉพาะทาง maxillofacial อย่างต่อเนื่อง
- จัดให้การรณรงค์ป้องกันภาวะเสี่ยงการเกิดมะเร็งศีรษะและคอผ่านทางสื่อต่างๆ และเพิ่มเติมในสถานศึกษา
- ประสานเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุมมากขึ้น

Clinical Tracer Highlight : การตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	จักษุ โสต ศอ นาสิก
สถานะทางคลินิก	การตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
วันที่ปรับปรุง	เมษายน 2558

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการจำนวนมากขึ้น และโรคเบาหวานเป็นโรคอันดับต้นๆที่ผู้ป่วยมาทำการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนระบบอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ตา ไต เท้า โดยทั่วไป ควรมีการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทุกปี เนื่องจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะเริ่มต้น อาจจะไม่มีอาการแสดง จนกระทั่งเมื่อเข้าสู่ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตารุนแรง จึงเริ่มมีอาการตามัว จนถึงระดับการสูญเสียการมองเห็นได้ สาเหตุมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดความผิดปกติของเส้นเลือดที่จอประสาทตา เกิดจอประสาทตาบวมเลือดออกในน้ำวุ้นตา จอประสาทตาทหลุดลอก จนทำให้ตาบอดในที่สุดและระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานนาน โอกาสเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาก็ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นเท่านั้น ซึ่งถ้าสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีเบาหวานขึ้นตาได้ตั้งแต่ระยะเบื้องต้น จะช่วยลดโอกาสเกิดตาบอดจากเบาหวานขึ้นตารุนแรงและสามารถรักษาได้ทันเวลา เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ระบบการคัดกรองเดิมโดยการถ่ายภาพจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ามาตรวจตาที่กลุ่มงานจักษุวิทยา ซึ่งยังเป็นการตรวจเฉพาะรายและเป็นแบบตั้งรับ แต่ในปี 2557 และปี 2558 ได้มีเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาแบบเคลื่อนที่เพิ่มอีก 2 เครื่อง ทำให้เพิ่มศักยภาพในการคัดกรองแบบเชิงรุกมากขึ้น ซึ่งจะหมุนเวียนไปแต่ละรพ.สต. และ รพช. ทำให้สามารถถ่ายภาพจอประสาทตาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และจากเดิมถ้าพบภาวะเบาหวานขึ้นตารุนแรง ต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า เนื่องจากยังไม่มีเครื่องเลเซอร์จอประสาทตา จึงได้ของบประมาณในปี 2558 ในการจัดซื้ออุปกรณ์ดังกล่าว และสามารถนำมาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตารุนแรงได้ทันทีที่ ลดการส่งต่อ และเพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วย

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และมีการนัดติดตามต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นตารุนแรง ได้รับการรักษาหรือส่งต่อโดยการยิงเลเซอร์

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการถ่ายภาพจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (> 60 %)
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นตารุนแรง ได้รับการรักษาโดยยิงเลเซอร์ หรือส่งต่อเพื่อรักษาภายใน 1 เดือน (100%)

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานที่มาตรวจตาที่กลุ่มงานจักษุ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ทุกรายจะได้รับการตรวจขยายม่านตาเพื่อตรวจจอประสาทตา และตรวจในรายที่อายุรแพทย์ส่งมาตรวจคัดกรองทุกราย

- ผู้ป่วยที่ไม่ได้ walk in เข้ามา จะได้รับการตรวจถ่ายภาพจอประสาทตา จากเจ้าหน้าที่ รพช./รพสต. หลังจากที่มีเครื่องถ่ายภาพจอตาแบบเคลื่อนที่หมุนเวียนใช้ในจังหวัดชัยนาท

4.2 การคัดกรองและการประเมิน

- มีการประชุมวางแผน พร้อมทั้งให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่รพ.สต. และรพช. ในการ วัดสายตา ถ่ายภาพจอประสาทตา และการประเมินผลภาพถ่ายจอประสาทตาเบื้องต้น

4.3 การตรวจวินิจฉัย

- แปลผลตรวจเบื้องต้นจากภาพถ่ายจอประสาทตา โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต./รพช.ที่ผ่านการอบรมแล้ว
- มีระบบการนัดตรวจติดตาม ถ้ากรณีที่ไม่มีเบาหวานขึ้นตา หรือเบาหวานขึ้นตาระยะต้น ให้ตรวจติดตาม โดยการถ่ายภาพจอประสาทตา
- มีการส่งปรึกษาจักษุแพทย์ กรณีที่พบเบาหวานขึ้นจอประสาทตาดังแต่ระยะกลางขึ้นไป

4.4 การดูแลรักษา

1. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยกรณีที่ยังไม่มีเบาหวานเข้าจอตา และเบาหวานขึ้นจอตาไม่รุนแรงให้ผู้ป่วยควบคุมอาหาร และคอยสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด
2. กรณีเบาหวานขึ้นจอตารุนแรง จะส่งตัวไปรักษาต่อยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าและจะได้รับเครื่องเลเซอร์ จอตา ในปีงบประมาณ 2559 จะได้รับการยิงเลเซอร์ เพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรักษา และลดการส่งต่อ

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการถ่ายภาพจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	>60%	21.72	22.58	46.3	54.73
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นตา รุนแรง ได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา (100%)	100%	90%	100%	100%	100%

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. จัดการใช้เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาให้ทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้น และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบ และเห็นถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
2. จัดสอนทบทวนความรู้เรื่องเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและการแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาเบื้องต้น ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกปี
3. จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงทั้งจังหวัด เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระบบการคัดกรองผู้ป่วยและสามารถให้การรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง
4. จัดเก็บข้อมูลผลการตรวจวินิจฉัยภาวะเบาหวานขึ้นตา เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยต้อหิน

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	จักษุวิทยา
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยต้อหิน
วันที่ปรับปรุง	เม.ย. 2555- ปัจจุบัน

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 348 เตียง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขา จักษุวิทยา 2 คน และจำนวนเตียงรับผู้ป่วยต้อหินทุกองศา ทั้งสิ้น 20 เตียง จากข้อมูลในปี 2554-2558 พบว่า โรคต้อหินเป็นโรคทางจักษุที่พบมากเป็นลำดับที่ 2 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในซึ่งโรคต้อหิน คือ กลุ่มโรคของตาที่ทำให้เกิดการ ทำลายของเส้นประสาทตาแบบถาวร ต้อหินเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และถ้าวินิจฉัยว่าเป็นต้อหินแล้ว ผู้ป่วยควรมา รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากมีการสูญเสียเส้นประสาทตาถาวรแล้ว การรักษาไม่สามารถทำให้การมองเห็นกลับ เป็นปกติได้อีก จึงเป็นโรคที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นได้และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง การรักษา ต้อหิน สามารถทำได้โดยการใช้ยาหยอดตา เพื่อควบคุมความดันตา จักษุแพทย์อาจพิจารณายิงเลเซอร์โดยเฉพาะใน กรณีที่เกิดต้อหินมุมปิด หรือในกรณีที่โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและการใช้ยาไม่ได้ผล จะทำการผ่าตัดหรือส่งต่อพบจักษุ แพทย์ด้านต้อหิน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจในตัวโรคต้อหินของตนเองมีการหยอดยา และมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาระดับสายตาไว้ให้นานที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ผู้ป่วยต้อหินเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นถ้าไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง
2. ผู้ป่วยที่มีต้อหินกำเริบเฉียบพลัน ถ้าได้รับการประเมินอาการ & ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที สามารถ ลดภาวะการสูญเสียสายตาทาอย่างถาวร และลดการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่นเกินจำเป็น
3. ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของโรค และหยอดยาต้อหินอย่างถูกต้อง เนื่องจากยาต้อหินมีหลายชนิด และผู้ป่วยบางรายอาจจะต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน จึงควรให้คำแนะนำในการหยอดยาเพื่อเป็นการใช้ ยาอย่างเต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากราคายาแต่ละตัวของต้อหินค่อนข้างสูง

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและตระหนักถึงความสำคัญของโรคต้อหินที่ตนเองเป็นมีการหยอดยาต่อเนื่องและมา ตรวจติดตามตามนัดทุกครั้ง 100%
2. ผู้ป่วยสามารถหยอดยาต้อหินได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมและสม่ำเสมอ 100 %

4. กระบวนการพัฒนาเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 กระบวนการพัฒนา

- มี clinical guideline เรื่อง แนวทางการรักษาต้อหิน สำหรับแพทย์ใช้ทุน ที่ห้องฉุกเฉิน
- มี CPG ,CQI เรื่องต้อหิน

4.2 กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

- ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจโดยจักษุแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาล ชัยนาทเรนทรโดยวิธีการตรวจจะทำการวัดสายตา วัดความดันลูกตา ตรวจขี้ผึ้งประสาทตาและม่านตา ตรวจลานสายตาผู้ป่วยจะได้รับคำอธิบายถึงผลการตรวจ เช่น การกำเริบของโรค หรือสถานะที่โรคควบคุมได้ดีในการตรวจแต่ละครั้ง และมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับยาหยอดตาและวันนัดตรวจโดยพยาบาลอีกครั้ง
- ลดอัตราความเสี่ยงในการสูญเสียสายตาทันทีอย่างถาวร กรณีที่ต้อหินกำเริบรวดเร็ว มีการคัดกรองอาการ เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสม เช่น ในผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือห้องฉุกเฉิน และมีอาการปวดตารุนแรง ความดันตาขึ้นสูง มีระบบการปรึกษาจักษุแพทย์อย่างเร่งด่วน
- แจกแผ่นพับให้ความรู้เรื่อง ต้อหิน ,วิธีการหยอดยาที่ถูกต้อง ให้แก่ผู้ป่วยต้อหินทุกราย
- กระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนยิงเลเซอร์ จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเรื่องข้อบ่งชี้ในการยิงเลเซอร์ และให้ใบคำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ต้องยิงเลเซอร์ เพื่อเตรียมตัวมายิงเลเซอร์ในวันนัดหมาย
- กระบวนการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และมีการจัดทำโครงการต่อเนื่องเรื่อง ผู้ป่วยต้อหินได้รับความรู้ก่อนกลับบ้านทุกราย และประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องการหยอดยาก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
จำนวนผู้ป่วยต้อหิน (ราย)		1,896	2,501	2,261	2,623
1. ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคต้อหิน	100 %	97 %	95 %	98 %	99%
2. ผู้ป่วยหยอดยาสม่ำเสมอ	100 %	95 %	95 %	97 %	99%
3. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง	100 %	91 %	94 %	95 %	98%

6. แผนการพัฒนอย่างต่อเนื่อง

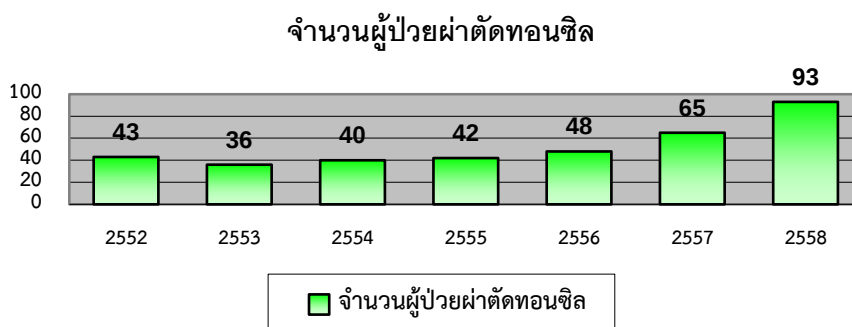
- จัดทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย เช่น โทรศัพท์ติดตามประเมินอาการหลังจากจำหน่าย ประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมเพื่อเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยนอนติดเตียง ไม่สามารถมาตรวจได้
- จัดอบรมเสริมความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรื่องการดูแลผู้ป่วยต้อหิน
- พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเครือข่าย ในการประเมินอาการต้อหิน ฉับพลัน โดยให้มีเครื่องวัดความดันลูกตา (Shiotz) และมียาลดความดันลูกตา ก่อนส่งพบจักษุแพทย์
- ปรับปรุงเอกสารแผ่นพับ เรื่องต้อหิน ให้น่าสนใจและเข้าใจง่าย

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	หู คอ จมูก
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล
วันที่ปรับปรุง	2551 – 2558

1. บริบท

ในช่วงปี 2555 - 2558 มียอดผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลที่สูงทุกๆปีขึ้นล่าสุด 2558 มีจำนวน 93 รายในช่วง 2555-2557 ไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 2558 พบมีเลือดออกหลังผ่าตัดจำนวน 3 ราย(3.2%)



ข้อมูลช่วงปี 2549 - 2554 พบมีอุบัติการณ์เลือดออกหลังผ่าตัดต่อมทอนซิล 5 รายจาก RCA พบเลือดออกมีสาเหตุจากผู้ป่วยกินอาหารหลังผ่าตัดไม่ถูกต้องซึ่งเกิดจากความไม่เข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและปัจจัยจากตัวโรคเองคือต่อมทอนซิลโต มีพังผืดมากใช้เวลาผ่าตัดและห้ามเลือดนานและเกิดจากผู้ป่วยไอ บ้วนเสมหะแรงๆจนทำให้มีเลือดออกในช่องปากสำหรับอุบัติการณ์ทางเดินหายใจอุดตันหลังผ่าตัดพบ 1 ราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีช่องคอสั้นและแคบและมีเสมหะอุดตันช่องคอจากอาการภูมิแพ้ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยหายใจไว้ 24 ชม.จึงปลอดภัย ทีมผู้รักษาได้ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยจัดทำ CPG, care map, D/C plan มีการประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกันเช่นอ้วน คอสั้น เป็นโรคมะเร็งปาก จะต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และจัดทำแผนปฏิบัติการผ่าตัดต่อมทอนซิลให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จัดทำสมุดภาพสื่ออธิบายเรื่องโรค การผ่าตัด การดูแลตัวเอง และประเภทของอาหารที่กินหลังผ่าตัด เน้นให้บุคลากรปฏิบัติตามแผนการรักษา และให้ข้อมูลอย่างถูกต้องกับผู้ป่วยทุกราย ซึ่งพบอุบัติการณ์เลือดออกลดลง ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดตันอีก สำหรับ 2558 ที่มีภาวะเลือดออก 3 รายเกิดจากผู้ป่วยไอมาก ทำให้มีเลือดออก จึงได้มีการปรับ technique stop bleeding จากที่ใช้วิธี electric cautery เป็นการใช้ electric cautery ร่วมกับ sutured wound บริเวณรอยผ่าตัดทุกรายหลังจากการปรับเทคนิคการห้ามเลือด ยังไม่พบมีผู้ป่วยเลือดออกหลังผ่าตัดอีก ด้านการลดอาการเจ็บปวดมีการคิดนวัตกรรม cold jelly pack นำมาใช้ประคบบริเวณรอบคอและคางเพื่อลดอาการปวด โดยได้ทำการวิจัย R2R เรื่องผลของการประคบเย็นต่อการลดอาการปวดในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลซึ่งผลสนับสนุนว่าการประคบเย็นช่วยลดอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้จริง

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

- ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลอย่างมีมาตรฐาน
- มีความปลอดภัยในการผ่าตัด ปราศจากภาวะแทรกซ้อนสอดคล้องกับยุทธศาสตร์รพ.ด้าน safety surgery
- ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเรื่องโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวอย่างครบถ้วน

- ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเจ็บปวดและให้การรักษาอย่างเหมาะสม

3. เป้าหมายการพัฒนา

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะเลือดออก ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน
- ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคต่อมทอนซิลและการผ่าตัดและสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง
- มีการประเมิน pain scoreและให้การรักษาตามความเหมาะสม

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- มีระบบปรึกษาแพทย์ หู คอ จมูกได้ตลอด 24 ชม.
- รับการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพช. และเครือข่ายเพื่อเข้ามารับการรักษาและผ่าตัดต่อมทอนซิล
- มีระบบปรึกษาแพทย์หู คอ จมูกก่อนส่งต่อผู้ป่วยจากรพช.มายังโรงพยาบาลเพื่อ เข้ารับการ ผ่าตัดตามข้อบ่งชี้หรือกรณีมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด
- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลที่มีมาตรฐานในทีมผู้ดูแลรักษา
- มีชุดเครื่องมือผ่าตัดต่อมทอนซิล 2 ชุดเพื่อใช้ในการผ่าตัดได้อย่างพอเพียง
- มีระบบประสานกับห้องผ่าตัดและหน่วยงานวิสัญญี คลังเลือดในกรณีที่ต้องเข้ารับการห้ามเลือดในห้องผ่าตัดและต้องมีการใช้เลือด

การคัดกรองและการประเมิน

- การตรวจประเมินและวางแผนการผ่าตัดโดยแพทย์ หู คอ จมูกและทีมเจ้าหน้าที่
- จัดให้มีการดูแลตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อสามารถให้การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งให้การรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การตรวจวินิจฉัย

- จัดให้มี Head mirror,Mirror,light source,ไม้กดลิ้น,suction เพื่อให้มีการตรวจวินิจฉัยและประเมินสภาพก่อนและหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

ปี 2551-2554 มีการทบทวน CPG, Care map, D/C plan และจัดทำclinical tracer,CQI การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลร่วมกันในทีม

- จัดอบรมทางวิชาการเรื่องโรคต่อมทอนซิลและการผ่าตัดต่อมทอนซิล
- จัดทำการประกันคุณภาพ “ผ่าตัดต่อมทอนซิลไร้ภาวะแทรกซ้อน” เพื่อให้การรักษามีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและนำลงสู่การปฏิบัติ
- จัดทำแผ่นพับคู่มือ “โรคต่อมทอนซิลและการผ่าตัดต่อมทอนซิล” แจกให้กับผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการผ่าตัดหรือผู้รับบริการที่สนใจเพื่อให้รู้ถึงแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัว
- ทำแบบฟอร์มการให้ข้อมูลเรื่องโรคและการดูแลหลังการผ่าตัด
- จัดทำสมุดภาพสีการผ่าตัดต่อมทอนซิลและการปฏิบัติตัวขณะนอนรพ. ” เพื่อใช้อธิบายและข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น

- เพิ่มศักยภาพในด้านเครื่องมือ ได้แก่ จัดให้มีชุดผ่าตัด tonsillectomy 2 set, เครื่องส่องตรวจในช่องคอ และอุปกรณ์ (Head mirror), suction ชุดใหม่เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยและผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปี 2554-2557 คิดค้นนวัตกรรมเพื่อลดการเจ็บปวดคือ “แผ่นประคบเย็น (cold jelly pack)” เพื่อลดอาการปวดหลังผ่าตัดและช่วยลดการไหลซึมของเลือดบริเวณแผลผ่าตัดใช้โดยประคบบริเวณคางและลำคอหลังการผ่าตัด ทำานวิจัย R2R เรื่อง “ผลของการประคบเย็นที่คอต่อการลดความเจ็บปวดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิล” พบว่าการใช้แผ่นประคบเย็น (cold jelly pack) สามารถบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ

ปี 2558 พบมีอุบัติการณ์เลือดออกหลังผ่าตัดซึ่งเกิดจากผู้ป่วยไอบามากและปัจจัยจากตัวโรค ต่อมทอนซิล โตมีพังผืดมากใช้เวลาผ่าตัดนานได้มีการทบทวน CPG, care map การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และได้ใช้เทคนิคห้ามเลือดด้วย electric cautery ร่วมกับ sutured with catgut /vicryl เพื่อให้มีความแข็งแรงของแผลผ่าตัดและลดเลือดไหลหลังผ่าตัด ร่วมกับให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ ไอจามหลังการผ่าตัดกรณีผู้ป่วยมีอาการเพื่อลดการกระตุ้นช่องคอและลดการระคายเคืองให้น้อยที่สุด

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัดปี 2555 - 2558

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 ต.ค.-มิ.ย.
อัตราการเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน เช่นจากเสมหะอุดตัน, เลือดออกในช่องปาก, อาการบวมในช่องคอ	<0.5%	0	0	0	0
อัตราการเกิดเลือดออกหลังการผ่าตัด	0 %	0	0	0	5.26
อัตราการติดเชื้อหลังการผ่าตัด	<0.5%	0	0	0	0
อัตราการ re -admit	<0.5%	0	0	0	2.63
ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคต่อมทอนซิลและการผ่าตัดก่อนกลับบ้าน	85%	96.2	96.5	96	98
การให้ความรู้เรื่องโรค, การปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดและหลังการผ่าตัดจนถึงการดูแลตัวเอง หลังจำหน่ายแก่ผู้ป่วย	100%	100	100	100	100
ผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า 5	>80%	-	100	100	100

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- จัดอบรมทางด้านการวิชาการเรื่องโรค ต่อมทอนซิลอักเสบและการผ่าตัดต่อมทอนซิลให้กับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง และเผยแพร่อย่างทั่วถึง รวมทั้งจัดให้มีการทบทวนเพื่อให้มีการเชื่อมโยงองค์ความรู้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- จัดให้มีการติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

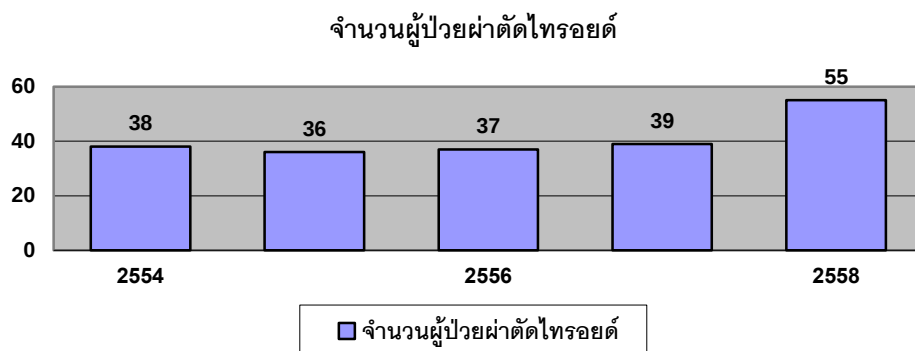
Clinical tracer highlight : การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไทรอยด์

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
-----------	--------------

สาขา	หู คอ จมูก
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไทรอยด์
วันที่ปรับปรุง	2554-ปัจจุบัน

1. บริบท

เนื่องจากการผ่าตัดไทรอยด์ถือว่าเป็นการผ่าตัดที่ทำมากเป็นอันดับสองรองจากการผ่าตัดต่อมทอนซิลของกลุ่มงาน หู คอ จมูก รพ.ชยันนาทนเรนทรซึ่งมีสาเหตุจากโรคคอพอก โรคเนื้องอกและมะเร็งของต่อมไทรอยด์มีทั้งแบบก้อนเดี่ยว (solitary nodule) และหลายก้อน (multiple nodule) โดยมีประเภทของการผ่าตัด ได้แก่ Lobectomy, Subtotal thyroidectomy, total thyroidectomy



ข้อมูลตั้งแต่ 2553 พบมีภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด 2 รายลักษณะเป็น stitch abscess และไม่พบภาวะเลือดออกและเสียงแหบถาวร เพื่อให้การผ่าตัดต่อมไทรอยด์มีความปลอดภัยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาลด้าน safety surgery ทีมผู้ดูแล ตั้งแต่แพทย์ ,พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย(CPG) ทบทวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดให้มีความปลอดภัย เน้นการป้องกันแผลติดเชื้อ SSI prevention โดยเตรียมร่างกาย ผิวหนังให้สะอาดก่อนผ่า เตรียมผู้ป่วยให้มีร่างกายที่สมบูรณ์พร้อมต่อการผ่าตัดและทำแผลด้วย aseptic technique ล้างมือก่อนและหลังทำแผล ไม่เปิดแผล clean wound ก่อน 24 ชม. กรณีร่างกายบ่งบอกถึงการติดเชื้อ จะต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปและได้จัดทำ tracer เพื่อติดตามผลการดูแลผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่องโดยหลังจากปี 2554 ไม่พบอุบัติการณ์แผลผ่าตัดติดเชื้ออีก สำหรับอาการเสียงแหบ มือชาพบจากการ contusion ขณะผ่าตัดและเป็นแบบชั่วคราวหลังการติดตามอาการกลับมาเป็นปกติ

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

- ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในระหว่างนอนโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
- มีความปลอดภัยในการผ่าตัด ปราศจากภาวะแทรกซ้อน

3. เป้าหมายการพัฒนา

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด
- ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อหลังการผ่าตัด
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เสียงแหบ,ทางเดินหายใจอุดตัน,อาการชามือจีบจากภาวะ hypoparathyroid
- ให้ความรู้เรื่องโรค,การปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดและหลังการผ่าตัดจนถึงการดูแลตัวเองหลังจำหน่ายแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- ทบทวน CPG ,Care map, D/C plan การดูแลผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์และการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในทีมผู้รักษาร่วมกัน
- จัดทำแผ่นพับคู่มือ “โรคต่อมไทรอยด์” ให้กับผู้ที่มารักษาและผ่าตัดหรือผู้รับบริการที่สนใจเพื่อความเข้าใจถึงข้อมูลเรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการผ่าตัด
- ทบทวนกระบวนการผ่าตัดร่วมกับงานห้องผ่าตัด/วิสัญญีเพื่อให้การผ่าตัดปลอดภัยและปราศจากอุบัติเหตุติดเชื้อแผลผ่าตัด
- ทบทวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดการดูแลระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดให้มีความปลอดภัย เน้นการป้องกันแผลติดเชื้อ SSI prevention โดยเตรียมร่างกาย ผิวน้ำให้สะอาดก่อนผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยให้มีร่างกายที่สมบูรณ์พร้อมต่อการผ่าตัด และทำแผลด้วย aseptic technique ล้างมือก่อนและหลังทำแผล ไม่เปิดแผล clean wound ก่อน 24 ชม

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
อัตราการเกิดเลือดออกของแผลผ่าตัด	< 0.5%	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	0 %	0	0	0	0
อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก recurrent laryngeal nerve injury	< 0.5%	0	0	0	1/55(1.82%)
อัตราการเกิดอาการชามือจีบจาก hypoparathyroid	< 2 %	0	0	2/42(4.7%)	1/55(1.82%)

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- จัดอบรมวิชาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์และการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องปีละ 1 ครั้ง
- จัดอบรมวิชาการโรคต่อมไทรอยด์/การรักษา/การผ่าตัดให้กับเครือข่ายสาธารณสุข รพสต.,รพช
- ติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโดยดูที่ตัวชี้วัดที่ตั้งไว้และนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

Clinical tracer highlight : การดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	หู คอ จมูก

สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล
วันที่ปรับปรุง	2551-ปัจจุบัน

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล (epistaxis) ในแต่ละปีจำนวนมากโดยเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วยในของแผนก หู คอ จมูก สาเหตุที่พบจาก โรคความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ และการติดเชื้อของทางเดินหายใจ จมูกและไซนัส ตามลำดับ พบเป็นเลือดออกจากจมูกส่วนหน้า (anterior epistaxis) มากกว่า 97 % ที่เหลือเป็นเลือดออกจากจมูกส่วนหลัง (posterior epistaxis)หรือพบร่วมกัน ในปี 2552 มีผู้ป่วย epistaxis จาก อุบัติเหตุ และเกิด hypovolumic shock 1 ราย จากการทบทวนร่วมกันพบว่ายังมีความปัญหาในการประเมินความรุนแรงของการเสียเลือดไม่ถูกต้อง ทำ nasal packing ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เลือดไม่หยุดไหลหลังจากทำ packing และมี late detection ของ hypovolumic shock จึงได้มีการทบทวน CPG เพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย อบรมวิชาการเพื่อให้สามารถประเมินความรุนแรงของการเสียเลือดได้อย่างถูกต้อง และสามารถมี early detection sign of hypovolemic shock และให้โรงพยาบาลเบื้องต้นได้และติดตามแพทย์มาให้การรักษารวดเร็ว ร่วมกับการสอนสาธิตเพื่อเพิ่มทักษะการทำ nasal packing ให้กับแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินและที่ต้องไปปฏิบัติงานที่ รพช. เครือข่าย เจ้าหน้าที่แผนกฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่พยาบาลบนหอผู้ป่วย ให้สามารถทำ anterior nasal packingใน anterior epistaxisได้อย่างมีประสิทธิภาพในการห้ามเลือด ส่วน posterior nasal packing กรณี posterior epistaxis จะให้เฉพาะแพทย์เป็นผู้ทำ หลังปรับปรุงได้จัดทำ tracer เพื่อติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

- 2.1 การประเมินความรุนแรงของการเสียเลือดและภาวะ hypovolumic shock ได้อย่างถูกต้อง
- 2.2 ทำ anterior & posterior nasal packing ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.3 การดูแลผู้ป่วยที่ทำ nasal packing ให้มีความปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน
- 2.4 การค้นหา (underlying disease) และให้การรักษา

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน hypovolumic shock หลังการ admit
- 3.2 สามารถทำ nasal packing ได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในครั้งแรก
- 3.3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำ nasal packing เช่น infection,nasal septum injury,hypoxia
- 3.4 มีระยะเวลาการนอนรพ.ที่เหมาะสม

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- มีระบบปรึกษาแพทย์ หู คอ จมูก ได้ตลอด 24 ชม. ทั้งในโรงพยาบาลและจากการส่งต่อจาก รพช. เครือข่าย

- กรณีต้องเข้าห้องผ่าตัดเพื่อห้ามเลือดมีระบบเตรียมพร้อมและประสานงานกับห้องผ่าตัด

การคัดกรองและประเมิน

- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลให้กับแพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วย และห้องตรวจผู้ป่วยนอก พร้อมการสอนสาธิตการทำ anterior & posterior nasal packing
- อบรมวิชาการเรื่องเลือดกำเดาไหล เน้นที่สามารถประเมินความรุนแรงของการเสียเลือดและการ วินิจฉัยภาวะ hypovolumic shock ได้อย่างถูกต้องและให้การรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

การตรวจวินิจฉัย

จัดให้มี nasal speculum , light source, suction เพื่อสามารถตรวจประเมินภาวะเลือดออกและตำแหน่งของเลือดออกในช่องจมูก ช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

- ปรับปรุง CPG/ clinical tracer เพื่อติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษา
- สอนสาธิตการทำ anterior & posterior nasal packing
- จัดทำระบบ consult แพทย์หู คอ จมูกเพื่อให้คำปรึกษาและร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยตลอด 24 ชม.
- เพิ่มศักยภาพในด้านเครื่องมือ เช่น จัดให้มี nasal speculum, suction ,วัสดุที่ใช้ในการทำ nasal packing อย่างพอเพียง เช่น gauze drain, finger clot, Ivalon
- ร่วมกับฝ่ายเภสัชกรรมจัดหา vasoconstrictor solution สำหรับใช้ในการ packing เอาไว้ตามจุดต่างๆ เช่น หอผู้ป่วย,แผนกฉุกเฉิน,ห้องผ่าตัด,ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเช่น 1% ephedrine solution
- ทบทวนการประสานกับห้องผ่าตัดและหน่วยงานวิสัญญีและคลังเลือดในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการห้ามเลือดในห้องผ่าตัดและต้องได้รับเลือด

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
อัตราการเกิดภาวะ hypovolumic shock	0	0	0	0	0
อัตราการหยุดไหลของเลือดหลังใส่ anterior nasal packing	100%	89	94	96	97
อัตราการใส่ posterior nasal packing (หลัง failed anterior nasal packing)	1%	2%	2%	1.5%	2%
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ nasal packing	0	0	0	0	0
ระยะเวลานอนรพ.	3 วัน	3.2	3	3	3

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ฝึกทักษะต่อเนื่องในการทำ anterior & posterior nasal packing ให้กับแพทย์ใช้ทุนและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องปีละ 1 ครั้ง
- ทบทวนการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลและติดตามผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

