

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก (DHF)

โรงพยาบาล	โรงพยาบาลชยันตนาเรนทร
สาขา	กุมารเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก (DHF : Dengue hemorrhagic fever)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่พบการระบาดทุกปี เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีซึ่งมีอยู่หลายสายพันธุ์ ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงแต่มีจำนวนน้อยที่มีอาการรุนแรงจนทำให้มีการภาวะช็อก ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาทันที่อาจมีภาวะช็อกนานและเลือดออกและอาจทำให้เสียชีวิตได้

อัตราผู้ป่วยไข้เลือดออกของประชากรจังหวัดชยันตนา เดือนมกราคม 2558 - กรกฎาคม 2558 พบ 74.03 คนต่อแสนประชากร พบเป็นอันดับที่ 3 ของเขต และอันดับที่ 23 ระดับประเทศ ที่ผ่านมามีผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตปี 2555 - 2558 พบ 2 ราย (0.3 คน ต่อ แสนประชากร) จากการทบทวนอุบัติการณ์ ผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2555 เกิดจากโรคมีความรุนแรงมาก มีภาวะเลือดออก และช็อคคานาน มีผลแทรกซ้อนคือแพ้สารน้ำ colloid เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และล่าสุดมีผู้เสียชีวิตอีก 1 รายเดือนกรกฎาคม 2558 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อคเร็วหลังมีไข้มา 3 ชั่วโมง (Septic shock) และเกิดการช็อคจากไข้เลือดออกซ้ำ (Dengue shock) อีกครั้งร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนจากไข้เลือดออก เช่น ARDS, acute renal failure

แผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลชยันตนาเรนทร มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมารับการรักษาในหอผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (2555 - 2558) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 46 , 49 ,11 และ18 ราย ตามลำดับ เนื่องจากปีนี้พบผู้ป่วยไข้เลือดออกมากขึ้น และ ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จึงได้มีการทบทวนพัฒนาระบบในเชิงการป้องกัน การให้ความรู้ระดับชุมชน การรักษาตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับโรงพยาบาลแบบครบวงจร

2. ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 การวินิจฉัยได้รวดเร็วถูกต้องและได้รับการรักษาที่เหมาะสม
- 2.2 มีระบบส่งต่อที่ดี มีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว
- 2.3 ดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ (CPG) และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 2.4 การรายงานค่า Lab วิถีที่ดีในเวลา 60 นาที
- 2.5 การประเมินและการรายงานแพทย์ก่อนเข้าสู่ภาวะ shock
- 2.6 ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DHF

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ไม่พบ Miss/Delay diagnosis
- 3.2 ผู้ป่วยไข้เลือดออกไม่มีภาวะ Shock ระหว่างนอนโรงพยาบาล
- 3.3 ลดภาวะแทรกซ้อน volume overload (%)
- 3.4 ผู้ป่วยไข้เลือดออกไม่เสียชีวิตระหว่างนอนโรงพยาบาล
- 3.5 ไม่พบอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ (refer in)

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

- 4.1.1 ผู้ป่วยนอกมีระบบ Fast track ในการพบแพทย์ (Doctor to doctor), ทำ Door to Tourniquet test ในผู้ป่วย DHF ภายใน 30 นาที, เจาะ CBC รายงานผลภายใน 60 นาที
- 4.1.2 Fast tract DHF grade III และ DSS ผู้ป่วยสามารถเข้า ICU ทุกราย
- 4.1.3 แบบบันทึกอาการ สัญญาณชีพ การให้สารน้ำ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการส่งต่อข้อมูล และผู้ป่วยอย่างถูกต้องและรวดเร็ว (จาก รพช/เอกชน กรณีส่งต่อ)

4.2 การประเมิน วินิจฉัย และ Investigation

- 4.2.1 กำหนดค่า Lab วิฤติ สำหรับผู้ป่วยไข้เลือดออก เพื่อให้รายงานได้ถูกต้องและรวดเร็ว
- 4.2.2 กำหนด Early warning signs เพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

4.3 การดูแลรักษา

- 4.3.1 ปรับปรุง CPG ใช้เลือดออก และพบทวน CPG ทุกปี
- 4.3.2 แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย DHF ในระยะต่างๆ
- 4.3.3 แบบติดตามอาการสัญญาณชีพ การให้สารน้ำ และความเข้มข้นเลือดโดยออกแบบเป็นกราฟ เพื่อง่ายต่อการสื่อสาร
- 4.3.4 นำเกณฑ์ Early warning sign มาใช้ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันน้ำเกินและ Shock

4.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน

- 4.5.1 มีการรายงานโรคภายใน 24 ชั่วโมงให้ทางเวชกรรม ประสานกับชุมชนเพื่อสอบสวนโรค และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ
- 4.5.2 ชุมชนช่วยเฝ้าระวัง ค้นหากลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ใกล้เคียง เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว
- 4.5.3 การสื่อสาร Hot line หลังรับ Admit เพื่อการควบคุมโรคในพื้นที่

5. ผลการพัฒนา

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (ราย)	...	94	133	111	113
อุบัติการณ์ Miss / Delay diagnosis	0 ราย	0	0	0	0
อัตราการปฏิบัติตาม CPG	100%	NA	86	90.23	91.00
อัตราการรายงานผล CBC จากห้องปฏิบัติการในผู้ป่วย DHF ภายใน 60 นาที (กรณีสงสัย)	>90%	NA	NA	NA	85%**
อัตราการเกิดภาวะ Shock <u>ก่อนนอน</u> โรงพยาบาล	<5%	0	0	0	0.88 (1 ราย)

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
อัตราการเกิดภาวะ Shock ระหว่างนอนโรงพยาบาล	<5%	1.06	0	0	0.88 (1 ราย)
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ภาวะน้ำเกิน	<5%	1.06	0	0	11.1
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไข้เลือดออก	0 ราย	1.06 (1 ราย)	0	0	0.88 (1 ราย)
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรายงานโรคภายใน 24 ชั่วโมง	100%	100	100	100	100

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. เน้นการใช้ CPG ในการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกราย มีการทบทวนปรับปรุงติดตามการใช้ CPG อย่างต่อเนื่อง
2. มีการอบรมให้ความรู้พร้อมทั้งทบทวนการเฝ้าระวังการให้สารน้ำ การบันทึก การสังเกตอาการ และการส่งเวรแก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะ
3. พัฒนาระบบDHF fast track ให้มีประสิทธิภาพ และ ดูแลผู้ป่วยเป็นเครือข่าย
4. ประสานกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อดูแลให้ครบวงจรตั้งแต่ระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษาที่จำเป็น การทบทวนการเสียชีวิตร่วมกัน การเฝ้าระวังและเน้นการเขียนใบส่งต่อ
5. มีการทบทวนเรื่องไข้เลือดออกแก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะ เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่บรรจุใหม่
6. เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหนัก บุคลากร สถานที่ ความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ เลือด
7. ประสานเวชกรรมเรื่องการควบคุมโรคเชิงรุก (SSRT) โดยการเฝ้าระวังพื้นที่/กลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ควบคุมโรคได้รวดเร็ว การให้ความรู้แก่ อสม. โรงเรียน โดยเฉพาะโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้แก่โรงเรียนประจำ (โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์) เป็นต้น
8. ทบทวนอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่เกิด Dengue shock syndrome ที่ต้องส่งต่อหรือเสียชีวิตทุกรายอย่างสม่ำเสมอ

Clinical Tracer Highlight : การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Sepsis)

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	กุมารเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Sepsis)
วันที่ปรับปรุง	ธันวาคม 2558

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด S มีกุมารแพทย์ 5 คน ในปี 2555 - 2558 พบ Sepsis / SIRS เป็นอันดับต้นของทารกที่นอนในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก จากการทบทวนเวชระเบียนพบปัญหา การวินิจฉัยล่าช้า การประเมินไม่ครอบคลุม การให้การรักษาและดูแลไม่เหมาะสม ทันเวลา โดยพบว่าเหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุดคือ sudden dead 2 ราย

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยง

1. เพื่อให้ทารกแรกเกิดทุกราย ได้รับการวินิจฉัย ภาวะเจ็บป่วยในทารกแรกเกิด ถูกต้อง ทันเวลา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะ ภาวะเจ็บป่วยในทารกแรกเกิด ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวดเร็ว
3. ลดการเสียชีวิต

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ความถูกต้องในการวินิจฉัย ภาวะเจ็บป่วยในทารกแรกเกิด
2. อัตราตายจากภาวะติดเชื้อเร็วในทารกแรกเกิดลดลง
3. ผู้ป่วยได้รับ Anti-biotics ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การรักษา การวินิจฉัย
 - แนวทางการคัดกรองการติดเชื้อในทารกแรกเกิด
 - แนวทางการคัดกรอง/ แนวทางการรักษา sepsis / sepsis like
 - ทบทวนเคส การรักษา การตรวจสอบเวชระเบียน
 - ถ่ายทอดความรู้แก่แพทย์, แพทย์เพิ่มพูนทักษะ พยาบาล
 - ประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองทุกราย
2. ได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555**	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
อัตราทารกติดเชื้อเร็ว SIRS	≤0.2%	0.81	0.31	0.44	0
อัตราการเฝ้าระวังทารกติดเชื้อเร็ว	≥90%	100 (984 ราย)	100 (974 ราย)	100 (685 ราย)	100 (366 ราย)
อัตราการวินิจฉัยและรักษาล่าช้า	≤0.2%	0	0	0	0
อัตราตายจากภาวะติดเชื้อ (Sepsis)	≤0.9%	0	0	0	0
อัตราได้รับ ATB ภายใน 1 ชั่วโมง	100%	100	100	100	100

** ปี 2555 เริ่ม SIRS

6. แผนการพัฒนอย่างต่อเนื่อง

1. จัดทำสื่อช่วยในการวินิจฉัย
2. กำหนดเส้นทางด่วนรับยา/ระบบสำรองยา
3. พัฒนาระบบการคัดกรอง การส่งต่อในโรงพยาบาลเครือข่ายให้สามารถให้ ATB ภายใน 1 ชั่วโมงใน case suspected sepsis

Clinical Tracer Highlight : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค Thalassemia

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	กุมารเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค Thalassemia
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรคโลหิตจาง Thalassemia เป็นโรคทางพันธุกรรมอันเนื่องมาจากความผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบิน สถิติในแต่ละเดือนจะผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในแผนกกุมารเวชกรรมด้วยโรคเลือดโลหิตจางธาลัสซีเมีย 60-70 ครั้งต่อเดือน พบว่าเป็นผู้ป่วยในเขตเมืองร้อยละ 70 ต่างอำเภอร้อยละ 30

โรคโลหิตจาง Thalassemia เป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยและญาติต้องมารับการบริการบ่อยครั้งที่โรงพยาบาล ผู้ป่วย / ญาติกลุ่มนี้จะมีปัญหา การร้อเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด การดำเนินชีวิต ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการให้ความรู้ด้านโรค การดำเนินโรค ดูแลรักษาขณะนอนโรงพยาบาล การดูแลตนเองที่บ้านตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพที่ดี จะเป็นปัญหาและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

2. ประเด็นสำคัญ / ความเสี่ยงสำคัญ

การเฝ้าระวังและรักษาถูกต้องตามมาตรฐาน

การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดเหมาะสม ปลอดภัย

3. เป้าหมาย

- 3.1 ผู้ป่วยได้รับเลือดอย่างเหมาะสม
- 3.2 ผู้ป่วยได้รับยาขับเหล็กอย่างเพียงพอ
- 3.3 มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาเหมาะสม

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 กระบวนการพัฒนา

- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจาง Thalassemia ของหน่วยงาน พร้อม (stat order)
- เปิดคลินิกพิเศษโรคโลหิตจาง Thalassemia และประสานห้องเลือดเพื่อเตรียมสำรองเลือด
- ลดขั้นตอนบริการ จาก 10 จุด เหลือ 5 จุด
- ทำแนวทาง “บันทึกการให้เลือดทุกครั้ง” เพื่อการสื่อสาร สะดวกในการค้นหา

4.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- จัดทำแนวทาง เช่น การให้เลือด การให้ยาขับเลือด การส่งต่อเพื่อตัดม้าม
- ระบบประสานงานหอผู้ป่วยกรณี admit (fast track for blood transfusion)
- มีการสำรองเตียงเพื่อให้เลือด
- มีแนวทางการให้ข้อมูล การให้เลือด มี checklist monitor blood transfusion พร้อมการรายงานเป็นมาตรฐาน

5. ผลการพัฒนา

- ผู้ป่วยได้รับเลือดอย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยได้รับยาขับเหล็กอย่างเพียงพอ
- มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาเหมาะสม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
จำนวนผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ที่มาตรวจคลินิกพิเศษ (คน)	...	89	115	133	140	130	140	115
จำนวนครั้งผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียที่รับเลือด	...	131	142	105	134	121	131	69
อัตราผู้ป่วยเดิมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่มาได้รับการรักษาด้วยภาวะ severe anemia (Hct <12%)	0 %	0	0	3.75 (5 ราย)	0	0	0	0
อุบัติการณ์ได้รับเลือดผิดหมู่ / ผิดคน	0 ราย	0	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับเลือด (แพ้เลือด) A-D	0 ราย	2	0	1	0	2	1	0
อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับเลือด (แพ้เลือด) E-I	0 ราย	0	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการได้รับเลือด	0 ราย	0	0	0	0	0	0	0
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกธาลัสซีเมีย	>80%	90	80	82	85	82	85	85

6. แนวทางพัฒนา

- 6.1 ระบบการตรวจ DNA กรณี alpha thal / normal
- 6.2 ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะเหล็กเกิน (ปรับปรุงระบบเอกสารให้เข้าใจง่าย)
- 6.3 มีทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อ เข้าโครงการของศิริราช (ในอนาคต)
- 6.4 การพัฒนาเชิงรุกร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน กำหนดแนวทางดูแล ระบบปรึกษา-ส่งต่ออย่างเหมาะสม (เตรียมประสานงานระบบการขอเลือดจาก รพช. เพื่อให้ผู้ป่วยลดการเดินทาง)
- 6.5 ระบบการสำรองเลือด
- 6.6 ระบบส่งต่อ

Clinical Tracer Highlight : การดูแลทารกแรกคลอดก่อนกำหนด และ/หรือ น้ำหนักแรกคลอดน้อย

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	กุมารเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลทารกแรกคลอดก่อนกำหนด และ/หรือ น้ำหนักแรกคลอดน้อย
วันที่ปรับปรุง	มิถุนายน 2558

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่สามารถดูแลทารกแรกเกิดตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป ที่มีพยาธิสภาพทางอายุรกรรมและทางหัวใจที่ไม่ต้องผ่าตัด มีการให้อาหารทางเส้นเลือด TPN การคัดกรอง ภาวะ ROP คัดกรองการได้ยิน OAE คัดกรองหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยจะมีระบบส่งต่อกรณีเกินศักยภาพ พบว่าปัญหาการดูแลทารก preterm ในบางครั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญและประสบการณ์ จึงต้องมีการดำเนินการประสานงานกับทีมกุมารทารกแรกเกิดโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและการดูแลทารกกลุ่มนี้

จากสถิติทารกกลุ่มนี้มีอัตราเสียชีวิต ปี 2555 - 2558 สูงถึง 2.45%, 2.81%, 1.94% และ 2.64% ตามลำดับ ความพิการพัฒนาการล่าช้า (7, 23, 14, 22 ราย) และเกิดอัตราภาวะแทรกซ้อน เช่น ROP (6.48%, 0%, 1.96% และ 0%) BPD (27.27%, 15.38%, 21.05%, 14%) VAP (10.1%, 1.89%, 4.42% และ 0%) hearing impairment ปี 2555-2557 (0.40%, 1.15% และ 0%) จะเห็นว่าสถิติทารกเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มตาม ดังนั้น จึงมีการทบทวนปัญหาร่วมกับสูติกรรม กุมารเวชกรรม จักษุและโสต ศอ นาสิก ในการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาตั้งแต่ก่อนคลอดจนกระทั่งการดูแลรักษาต่อเนื่อง การติดตามพัฒนาการ และการเจริญเติบโตของทารก

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยง

1. การเสียชีวิตทารกแรกเกิดทารกแรกคลอดก่อนกำหนด/น้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น
2. การเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกคลอดก่อนกำหนด / น้ำหนักน้อย ROP BPD VAP ที่เพิ่มขึ้น

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ลดอัตราการตาย น้อยกว่า 7 วัน และ 28 วัน
2. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
3. ทารกกกลุ่มเสี่ยงมีพัฒนาการสมวัยหรือใกล้เคียง

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. ร่วมกับ PCT สูติกรรม ให้ ante natal steroid
2. สร้างระบบการรับผู้ป่วย (Refer in) จะรับผู้ป่วยเด็กทุกรายใน รพ. เครือข่าย (100%) โดยใช้ระบบ D - to-D เพื่อให้คำแนะนำการดูแลก่อนที่ส่งต่ออย่างปลอดภัย โดยยึดหลัก safe transfer
3. แนวทางการควบคุมอุณหภูมิกายทั้งก่อน และระหว่างส่งต่อ
4. ระบบการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการด่วนในกรณีฉุกเฉิน
5. แนวทางการให้สารอาหารที่เหมาะสม ทั้งทางปาก และเส้นเลือด
6. ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ เพิ่มการช่วยหายใจแบบ non invasive
7. เน้นการมีส่วนร่วมการดูแล เช่น จัดห้องแม่รอลูกเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ การให้ผู้ปกครองเยี่ยมช่วงวิกฤตทุกวันเพื่อรับฟังอาการทารก แนวทางการรักษา ปัญหาที่พบ และเมื่อทารกสามารถออกจากภาวะวิกฤต

แล้วจะย้ายไปอยู่กับมารดาโดยให้มารดามีส่วนร่วม สร้างความมั่นใจเมื่อต้องกลับบ้าน มีสมุดให้มารดาบันทึกถึงลูกน้อยขณะเลี้ยงในโรงพยาบาล

8. เน้นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา มีตู้เย็นเก็บนม, มีการใช้ cup feed, มุมนมแม่, มี Miss นมแม่ให้คำปรึกษา
9. ส่งตรวจคัดกรอง ROP/Hearing test ตามแนวทางคัดกรอง
10. ผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องติดตาม เช่น มารดากลุ่มเสี่ยง มารดาที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทารกที่ต้องใช้ออกซิเจนต่อ (BPD) ทารกที่มีภาวะขาดอากาศหายใจ (Birth asphyxia) กลุ่มนี้จะมีการเยี่ยมบ้าน โดยก่อนกลับจะมีการประชุมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้ปกครองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ปัญหาที่อาจพบเมื่อกลับบ้าน แนวทางแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินก่อนมา รพ.

5. ผลการพัฒนาที่สำคัญ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
จำนวนทารก นน. <2,500 กรัม คลอดใน รพ.	...	270	256	234	147
อัตราการเกิด Birth asphyxia	<25/1,000 เกิดมีชีพ	13.28	15.93	17.48	19.53
อัตราตายของทารก นน. <2,500 กรัม ตายภายใน 28 วัน	<8/1,000 เกิดมีชีพ	3.55	2.49	3.44	2.72
อัตราการตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน	<8/1,000 เกิดมีชีพ	5.92	4.57	4.30	3.72
อัตราตายทารกแรกเกิด นน <1,000 กรัม	< 50	42.86	57.14	60	0 (0/2)
อัตราตายทารกแรกเกิด นน 1,000-1,499 กรัม	<10	13.33	5.26	7.14	25 (3/12)
อัตราตายทารกแรกเกิด นน 1,500-2,499 กรัม	<2	1.61	0.43	1.86	0 (0/272)
อัตราตายทารกแรกเกิด นน ≥2,500 กรัม	<2	0.27	0.23	0.10	0 (0/2142)
อัตราการเกิด ROP gr 3-4	<8 %	6.48	0	1.96	0
อัตราการเกิด BPD	<26	27.27	15.38	21.05	14
อัตราการเกิด VAP	< 9/1,000 vent.day	10.1	1.89	4.42	0
อัตราการเกิด IVH gr 3-4	<7%	NA	NA	NA	NA
อัตราการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกที่ Refer in	<25%	35.42	18.18	10.29	14.28
พัฒนาการไม่สมวัยในทารกกลุ่มเสี่ยง	ราย	7 (289)	23 (347)	14 (342)	10 (326)

* มีการทบทวนการตาย

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

ระดับจังหวัด	ระดับ รพช.
1. มีเกณฑ์ส่งต่อผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยใน 2. ทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ 3. มีการทบทวนการดูแลรักษาแก่แพทย์ประจำบ้านและพยาบาลสมำเสมอ 4. มีการจัดทำเกณฑ์และปรับปรุงการดูแลรักษา 5. การขยาย NICU จาก 6 เตียง เป็น 8 เตียง ปี 2560 6. การพัฒนาเพิ่มศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาล ปี 2557-2558 7. โครงการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด ปี 2557-2558 8. โครงการการคัดกรอง IVH ในทารกกลุ่มเสี่ยง ปี 2557-2558 9. การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องในทารกกลุ่มเสี่ยง	1. fast tract newborn 2. พัฒนาระบบการประสานงานทั้งในเครือข่ายจังหวัดและการส่งต่อนอกจังหวัด (referral system) โดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อ แนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ (ในจังหวัดและ สปร.) โดยใช้หลักSTABLE 3. อบรมวิชาการต่างๆ เช่นแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่ปกติ/ผิดปกติ NCPR (Work shop)

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด (Asthma)

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	กุมารเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด (Asthma)
วันที่ปรับปรุง	กันยายน 2558

1. บริบท

โรคหอบหืดเกิดขึ้นจากหลอดลมของผู้ป่วยตอบสนองต่อสารภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าภาวะปกติ ทำให้หลอดลมหดเกร็ง บวมจากการอักเสบและตีบแคบหลอดลม ร่วมกับการสร้างเสมหะมากกว่าปกติ จึงเกิด “อาการหอบ” พบว่าอาการส่วนใหญ่มักหอบตอนกลางคืนหรือเช้านี้ อาการจะรุนแรงขึ้นเมื่อสัมผัสกับสิ่งที่แพ้หรือระคายเคือง ทำให้ผู้ป่วยครองมักจะต้องพาผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉิน โดยขาดความรู้ในการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล นอกจากนี้โรคหอบหียังมีผลกระทบต่อการเรียน การดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ขาดเรียนบ่อย ห้ามเล่นกีฬาบางชนิด คุณภาพชีวิตเลวลง ทำให้เด็กกลุ่มนี้ขาดความมั่นใจในตัวเอง กลุ่มงานกุมารเวชกรรมจึงมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเป็นสหสาขา เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ครบวงจร มีการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขา ขณะเดียวกันบิดา มารดา และคุณครู ควรที่จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม การดูแลเบื้องต้น และเมื่อเกิดอาการหอบ

จากสถิติเด็กโรคหอบหืดในปี 2553 - 2558(6ด) เท่ากับ 266, 288 , 375, 461 และ 265 ราย เป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการดูแลรักษาต่อเนื่องคลินิกภูมิแพ้ (เริ่มปี 2554) จำนวน 39 , 112 ,90 , 73 และ 20 ราย อายุที่พบบ่อย 3-6 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหอบเฉียบพลันที่รักษา EAC มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ปี 2555-2558 จำนวน 37, 33 ,55 และ 73 ครั้ง และอัตราการนอนซ้ำใน 28 วัน จำนวน 49, 37, 4 และ 5 ครั้ง ตามลำดับ พบว่าเข้านอนรักษาที่ห้อง ICU 6-10 ราย/ปี ส่วนใหญ่สาเหตุจากการดูแลเบื้องต้นไม่เหมาะสม ไม่มีทักษะการพ่นยา/การล้างจมูก

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- ความรวดเร็ว/ถูกต้องในการวินิจฉัย (Detect risk group and prevent risk factor)
- การรักษาที่รวดเร็ว (Rapid reperfusion)
- การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

3. เป้าหมายการพัฒนา

- ลด admission rate และ re admission rate
- ลด acute asthmatic attack ที่มารับบริการที่ ER
- ไม่พบ respiratory failure
- ลด Unplanned ICU

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ :

- มีการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ โดยเพิ่มศักยภาพของ PCU ในการดูแลและคัดกรองเบื้องต้น วางระบบในการเข้ารับบริการ Clinic asthma เพื่อการรักษาและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง

กระบวนการดูแลผู้ป่วย :

- จัดอบรมความรู้เรื่องหอบหืด แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การรักษาเป็นแนวทางเดียวกัน มีการกำหนดขั้นตอนการดูแลหอบหืดแบบครบวงจร ครอบคลุมทั้ง ER, Clinic asthma, OPD, หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เกสซกรรม กายภาพบำบัด มีการใช้ mini peak flow พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วย สอนการพ่นยาที่ถูกต้อง เน้นให้ผู้ป่วยและญาติทราบความสำคัญของเป้าหมายการรักษา วิธีการรักษา การแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งสามารถควบคุมอาการหอบได้

5. ผลการพัฒนาที่สำคัญ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2552	2553	2554*	2555	2556	2557	2558
เด็กที่มาตรวจ OPD	..	NA	NA	NA	11,171	13,468	9,713	9,535
จำนวนผู้ป่วยเด็กที่มารักษาใน รพ. ด้วยหอบ	...	262	266	288	375	461	1,256	765
จำนวนผู้ป่วยเด็กที่เข้า EAC ใน / นอกเขต	...	NA	NA	39	112	90	73	41
จำนวนครั้งของผู้ป่วยเด็กใน EAC ที่มารักษาที่ ER/ พ่นยา	ลดลงกว่า เดิม 5%	NA	NA	NA	37	33	<u>55</u>	<u>85</u>
จำนวนครั้งของผู้ป่วยเด็กใน EAC ที่ Re-admit 28 ในวัน	0	NA	NA	NA	49	37	4	6
อัตราการเข้า ICU ในผู้ป่วย เด็ก Asthma โดยไม่ได้ วางแผน (%)	0%	1	2	0	1	1	0	3
อัตราการผื่นคันที่คลินิกหอบ หืด **	< 0.5%	NA	NA	14.16	11.28	9.81	14.27	10.58
อัตราการบริหารยาพ่นถูกต้อง ที่ EAC	> 80%	NA	NA	65	72	78	75 ²⁵⁵⁷	78
อัตราความพึงพอใจต่อคลินิก Asthma	> 80%	NA	NA	80	85	88	85	89

* เริ่ม clinic EAC 2554 ** 2557 ผู้ป่วยที่ admit 100 ราย วินิจฉัยโรคหลัก-51 ครั้ง โรคร่วม-49 ครั้ง

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

ระดับจังหวัด	ระดับ รพช
1. มีเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยใน 2. มีการปรึกษา และร่วมกันแก้ปัญหา การรักษาผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วย 3. มีการทบทวนการดูแลรักษาของผู้ป่วย ของแพทย์ประจำบ้านสม่ำเสมอ 4. มีการจัดทำเกณฑ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (CPG Asthma) และมีการปรับปรุงหลักการดูแลผู้ป่วย (CPG) เพื่อง่ายต่อการปฏิบัติ 5. มีการทบทวนบทความที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย และการรักษาโรคทั้งบทความที่เป็นภาษาไทยเป็นระยะ ๆ 6. มีการให้ความรู้แก่ประชาชนในรูปของการอบรม สื่อสิ่งพิมพ์และวีดิทัศน์ เน้นเรียบง่ายเข้าใจได้เร็ว	1. ทบทวนวิชาการ ความรู้ work shop เพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน ระดับ รพท., รพช., รพสต. 2. พัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลเด็กวิกฤติ 3. พัฒนาเครือข่าย รพท., รพช., แบบองค์รวม 4. พัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กที่พ้นภาวะวิกฤติ เช่น เจาะคอ 5. พัฒนาระบบโรงพยาบาลพี่เลี้ยง 6. เพิ่มประสิทธิภาพ ระบบส่งต่อ เครื่องมือ ความรู้ ทักษะการพ่นยา

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม (Pneumonia)

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	กุมารเวชกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม (Pneumonia)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในเด็ก และพบว่าเป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาล 1 ใน 5 อันดับแรก จากสถิติ ปี 2556 - 2558 พบ 279, 261 และ 209 ราย พบว่ามีจำนวน 7, 4 และ 7 รายที่กลับมานอนซ้ำใน 28 วัน จากการทบทวนพบว่าสาเหตุจาก ไอ และมีเสมหะมาก ไม่สามารถระบายเสมหะให้ลูก ผู้ปกครองกังวล ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการระบายเสมหะ และพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีบางส่วนมีปัญหาพื้นฐานคือโรคภูมิแพ้ หอบหืด และทบทวนผู้ป่วยที่ทรุดลงจากการรักษาจนทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว สาเหตุจาก พยาธิสภาพผู้ป่วยเอง (CP Mental retard) การประเมินและประเมินซ้ำไม่มีประสิทธิภาพ มีการทำ warning sign ไม่ชัดเจน ทั้งนี้การจะพัฒนางานดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ ความร่วมมือกันของสหสาขาและพัฒนาความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นองค์รวม ผู้ป่วยปลอดภัย เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ประเด็นคุณภาพ และความเสี่ยงสำคัญ

1. ลดภาวะหายใจล้มเหลว
2. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ เสียชีวิต
3. ลดการ revisit ใน 28 วัน

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. อัตราการเกิด Atelectasis
2. จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะ Respiratory failure
3. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าICUโดยมิได้วางแผน
4. จำนวนผู้ป่วยที่ Re-admission in 28 days

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 กระบวนการพัฒนา

- อบรมการเคาะปอด เพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน
- ทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบโดยทำเป็น Care map
- ให้ความรู้เน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มานอนบ่อย ผู้ป่วยที่มีความพิการทางระบบประสาท เช่น Cerebral Palsy, Mental retard
- ให้ความรู้ผู้ปกครองด้านการดูแล การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การระบายเสมหะ พ่นยา การให้ออกซิเจน

4.2 กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- Patient entry and Assessment เน้นประเมินสภาพร่างกาย วัดสัญญาณชีพ การหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน

- Planning of Care มีการนำ Early warning signs มาใช้ จัดแยกโซนเด็กปอดอักเสบจากผู้ป่วยโรคอื่น เพื่อลดการติดเชื้อซ้ำ
- Information and Empowerment ให้สุศึกษาแก่ญาติเป็นรายบุคคลในการดูแลผู้ป่วยปอดบวมเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องตามเจ้าหน้าที่
- Discharge Planning and continue of Care กรณีที่มา revisit บ่อย มากกว่า 3 ครั้ง จะประสานทีมเวชกรรมสังคมลงเยี่ยมบ้าน

5. ผลการพัฒนา

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
จำนวนผู้ป่วย (คน)	...	279	261	209
จำนวน Refer in	...	25	49	27
จำนวน Walk in	...	254	212	182
อัตราการใช้ Early warning sign ในการประเมินผู้ป่วย	80%	NA	NA	30
อัตราการเกิด Atelectasis	8%	NA	NA	3.83 (8 ราย)
อัตราการเกิด Respiratory failure	0%	1.07 (3 ราย)	1.18 (3 ราย)	0.95 (2 ราย)
จำนวน Unplanned ICU	0 ราย	10	7	5
อัตราการ Re-admission in 28 days	0%	2.51 (7 ราย)	1.43 (4 ราย)	3.35 (7 ราย)
อัตราการ Refer	0%	0.36 (1 ราย)	0	0

6. แผนการพัฒนอย่างต่อเนื่อง

1. พัฒนาศักยภาพทีมในการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
2. ติดตามกำกับการใช้ Early warning signs ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
3. มีการจัดทำสื่อการสอน VDO แก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ขยายผลการดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่ได้มาตรฐานแก่สถานพยาบาลในเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ส่งต่ออย่างเหมาะสมและรวดเร็ว
4. อบรมให้ความรู้โดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ด้านความรู้ การระบายเสมหะ การพ่นยา เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยภาวะเหลืองในทารกแรกเกิด

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	กุมารเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยภาวะเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal Jaundice)
วันที่ปรับปรุง	ธันวาคม 2558

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทเป็นโรงพยาบาลทั่วไป S จำนวนเตียง 378 เตียง มีกุมารแพทย์ 5 ท่าน มีอัตราการคลอดเฉลี่ยประมาณ 100 - 200 รายต่อเดือน ในปี 2556-2558 พบภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เป็นอันดับต้นของการป่วยทารกแรกเกิด จากสถิติพบ 253, 405 และ 310 ราย เดิมทารกแรกเกิดที่ตัวเหลืองจะสังเกตจากการดูตัวตาอย่างเดียว ไม่ได้มีการเจาะเลือดทุกรายและไม่ได้มีการติดตามนัด (Follow up MB) อย่างแน่นอน ทำให้มีภาวะ Kernicterus เกิดขึ้น จึงเริ่มนำร่องการวัดบิลิรูบินทางผิวหนังในปี 2555 พบว่าสามารถประเมินได้เร็วขึ้น แต่เนื่องจากมีเพียง 1 เครื่อง หอผู้ป่วยอื่นจึงไม่ได้ใช้เครื่องประเมิน พบว่าปี 2557 ได้ทำ Total exchange 1 ราย และติดตามพัฒนาการพบมีพัฒนาการล่าช้า จึงมีการทบทวนเวชระเบียนพบว่าสาเหตุจาก ไม่มีแนวทางการดูแล (CPG) ชัดเจน ไม่ได้เจาะส้นเท้าเพื่อคัดกรองทุกราย ขาดทักษะและความชำนาญในการประเมิน ทีม PCT จึงมีการนโยบายให้มีการคัดกรอง 100% ในทารกทุกรายก่อนกลับบ้าน ก.พ. 2558 จะเห็นได้ว่าภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal jaundice) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในทารกแรกเกิด การรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา เช่น การส่องไฟ (Phototherapy) จะช่วยลดระยะเวลานอน รพ. และไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อสมอง (Kernicterus)

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 วินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว
- 2.2 แนวทางการแปลผลระดับความเหลือง (MB) ที่แน่นอน และการตรวจติดตาม (Follow up MB)
- 2.3 ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค
- 2.4 การให้ความรู้และคำแนะนำแก่บิดา-มารดา เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ทารกได้รับการคัดกรองภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว
- 3.2 ทารกได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและมีแนวทางการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ
- 3.3 มีการใช้แนวทาง 100 %
- 3.4 อัตราทารกแรกเกิด Neonatal jaundice (โดยเฉพาะจาก G6PD deficiency) มารดาได้รับคำแนะนำ = 100%

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 กระบวนการพัฒนา

- 4.1.1 นโยบาย (Policy) จาก PCT กุมาร กำหนดให้ทารกแรกเกิดทุกรายต้องได้รับการตรวจ MB ภายใน 48 hr. และ มีการรักษาและนัด Follow up อย่างเหมาะสม
- 4.1.2 เน้นการ CPG เรื่อง Neonatal jaundice อิงตามแนวทางของชมรมทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย

4.1.3 จัดอบรมเรื่อง Neonatal jaundice แก่บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลประจำทุกปี

4.1.4 กระบวนการดูแล จัดทำ one page summary ง่ายต่อการประเมิน

4.1.5 จัดเครื่องส่องไฟประจำหอผู้ป่วย ให้เพียงพอ

4.1.6 จัดเปลี่ยนหลอดไฟ blue light ทั้งหมด และ มีแนวทางการดูแลเครื่องมือ

4.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

4.2.1 Early detection เจาะเลือดพร้อมการเจาะ TFT ที่อายุ 48 ชม โดยแปลผลและรายงานผล MB แก่แพทย์ใน case high risk zone เริ่มกุมภาพันธ์ 2558 หรือนัด Follow up (ตาม CPG)

4.2.2 Early Treatment แนวทางการส่องไฟที่หอผู้ป่วย (rooming in) พร้อมคำแนะนำแก่บิดา มารดา เริ่มมีนาคม 2558

4.2.3 Discharge and Follow up ตาม CPG

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558
จำนวนทารกแรกเกิด	...	2,574 ราย	2,345 ราย	2,428 ราย
ทารก NICU ที่ส่องไฟ	...	85	121	86
ทารกย้ายจากแผนกอื่นในโรงพยาบาลที่ส่องไฟ	...	113	186	116*
ทารกที่ OPD ที่ส่องไฟ	...	44	71	85
ทารกที่ส่งต่อจาก รพช.ที่ส่องไฟ (มีแยกตาม รพช.)	...	11	27	23
การเกิด Kernicterus	0 ราย	0	1**	0
อัตราทารกแรกเกิด Neonatal jaundice (โดยเฉพาะ G6PD Deficiency) มารดาได้รับคำแนะนำ	100%	100	100	100
การทำ Total Blood Transfusions	0 ราย	0	1	0

หมายเหตุ : * เริ่ม ส่องไฟตามหอผู้ป่วยต่างๆ, **มีการทบทวนเคส

6. แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

6.1 การจัดหาเครื่องมือ phototherapy ที่ทันสมัย เช่น LED, double phototherapy ให้เพียงพอ

6.2 จัดซื้อเครื่องมือวัดระดับความเหลือง (Bilirubin analyzer) เพิ่ม

6.3 การติดตามการพัฒนาการทางระบบประสาทและการได้ยินของทารกแรกเกิดตัวเหลืองรุนแรง (มีระดับ MB ≥ 20 mg/d l)

6.4 การประกันคุณภาพการรักษาทารกแรกเกิดตัวเหลืองไม่ให้เกิดภาวะ Kernicterus

6.5 พัฒนาศักยภาพ รพ.เครือข่ายในการตรวจภาวะตัวเหลือง และ ส่องไฟ ลดการส่งต่อ

6.6 เน้นการใช้แนวทางการประเมินและติดตามให้ได้ 100%

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยภาวะชักซ้ำจากไข้สูง

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	กุมารเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยภาวะชักซ้ำจากไข้สูง (Febrile Convulsion)
วันที่ปรับปรุง	ธันวาคม 2558

1. บริบท

ไข้ เป็นอาการนำ ที่ผู้ปกครองพาผู้ป่วยนำเด็กมารับการรักษามากที่สุด ทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก สาเหตุของไข้ส่วนใหญ่เกิดจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร ในปี 2555-57 มีผู้ป่วยเด็กที่ไข้ชักมารักษา จำนวน 74, 93, 84 และ 114 รายตามลำดับ และมีเด็กส่วนหนึ่งที่ชักซ้ำหลังได้รับการรักษาซึ่งเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ควรเฝ้าระวัง จากสถิติที่ผ่านมา พบว่าปัญหาสำคัญของการชักซ้ำจากภาวะไข้แล้วชัก พบว่าเกิดจากการขาดการเฝ้าระวังไข้สูงในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ขาดการวัดปรอทที่ถูกต้อง ขาดทักษะและความร่วมมือจากผู้ปกครองในการเช็ดตัวลดไข้ ขาดการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสชักซ้ำได้

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้ป่วยไข้สูงเกิดภาวะชักซ้ำหลังเข้ารับรักษาภายในโรงพยาบาลด้วยไข้สูงแล้วชัก
2. ผู้ป่วยเกิดภาวะชักเกิดภาวะชักไม่หยุด (status febrile convulsion)

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. อัตราการชักซ้ำขณะรักษาที่หอผู้ป่วย
2. อาการทรุดลงต้องเข้า ICU โดยมีได้วางแผน

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 กระบวนการพัฒนา

1. คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 6 เดือน- 6 ปี ที่มีไข้ชักแบบ simple FC หรือ กระจุกทั้งตัว
2. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการชักและชักซ้ำในขณะรักษาในโรงพยาบาล
3. มีแนวทางการวัดไข้ ตั้งแต่ OPD-หอผู้ป่วย แนวทางเดียวกัน
4. จัดบอร์ด/สื่อการสอน วิดีโอ เรื่องการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง
5. จัดทำแผนพบเรื่องการสังเกตเด็กไข้สูง การเช็ดตัวลดไข้ การใช้ยาลดไข้ และการช่วยเหลือฉุกเฉินหากเกิดการชักที่บ้านให้กับญาติ

4.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

1. การประเมิน

- การคัดกรองผู้ป่วยที่ไข้สูง กลุ่มเสี่ยง เช่น ประวัติไข้ชัก ที่ห้องตรวจ โดยถ้าเป็นเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี จะวัดปรอททางทวาร (ดิจิตอล) ถ้ามีไข้สูงจะให้การรักษาเบื้องต้นเช่นการเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้พาราเซตามอล และเข้าตรวจก่อน
- กรณีผู้ป่วยชักขณะรอตรวจ จะมีการรักษาเบื้องต้น ร่วมกับให้ การป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ โดยให้ O₂ อย่างเพียงพอ ห้ามนำสิ่งของจัดฟันเด็ก คลายเสื้อผ้า เช็ดตัวคลายความร้อน

2. การดูแล/การประเมินซ้ำ

- 2.1 เน้นประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการทางระบบประสาท
- 2.2 จัดผู้ป่วยใช้ชักใกล้ nurse station
- 2.3 ฝึกทักษะและสอนสาธิตการใช้ยาลดไข้ การเช็ดตัวลดไข้ และการประเมินซ้ำแก่เจ้าหน้าที่ โดยเน้นการให้ผู้ป่วยได้รับยาลดไข้ทันทีภายใน 5 นาที หลังวัดไข้และพบว่าไข้
- 2.4 ปรับวิธีวัดไข้ทางรักแร้ โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้เสียบปรอทให้เด็กเอง และในรายที่ใช้สูงต้องวัดอุณหภูมิทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าไข้จะลดลง 2 ครั้ง
- 2.5 พัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มแนวทางการดูแลผู้ป่วย Febrile convulsion ในผู้ป่วย Febrile convulsion ที่รักษาในหน่วยงานทุกรายเพื่อใช้ชี้แนะการปฏิบัติได้

3. Information and Empowerment

- แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ความเสี่ยงในการเกิดโอกาสชักซ้ำในผู้ป่วยแต่ละรายของผู้ป่วยกับญาติเป็นระยะเพื่อให้มีส่วนร่วมในเฝ้าระวังและร่วมมือในการรักษา
- ให้ความรู้และความเข้าใจกับญาติในการช่วยดูแล ป้องกันการชักจากไข้สูง โดยเจ้าหน้าที่ให้การสอนและสาธิตการเช็ดตัว ลดไข้แก่ญาติผู้ป่วยทุกรายที่มีไข้สูง

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี2556	ปี2557	ปี2558
จำนวนผู้ป่วย Febrile convulsion ที่ Admit	ลดลง	125	59	104	74	93	84	114
อัตราการชักซ้ำขณะนอนโรงพยาบาล	0% (ราย)	3.2 (4)	3.3 (2)	2.8 (3)	1.38 (1)	1.07 (1)	3.57 (3)	7.89 (9)
อาการทรุดลงต้องเข้า ICU โดยมีได้วางแผน	0% (ราย)	0	0	0	0	0	0	0

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย Febrile convulsion อย่างต่อเนื่องเพื่อความทันสมัย
- การทบทวน กรณีศึกษาร่วมกันระหว่างกุมารแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- การให้สุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง วิธีการป้องกันการเกิดไข้แล้วชักในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยชัก