

Clinical Tracer Highlight : การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	สูติ - นรีเวชกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน : Birth Asphyxia (BA)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด Birth Asphyxia (BA) เป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิด รวมทั้งทำให้ทารกแรกเกิดมีความพิการทางสมอง จากสถิติข้อมูลภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในท้องคลอด โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร อัตราการเกิด Birth Asphyxia ปี 2555, 2556, และ 2557 เป็น 14.21, 17.03 และ 15.51 ตามลำดับ (เป้าหมาย < 25:1000 การเกิดมีชีพ) และในปี 2557 พบ Severe Birth Asphyxia 2 ราย และทารกเสียชีวิต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในปี 2557 พบว่าสาเหตุของการเกิด Birth Asphyxia ส่วนใหญ่เป็นด้านปัจจัยจากด้านการคลอดและการทำคลอด คิดเป็นร้อยละ 38.89 สาเหตุเกิดจาก ภาวะ Fetal Distress น้ำคร่ำมีขี้เทาปน การคลอดติดขัด การคลอดท่าก้น สายสะดือพันคอ รongลงมาจากปัจจัยด้านทารก คิดเป็นร้อยละ 36.11 สาเหตุเกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อย ทารกผิดปกติ/พิการ และสาเหตุด้านมารดา คิดเป็นร้อยละ 25 สาเหตุเกิดจากมารดาเป็น Severe PIH, placenta Abrupton, และ PROM ซึ่งเป็นผู้คลอดที่ Refer มาจากโรงพยาบาลชุมชน 11.11 %, จากการทบทวน Case Severe BA พบว่า ระหว่างรอคลอดเฝ้าระวังยังไม่ดีพอ แรกรับไม่ได้ทำ NST และสูติแพทย์ไม่ได้แปลผล NST ทุกรายที่มา Admit ที่ห้องคลอด

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 การประเมินความเสี่ยงแรกรับ และการรักษาที่รวดเร็ว
- 2.2 การเฝ้าระวังการคลอดเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารก
- 2.3 ระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ผู้คลอดได้รับการคัดกรอง และประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ โรงพยาบาลชุมชน ANC ER แรกรับจนถึงคลอดและเฝ้าระวังการคลอดเพื่อป้องกันทารกขาดออกซิเจน และมีการดูแลรักษาที่รวดเร็วตามมาตรฐาน
- 3.2 ผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่ออย่างรวดเร็วตามมาตรฐาน
- 3.3 ลด Severe Birth Asphyxia ,ลดอัตราการตายและภาวะสมองพิการจาก Birth Asphyxia

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 เพิ่มมาตรฐานการดูแลมารดาในจุดแรกรับและในห้องคลอด

- แรกรับต้องทำ NST และสูติแพทย์แปลผล ทุกราย (ทางตรง/line)
- เฝ้าระวัง FHR ตามมาตรฐาน และติด Fetal monitor เมื่อเข้า Active phase (กรณี Low risk) หรือ ทั้ง Latent & Active phase ในกรณี High risk
- จัดหาเครื่อง Fetal monitor ให้เพียงพอ (4 เตียงคลอด, 8 เตียงรอคลอด)

4.2 ปรับระบบการปรึกษาและระบบส่งต่อ

- ประสานโรงพยาบาลชุมชน ปรับระบบ D to D (Doctor to Doctor) โดยเพิ่มช่องการปรึกษา Tracing กับสูติแพทย์ทาง Line โดยตรง
- กำหนดระบบ Fast track ในกรณี Fetal Distress จากโรงพยาบาลชุมชน โดยกรณี refer fetal distress ส่งเข้าห้องผ่าตัดเลย โดยไม่ผ่านเข้า ward หรือ LR ก่อน และทีมดูแลทารกเตรียมความพร้อม

4.3 Revise (ชุดใหญ่) เรื่องระบบและแนวทางปฏิบัติโดยจัดทำเป็น Safety maternal & neonatal guidelines

- แนวทางการดูแลที่ ANC
- แนวทางการดูแลที่ โรงพยาบาลชุมชน
- แนวทางการดูแลที่ ER
- แนวทางการดูแลที่ OPD บ่าย/นอกเวลา
- แนวทางการดูแลที่ LR
- แนวทางการดูแลที่ OR& ANES
- การดูแลหญิงตั้งครรภ์เฉพาะโรค และหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะวิกฤต

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
อัตรา Birth Asphyxia ในนาทีที่ 1	ไม่เกิน 25 : 1000 การเกิดมีชีพ	14.21	17.03	15.51	13.63
อัตรา Birth Asphyxia ในนาทีที่ 5	ไม่เกิน 10 : 1000 การเกิดมีชีพ	2.37	6.65	6.03	5.90
อัตรา Severe Birth Asphyxia ในนาทีที่ 1	ไม่เกิน 10 : 1000 การเกิดมีชีพ	2.37	2.49	2.58	4.08
อัตรา Severe Birth Asphyxia ในนาทีที่ 5	ไม่เกิน 2 : 1000 การเกิดมีชีพ	0.39	1.66	1.29	0.90
อุบัติการณ์ทารกขาดออกซิเจนแรกคลอด และมีภาวะ Cerebral Palsy	0 ราย	NA	1	2	2
อุบัติการณ์ทารกขาดออกซิเจนแรกคลอด และเสียชีวิต	0 ราย	4	3	4	0

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและมีภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด โดยการหมุนเวียนพยาบาลห้องคลอดจากโรงพยาบาลชุมชน มาเรียนรู้และฝึกสมรรถนะกับพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในเครือข่าย

Clinical Tracer Highlight : การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	สูติ - นรีเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (DM in pregnancy)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาสูติ - นรีเวช 4 คน มีผู้มารับบริการทางสูติ-นรีเวชจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยด้านสูติกรรมและ นรีเวชกรรม และต้องรับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม-นรีเวชกรรมที่ต้องส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานหากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อเด็กที่จะเกิดมาและจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นภาวะ Birth asphyxia ทารกตัวใหญ่ ทารกตายในครรภ์ โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร มีมารดาที่เป็นเบาหวานมาคลอด ปี 2555 – 2558 = 40 ราย, 52 ราย, 47 ราย และ 23 ราย ตามลำดับ (คิดเป็น 1.58%, 2.61%, 2.03% และ 3.05% ของการคลอด) จำนวนทารกที่เกิดภาวะBirth asphyxia ในมารดาที่เป็นเบาหวาน ปี 2555 -2556 = 3 ราย ,3 ราย ตามลำดับ ทารกตัวใหญ่ ปี 2555 - 2558 = 8 ราย, 12 ราย, 13 รายและ 5 ราย ตามลำดับ ทารกตายในครรภ์ ปี 2555 และ 2556 = 2 ราย ทารกคลอดติดไหล่ปี 2555 = 1 รายภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาข้างต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมารดาที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร มีภาวะ Obesity เพิ่มขึ้นมีการทบทวนปัญหาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่มาตรวจตามนัด การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานยังไม่ครอบคลุม การควบคุมการรับประทานอาหารยังไม่ได้ จึงทำให้เกิดปัญหาในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ดังนั้น PCT สูติ-นรีเวชกรรม จึงพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา
2. การควบคุมระดับน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานไม่ได้ตามเป้าหมายของการรักษา
3. ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะต่อมารดาและทารก

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกรายได้รับการคัดกรองเบาหวาน
2. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน
3. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้และทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล
4. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน
5. มีระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงถึงชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- กำหนดระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานตั้งแต่ ANC/โรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพโดยจัดทำ CPG กำหนดภาวะเสี่ยงการ screening test การDiagnostic test และ การ classification of GDM การรักษาและการส่งต่อ
- ประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ งาน ANC / โรงพยาบาลชุมชน / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสื่อสารแนวทางปฏิบัติให้ตรงกัน

การคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัย

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกรายจะได้รับการคัดกรองเบาหวาน หากพบการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อไป
- กำหนดแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
- กำหนดแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วย GDM ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลชยันนาท นเรนทรและโรงพยาบาลชุมชน รพสต. ในเครือข่าย

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

- กำหนด CPG เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษา
- หาก โรงพยาบาลชุมชน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือเป็น class A2 ขึ้นไป/ภาวะแทรกซ้อน ให้ส่งต่อโรงพยาบาลชยันนาท นเรนทรเพื่อให้การดูแลรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง
- เพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย GDM โดยจัดประชุมวิชาการให้ความรู้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้ง ในโรงพยาบาลชยันนาท นเรนทรและโรงพยาบาลชุมชน
- พัฒนาระบบการส่งต่อ โดยมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างแพทย์ กับ แพทย์ โดยตรง พยาบาลกับพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมดใน รพ. ชยันนาท นเรนทร)	...	5.14 (23/447)	7.71 (33/428)	6.18 (28/453)	4.69 (21/447)
อัตราการเกิดภาวะBA ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (ต่อ1000การเกิดมีชีพ)	<1:1000	1.18	1.24	1.38	0.90
อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก ≥ 3800 gm ในมารดาที่เป็น เบาหวาน	<0.5%	0.31	0.49	0.55	0.63
อัตรามารดาที่เป็นเบาหวานและมีการคลอดติดไหล่	0%	0.03	0	0	0
อัตราทารกตายในครรภ์ในมารดาที่เป็นเบาหวาน	0%	0.03	0.04	0	0

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับในการดูแลผู้ป่วย GDM ในเรื่องการคัดกรอง, การประเมินและ การวินิจฉัย การรักษา ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัดชยันนาทอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานโดยสหสาขาวิชาชีพ (อายุรแพทย์ จักษุแพทย์ โภชนาการ)
- รณรงค์หญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมก่อนตั้งครรภ์
- พัฒนาการเก็บข้อมูลในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก

โรงพยาบาล	ชยันนาท นเรนทร
สาขา	สูติ - นรีเวชกรรม

สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาสตรี – นรีเวช 4 คน มีผู้มารับบริการทางสูติ-นรีเวช จำนวนมาก ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยด้านสูติกรรมและ นรีเวชกรรม ผู้ป่วย ตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นผู้ป่วยทางนรีเวช ที่เป็นภาวะวิกฤต ต้องได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เร่งด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปี 2555, 2558 พบอุบัติการณ์วินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า ปีละ 1 ราย ทบทวนสาเหตุพบว่าเป็นการตั้งครรภ์ในตำแหน่งที่มองเห็นจากการทำ อัลตราซาวด์ค่อนข้างยาก (บริเวณ cornu) ขาดการประเมินซ้ำโดยผู้ที่ชำนาญกว่า และเกิดจากการซักประวัติผิดพลาดทำให้ไม่นึกถึง Ectopic Pregnancy ตั้งแต่แรกทั้งๆที่ทราบว่าผู้ป่วยมีการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการวินิจฉัยผิดพลาดล่าช้าจนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ shock จึงได้นำปัญหาที่พบมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การ การวินิจฉัย Ectopic pregnancy ผิดพลาด /ล่าช้า
2. ภาวะ Hypovolemic shock หรือ เสียชีวิตจาก Ectopic pregnancy

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. การวินิจฉัย Ectopic Pregnancy ได้ถูกต้อง/ไม่ล่าช้า
2. ผู้ป่วย Ectopic Pregnancy ที่มี ภาวะ Shock เข้าสู่ระบบ Fast track และได้รับการผ่าตัดภายใน 40 นาที
3. ผู้ป่วย Ectopic Pregnancy ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิต

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- ผู้ป่วย Ectopic Pregnancy ที่มีภาวะ shock (ER/OPD/ โรงพยาบาลชุมชน) เข้าสู่ระบบ Fast track ทันทีและสามารถทำผ่าตัดได้ภายในเวลา 40 นาที

การประเมิน และการตรวจวินิจฉัย

- พัฒนาทักษะการประเมินและการทำอัลตราซาวด์ของสูติแพทย์และแพทย์ใช้ทุน
- ให้มีการประเมินซ้ำจากผู้ชำนาญกว่าในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง
- พัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Ectopic Pregnancy กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เน้นสอนการประเมิน ในกลุ่มแพทย์ใช้ทุนที่มาปฏิบัติงานใหม่กำหนดเป็นวาระการประชุมวิชาการในองค์กรแพทย์ทุกปีโดยใช้กรณีศึกษามาทำ case conference
- มีเครื่องทำ U/S พร้อมตั้งแต่ด้านหน้า และหอผู้ป่วยในเพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัย

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

- ผู้ป่วย Ectopic Pregnancy ที่มีภาวะ Shock สามารถส่งเข้า ห้องผ่าตัดจาก ER ได้ทันทีโดยไม่ต้องส่งเข้าหอผู้ป่วยใน (Fast track)

- พัฒนาระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพ โดยมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างแพทย์ กับ แพทย์ โดยตรงในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต
- ในรายที่ยังวินิจฉัยไม่ชัดเจน หากได้กลับบ้าน มีการติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อมาทำอัลตราซาวด์ซ้ำ

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
อัตราการวินิจฉัย Ectopic Pregnancy ผิดพลาด / ล่าช้า	0%	4.34 (1/23)	0	0	3.70 (1/27)
อัตราผู้ป่วย Ectopic Pregnancy ที่มีภาวะ Shock และ ได้รับการผ่าตัด ภายใน 40 นาที (วินิจฉัย – ลงมีดผ่าตัด)	100%	50 (2/4)	100 (1/1)	50 (2/4)	60 (3/5)
อัตราผู้ป่วย Ectopic Pregnancy ที่มีภาวะ Shock เข้าสู่ ระบบ Fast track ทันที	100%	100	100	100	100
อัตราการตายของผู้ป่วย Ectopic Pregnancy	0%	0	0	0	0

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับในการดูแลผู้ป่วย Ectopic Pregnancy ในเรื่องการคัดกรอง, การ ประเมินและการวินิจฉัย
- พัฒนาการรักษาผู้ป่วย Ectopic Pregnancy ให้ได้รับการผ่าตัดในเวลาที่กำหนด ให้ได้ 100%

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	สูติ – นรีเวชกรรม

สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage : PPH)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage : PPH) เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร อัตราการตกเลือดหลังคลอด (สำหรับมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร) ในปี 2555, 2556, 2557 เท่ากับ 0.52, 0.54 และ 0.52 (เป้าหมาย ไม่เกิน ร้อยละ 0.5) และอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง (Shock, Hysterectomy) ในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดในปี 2555, 2556, 2557 เท่ากับ 0.04, 0.17 และ 0.13 (เป้าหมาย 0) จากข้อมูลสถิติพบว่าอัตราการเกิดสูงกว่าเป้าหมาย ซึ่งจากการทบทวนสาเหตุเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine Atony), การฉีกขาดของช่องทางการคลอด นอกจากนั้นรายที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนพบว่าการประเมิน/วินิจฉัยล่าช้าก่อนส่งต่อ

ดังนั้น ทีม PCT สูติ – นรีเวชกรรมเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย PPH จึงได้มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย PPH ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยมีการขยายผลการพัฒนาไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชยันนาท เพื่อให้มีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การประเมิน Blood loss ไม่แม่นยำ
2. การวินิจฉัย/รักษา PPH ล่าช้า
3. ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ (Shock, Hysterectomy)
4. มารดาเสียชีวิตจาก PPH

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด
2. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Shock, Hysterectomy)
3. ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- กำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเข้าสู่ระบบ (Fast track) ตั้งแต่ ER/ OPD/ โรงพยาบาลชุมชน

การดูแลรักษาและส่งต่อ

- ป้องกัน PPH โดยทำ Active management of 3rd stage of labor
- มีระบบเฝ้าระวัง Early detection warning signs โดยคณะกรรมการมีเลือดออกที่แม่นยำ เช่น การใช้ถุงตวง blood loss มี marker blood loss ที่ 300 ml เพื่อเตือนให้หาสาเหตุและรักษาก่อนที่จะเกิด PPH
- จัดทำ พัฒนาและปรับปรุง CPG ในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งในโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร และโรงพยาบาลชุมชนโดยให้มีการประเมิน Blood loss ที่แม่นยำและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

- มีการใช้ Monitor V/S ในผู้ป่วยหลังคลอดปกติ, ผ่าตัดคลอด และใช้ผ้าอนามัยในการประเมินภาวะเลือดออกถ้าชุ่มผ้าอนามัย 3 ชั้น/1 ชั่วโมงให้หาสาเหตุและรักษาก่อนที่จะเกิด PPH
- มีระบบการให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลชุมชนสามารถ Consult สูติแพทย์ เมื่อมีปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- พัฒนาระบบส่งต่อมารดา PPH จากรพ.ชุมชนให้มีประสิทธิภาพ
- ผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดสามารถส่งเข้าห้องผ่าตัดจาก ER ได้เลยโดยไม่ต้องส่งเข้าหอผู้ป่วยก่อน

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	2556	2557	2558
อัตราการเกิด PPH	<0.5%	0.52	0.54	0.52	0.45
อัตราการเกิด PPH ที่รุนแรง (Shock)	0%	0.04	0.17	0.13	0.09
อัตราการตายจาก PPH	0	0	0	0	0

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 6.1 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายในการประเมิน Blood loss ที่แม่นยำ เป็นแนวทางเดียวกันและวินิจฉัย PPH ที่รวดเร็วขึ้น เพื่อป้องกันภาวะ Shock
- 6.2 พัฒนาระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 6.3 จัดทำแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้แก่โรงพยาบาลชุมชน ในเรื่องการป้องกันรักษารวมทั้งให้มียาที่จำเป็นต้องใช้ เช่น Nalador, Misoprostal

Clinical Tracer Highlight : การดูแลมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	สูติ - นรีเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลมารดาที่คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labour)

1. บริบท

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญของการตายในทารก 60 - 80 % เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีภาวะของการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆไม่เต็มที่ ทำให้เกิดภาวะการขาดออกซิเจนแรกคลอด, เกิดภาวะ RDS และทารก 0 - 7 วันตาย ในประเทศไทยพบ 9% ของการคลอดทั้งหมด ในโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปี 2555, และในปี 2556 เป็น 14.41% และ 13.56% อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำเร็จ (คลอดที่ > 37 สัปดาห์) ในปี 2555, และในปี 2556 เป็น 58.42% และ 58% อัตราของทารก 0 - 7 วันตายในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ในปี 2555, และในปี 2556 เป็น 0.83 % และ 0 ซึ่งผลลัพธ์ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แนวทางการดูแลรักษาไม่ชัดเจนและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดยังไม่ได้เป้าหมายเนื่องจากในระยะแรกรับปากมดลูกเปิดมากที่มาจากการส่งต่อ และผู้คลอดมาโรงพยาบาลเอง จึงไม่สามารถยับยั้งได้สำเร็จ, รวมทั้งพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงจากการติดเชื้อ Asymptomatic Bacteriuria นอกจากนั้นยังพบว่าเป็น Teenage Pregnancy

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 การประเมินและการวินิจฉัย Preterm Labour ในระยะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก
- 2.2 การรักษา Preterm Labour ให้มีประสิทธิภาพ
- 2.3 การเฝ้าระวังในการให้ยายับยั้งการคลอดเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด
- 2.4 ความปลอดภัยของทารกที่คลอดก่อนกำหนด

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด
- 3.2 เพิ่มอัตราความสำเร็จของการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- 3.3 ลดอัตราตายของทารกที่คลอดก่อนกำหนด

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- 4.1 คัดกรองและประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการซักประวัติ ตรวจภายใน
 - ลด Risk Factor โดยให้การรักษา Asymptomatic Bacteriuria ในขณะตั้งครรภ์
 - ในรายที่มีความเสี่ยง มีประวัติ Pre term มีการติดตามเฉพาะราย และในรายที่มีประวัติ IUGR ในครรภ์ก่อนพิจารณาให้ยา Low dose Aspirin
 - ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด
 - ให้ความรู้และพัฒนาทักษะการประเมินการเจ็บครรภ์กับบุคลากรในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดของโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ,โรงพยาบาลชุมชน และเครือข่าย เพื่อการส่งต่อที่สามารถให้การยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ
 - ใช้ช่องทางการให้บริการ 1669 เพื่อความรวดเร็วกรณีมีอาการเจ็บครรภ์/ท้องแข็ง
- 4.2 ปรับ CPG, การดูแลรักษาให้ชัดเจนและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

4.3 จัดทำ Discharge Plan for Preterm Labour

4.4 เตรียมความพร้อมมารดาหลังคลอดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ
แนะนำการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป

4.5 ประสานข้อมูลกับกุมารแพทย์เพื่อการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดให้ปลอดภัย

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
อัตราการตายที่คลอดก่อนกำหนด *	ไม่เกิน 10%	14.41	13.56	11.40	10.54
อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด (> 37 สัปดาห์)	ไม่น้อยกว่า 70%	58.42	58	59	64.02
อัตราตายของทารก 0 - 7 วัน ตายใน มารดาที่คลอดก่อนกำหนด	0	0.83 (2 ราย)	0	0	0.86 (2 ราย)

หมายเหตุ

ในปี 2553 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร สามารถดูแลทารกแรกเกิดอายุครรภ์ 26 สัปดาห์ น้ำหนัก 520 กรัม ให้สามารถรอดชีวิตและกลับบ้านเจริญเติบโตพัฒนาการปกติได้ จึงมีแนวทางให้มารดาที่อายุครรภ์ 25 - 28 สัปดาห์ มาคลอดที่แผนกห้องคลอด (ปกติจะคลอดที่ตึกนรีเวชกรรม และนับเป็นทารกเสียชีวิตจากการแท้ง)

ปี 2555 ทารกเสียชีวิต 2 ราย โดยมารดาอายุครรภ์ 28 weeks และ 32 weeks

ปี 2558 มีทารกเสียชีวิต 2 ราย โดยมารดาอายุครรภ์ 26⁺⁵ weeks และ 27⁺³ weeks

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

6.1 พัฒนา CPG การดูแลรักษา Preterm Labour ในโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายให้ปฏิบัติแนวทางเดียวกัน

6.2 พัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองในระดับชุมชนเครือข่าย

6.3 ติดตามและประเมินการใช้ CPG ที่ปรับปรุงใหม่

Clinical Tracer Highlight : การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่น

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	สูติ - นรีเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่น (Teenage Pregnancy)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

ปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม นับเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ในการดูแลเด็กและเยาวชนของประเทศไทย สำหรับในเครือข่ายโรงพยาบาลชยันตนาพนเรนทร พบอัตราการคลอดของมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ปี 2555 , 2556 , 2557 เป็นอัตรา = 24.29, 18.93 และ 19.35 ตามลำดับ ซึ่งยังเกินกว่าค่าเป้าหมายและนอกจากนั้นยังพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ในปี 2557- 2558 = 10.04 , 16.98 ตามลำดับ ดังนั้นกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม จึงได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่น

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- ป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. วัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี ไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ
2. วัยรุ่น อายุ 15 - 19 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลได้รับคำแนะนำในการคุมกำเนิดก่อนออกจากโรงพยาบาล

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- ให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาและในชุมชน
- มีแผนการปฏิบัติงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และ พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการโดยเปิด Website, Facebook/สายด่วนสำหรับวัยรุ่น

การช่วยเหลือและบำบัดฟื้นฟู

- แม่วัยรุ่นได้รับการช่วยเหลือระหว่างการจัดตั้งครรภ์และคลอดบุตรแล้วอย่างเป็นระบบ รวมทั้งได้รับความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ
- มีระบบติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดูแลขณะตั้งครรภ์

- ประเมินความเสี่ยงเพื่อการดูแลด้านโภชนาการที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่าระวังการคลอดก่อนกำหนด
- ประเมินปัญหาสังคม/การสนับสนุนของครอบครัวและความพร้อมในการดูแลบุตร
- มีการจัดกิจกรรมกลุ่มแม่วัยรุ่นสอนแม่วัยรุ่นด้วยกัน
- ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลที่เหมาะสม
- ให้ความรู้ถึงความสำเร็จในการคุมกำเนิดภายหลังคลอด

ขณะคลอด

- ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังดูแลให้มารดาและทารกปลอดภัยจากการคลอด
- ประเมินความพร้อมของมารดาและครอบครัวในการดูแลทารกเพื่อส่งต่อข้อมูลต่อทีมดูแล

- ในรายที่มีปัญหาทางด้าน Preterm Labor หรือ IUGR หรือเสี่ยงต่อการเกิด LBW ประสานทีมกุมารแพทย์เพื่อดูแลทารกแรกเกิด

หลังคลอด/ทารกแรกเกิด

- ประเมินความพร้อมของมารดาและครอบครัวในการดูแลทารก รวมทั้งประเมินความเสี่ยงในการทิ้งบุตร เมื่อพบความเสี่ยงในการทิ้งบุตรประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลมารดาวัยรุ่นเพื่อเฝ้าระวังและแก้ปัญหา
- เน้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูก
- ทารกที่มีภาวะเสี่ยง (LBW, BA) ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
- ให้มารดาวัยรุ่นได้รับคำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดและได้รับการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ฝังยาคุม/ใส่ห่วง) ก่อนออกจากโรงพยาบาล
- มีการติดตามมารดาวัยรุ่นและทารก เพื่อรับทราบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
ร้อยละของการคลอดโดยมารดาอายุ <20 ปี	ไม่เกิน 10%	24.29	18.93	19.35	18.36
ร้อยละของวัยรุ่นอายุ <20 ปีที่มาคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป	ไม่เกิน 10%	NA	NA	10.04	16.98
อุบัติการณ์การทิ้งบุตรไว้ในโรงพยาบาลในมารดาวัยรุ่นอายุ <20 ปี	0	0	0	0	0

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- บริการเชิงรุกโดยการค้นหากลุ่มวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์(วัยรุ่นที่อยู่ในชุมชนและวัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียน)ที่สมัครใจรับการคุมกำเนิด
- ขยายความครอบคลุมในการคุมกำเนิดให้มากขึ้นในกลุ่มเป้าหมายในหญิงวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี
- ประสานเครือข่ายในการติดตามมารดาหลังคลอดที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ให้มารับการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ฝังยาคุม/ใส่ห่วงอนามัย)

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	สูติ - นรีเวชกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (PIH)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาสตรี-นรีเวชกรรม 4 คน ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension , PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อย โดยเฉลี่ยพบร้อยละ 2 ของการคลอดและพบว่ามีมารดาเสียชีวิต จาก PIH จำนวน 1 ราย ในปี 2549 ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อน คือ Pulmonary edema และพบว่า PIH เป็น 1 ใน 3 อันดับแรกของสาเหตุการตายของมารดา ในปี 2555 - 2557 ยังมีอัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ขณะอยู่ในโรงพยาบาล = 1.09%, 4.35% และ 1.30% ตามลำดับและยังพบอัตราการเกิด Birth asphyxia จากมารดา PIH ปี 2555-2557 = 3.26%, 1.45% และ 2.6% ตามลำดับ

จากการทบทวนพบปัญหาในการดูแลรักษา PIH เกิดจากการได้รับ ยา $MgSO_4$ ไม่ต่อเนื่องขณะผ่าตัดคลอด ,ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานตั้งแต่ก่อนส่งมารักษาต่อและขณะอยู่ในโรงพยาบาล, การให้ยา $MgSO_4$ ไม่เพียงพอ (ผู้ป่วยตัวใหญ่) ทำให้ไม่สามารถควบคุมการชักได้รวมทั้งการเฝ้าระวังยังไม่ดีพอในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อน จึงได้นำปัญหาที่พบดังกล่าวมาพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย PIH ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การวินิจฉัย PIH ถูกต้อง
2. การเข้าถึงและได้รับการรักษาที่รวดเร็ว
3. ภาวะชักและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆต่อมารดา
4. ภาวะ Birth asphyxia จากมารดา PIH

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. มารดา PIH ไม่เกิดภาวะชัก (Eclampsia) ขณะอยู่ในโรงพยาบาล
2. มารดาและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อันตรายถึงชีวิต เช่น Pulmonary edema, HELLP syndrome, DIC, Dead, Birth asphyxia

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- มีระบบช่องทางด่วน (Fast track) ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โดยส่งต่อข้อมูลโดยตรง (D to D) รวมทั้งการให้ยา $MgSO_4$ ให้ถูกต้องก่อนส่งต่อ
- มีระบบ EMS และระบบ Refer ในกลุ่มผู้ป่วย PIH และผู้ป่วยคลอด ชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ 1669 เมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน

การคัดกรองและประเมิน

- มีการตรวจ Urine Alb. ที่แผนกฝากครรภ์และที่ห้องคลอดแรกรับทุกราย
- พัฒนาศักยภาพของทีมแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนและในโรงพยาบาลจังหวัด ในการตรวจคัดกรองและประเมินผู้ป่วย PIH เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม
- มีการตรวจ Investigation สำหรับมารดาที่สงสัย PIH (Routine Lab for PIH)

การตรวจวินิจฉัย

- ใช้แบบ “เกณฑ์การค้นหามารดา PIH ที่มีภาวะเสี่ยงสูง” ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อให้ได้การวินิจฉัย Severe PIH ตั้งแต่แรกเริ่ม และเป็นไปในทางเดียวกัน
- ทำ Admission test (ทารกในครรภ์ทุกราย) และ FHR monitoring เพื่อวินิจฉัย Fetal distress ตั้งแต่แรกเริ่ม

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

- ให้อาหาร $MgSO_4$ อย่างต่อเนื่องในขณะทำผ่าตัด
- ปรับ concentration การให้ $MgSO_4$ ให้สูงขึ้นตามมาตรฐานราชวิทยาลัยสูติโดยเพิ่มเป็น 50% $MgSO_4$ 20 gms + 5% D/W 1000 ml (v) drip 50 ml/hr และ 10% $MgSO_4$ 5 gms (v) push เมื่อชักซ้ำ ให้ 10% $MgSO_4$ 2 gms
- เฝ้าระวังภาวะชักทุกรายถึงแม้จะไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อน

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558 (ก.ย)
อัตราการเกิด Eclampsia ขณะอยู่โรงพยาบาล	0%	(1 ราย) 1.09	4.35 (3 ราย)	1.30 (1 ราย)	1.09 (1 ราย)
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะอยู่ในโรงพยาบาล ในผู้ป่วย PIH	ไม่เกิน 5%	1.09 (1 ราย)	4.35 (3 ราย)	1.30 (1 ราย)	1.09 (1 ราย)
อัตราการตายของมารดาที่มีสาเหตุจาก PIH	0/1,000 การคลอด	0	0	0	0
อัตราการเกิด Birth asphyxia จากมารดา PIH	ไม่เกิน 5%	3.26	1.45	2.6	4.35

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ให้มีการสำรองยา $MgSO_4$ เพื่อให้การรักษาที่รวดเร็ว