

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยภาวะ Failed Back Surgery ในผู้ป่วยผ่าตัดหลัง

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยภาวะ Failed Back Surgery ในผู้ป่วยผ่าตัดหลัง (SPINAL STENOSIS)
วันที่ปรับปรุง	กุมภาพันธ์ 2559

1. บริบท

จังหวัดชัยนาท พบปัญหาเรื่องกระดูกสันหลังเสื่อม, กระดูกทับเส้นประสาทมาก ผู้ป่วยที่มาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก อันดับที่ 2, 3, 4 คือ L-Spondylosis, Spinal Stenosis, HNP ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยใน พบเป็นอันดับที่ 3 เมื่อการรักษาโดยรับประทานยา, ปรับพฤติกรรม, กิจวัตรประจำวัน, กายภาพบำบัด ไม่ดีขึ้น หรือมีภาวะกดทับเส้นประสาทมากขึ้น จนต้องผ่าตัด และยังมีผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุแล้วมีกระดูกสันหลังหัก จะมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่พบว่ามีปัญหาผ่าตัดแล้วอาการไม่ดีขึ้น ต้องผ่าตัดซ้ำ หรือมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. ประเด็นคุณภาพ/ ความเสี่ยงสำคัญ

ความเสี่ยงสำคัญ

ปัจจัยผู้รับบริการ

- ขาดความเข้าใจ ขั้นตอนการดำเนินโรค ขั้นตอนการรักษา
- กลับไปทำกิจกรรมเสี่ยงต่อ หลังรักษา
- ภาวะโรคร่วม
- ความรุนแรงของการบาดเจ็บ

ปัจจัยผู้ให้บริการ

- ขาดทักษะความรู้ความสามารถ
- ประเมินภาวะผู้ป่วยผิดพลาด
- ขาดการสื่อสารกับผู้รับบริการ
- ขาดการดูแลรักษาโรคโดยสหสาขา

ประเด็นคุณภาพ

- ให้ความกับผู้รับบริการ
- การประสานงานในทีมสหสาขาที่ดี
- การศึกษา/เข้าอบรมเพิ่มพูนทักษะความรู้สม่ำเสมอ

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. จำนวนผู้ป่วย Failed Back Surgery = 0 ราย
2. ลด Complication จากการผ่าตัด
 - 2.1 Tear Dural Membrain <5%
 - 2.2 Infection <1%
3. Clinical Improved (อาการปวด/ชาลดลง) >80%

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- มีระบบการปรึกษาจาก รพช., การปรึกษาระหว่างแผนก, แพทย์ใช้ทุนกับแพทย์ออร์โธปิดิกส์โดยตรง

4.2 การคัดกรอง/การประเมิน

- การให้ความรู้และทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษา, ภาวะเสี่ยง, ปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แก่ผู้รับบริการก่อนเริ่มต้นการรักษา
- เลือกรักษาผ่าตัด, เทคนิค, อุปกรณ์ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

4.3 การตรวจวินิจฉัย

- การให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์
- การส่งตรวจวินิจฉัยที่จำเพาะ เช่น Myelogram, CT, MRI ที่จำเป็นในแต่ละกรณี

4.4 การดูแลรักษาและการดูแลต่อเนื่อง

- การดูแลรักษาผู้ป่วย รพช.และการส่งมารักษาต่ออย่างถูกต้องเหมาะสม
- การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ ทั้งที่ชุมชน และ รพ.จังหวัดในเรื่องการปฏิบัติตัวและข้อจำกัดต่างๆ ใน รายที่ไม่ได้ผ่าตัด
- ดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ระบบประสานกับหน่วยบริการในชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ และครอบครัวทั้ง ก่อนและหลังผ่าตัด

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559 (ต.ค.-ธ.ค.58)
1. จำนวนผู้ป่วย Failed Back Surgery	0 ราย	0	1	5	2
2. ภาวะแทรกซ้อน					
2.1 Tear Dural Membrain	<5%	11.76 (2/17)	7.41 (2/27)	17.14 (6/35)	14.29 (2/14)
2.2 Infection	<1%	0	0	5.71 (2/35)	0
3. Clinical Improved (อาการปวด/ชาลดลง)	>80%	100	100	80	71.43

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลังทั้งหมด ทั้งที่ใส่และไม่ได้ใส่ Instrument ในปี 2556- 2559 (4 เดือน) มีจำนวน 17, 27, 35 และ 14 ตามลำดับ และที่ผ่าตัดใส่ Instrument มีจำนวน 12, 15, 23 และ 11 ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าอัตราการผ่าตัดเพิ่มขึ้นและใส่ Instrument มากขึ้น และปัญหาแทรกซ้อนก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในปี 2558 พบว่าผู้ป่วย Failed Back Surgery 5 ราย และต้องได้รับการผ่าตัด 2 ครั้งในการนอน รพ.ในคราวเดียวกันถึง 3 ราย

6. แนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

1. เร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากร แพทย์และพยาบาล ให้มีความรู้ความสามารถและทักษะ
2. ส่งแพทย์ออร์โธปิดิกส์ไปเรียนเฉพาะทางด้านผ่าตัดหลัง เพื่อกลับมาพัฒนาศักยภาพบุคลากรและพัฒนางาน
3. วางระบบงาน/การประสานงานร่วมกับงาน IC ในการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
4. ติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องและทุกครั้งที่เกิด Incident เพื่อร่วมกันแก้ไขและหาโอกาสพัฒนา

Clinical Tracer Highlight

การดูแลผู้ป่วยภาวะ Failed plate, Failed nail ใน Fracture Shaft of Femur

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยภาวะ Failed plate, Failed nail ใน Fracture Shaft of Femur (Proximal 1/3, Midshaft, Distal 1/3)
วันที่ปรับปรุง	12 กุมภาพันธ์ 2559

1. บริบท

ผู้ป่วยแผนกออร์โธปิดิกส์ที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชัยนาทเรนทรในปี 2558 มีจำนวน 2,092 ราย กระดูกที่พบหักมากที่สุด คือ Fracture femur พบจำนวน 237 ราย คิดเป็น 11.33% ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็น Fracture around hip ที่ได้รับการผ่าตัด 100 ราย, Shaft of femur 63 ราย และกระดูกหักในส่วนอื่นๆ เช่น Supracondylar รวมทั้งคนไข้ที่ไม่ผ่าตัดหรือเข้าเฝือก

ในกลุ่มผู้ป่วย Fracture Shaft of femur มีมาตรฐานในการรักษา คือ ORIF with Intramedullary nail และ ORIF with plate (Dynamic compression plate = DCP, Locking compression plate = LCP)

ตารางแสดงผู้ป่วย Fracture Shaft of femur ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก

ปีงบประมาณ	ช่วงอายุ (ปี)	อายุเฉลี่ย(ปี)	ผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก (ราย)	ชาย(ราย)	หญิง(ราย)
2556	4-80	32.95	58	35	23
2557	2-90	37.62	65	45	20
2558	12-83	12.83	63	45	18

ปัญหาที่พบจากการผ่าตัด คือ ภาวะ Failed Instrument ในปี 2556 พบ 6 ราย,ปี 2557 พบ 10 ราย ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยหายกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ช้าและลำบาก

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงสำคัญ

- ปัจจัยจากผู้รับบริการ
 - ไม่ตระหนักถึงลำดับความสำคัญของการรักษา
 - ต้องการกลับไปหารายได้,ทำกิจกรรมตามต้องการโดยเร็ว
 - อุบัติเหตุซ้ำ
- ปัจจัยผู้ให้บริการ (แพทย์, พยาบาล, PM&R, PT)
 - ไม่ได้ให้ความชัดเจน,องค์ความรู้ที่พอเพียงกับผู้รับบริการ
 - ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เลือกใช้ plate มากกว่า Nail
 - การประเมินไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย เช่น อ้วนมาก, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, โรคร่วม

- เทคนิคผิดพลาดทำให้เกิดกระดูกติดซ้ำ

ประเด็นคุณภาพ

1. ให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา
2. ประชุมร่วมกันในกลุ่มสหสาขา (grand round) ในผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดปัญหาเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
3. ประสานกับหน่วยบริการในชุมชนให้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
4. ทำงานวิจัยหาสาเหตุ

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. อัตรา Failure plating = 0%
2. อัตรา Failure Nailing = 0%
3. อัตรากระดูกติดภายใน 6 เดือน = 100%

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- มีการปรึกษาจาก รพช. หรือ ใน รพ. กับแพทย์ออร์โธปิดิกส์โดยตรง

4.2 การคัดกรองและประเมิน

- ให้ความรู้ ทำความเข้าใจแก่ผู้รับบริการ ก่อนได้รับบริการ
- เลือกใช้วัสดุ ชนิดของโลหะตามกระดูกให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- มีกระบวนการจัดประมูลซื้อโลหะที่ครบถ้วน ถูกต้องและมีเครื่องมือ/อุปกรณ์พร้อมใช้ตลอดเวลา

4.3 การตรวจวินิจฉัย

- มีการอบรมแพทย์ใช้ทุนทั้งที่ชุมชนและพยาบาลใน รพ. ให้มั่นใจในการวินิจฉัย/แนวทาง การรักษา

4.4 การดูแลรักษาและการดูแลต่อเนื่อง

- ปฏิบัติตาม guideline แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดและก่อนจำหน่าย
- ประสานงานกับหน่วยบริการในชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
- ติดตามผลหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
1. อัตรา Failure plating	0%	10.34 (6/58)	15.38 (10/65)	6.35 (4/63)
2. อัตรา Failure Nailing	0%	0	0	0
3. อัตรากระดูกติดภายใน 6 เดือน	100%	89.66	84.62	93.65

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ให้ความรู้ / ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติให้ตระหนักถึงความสำคัญและขั้นตอนการรักษาให้มากขึ้น
- พัฒนาระบบการเชื่อมโยงกับเครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- ติดตามเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

Clinical Tracer Highlight :

การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักในผู้ป่วยสูงอายุและได้รับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักในผู้ป่วยสูงอายุและได้รับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม
วันที่ปรับปรุง	30 มกราคม 2559

1. บริบท

ปัจจุบันประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ส่วนใหญ่มีโรคพื้นฐานเดิม เช่น โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจและโรคกระดูกพรุน เป็นต้น และมักจะประสบอุบัติเหตุจากการพลัดตก หกล้ม ซึ่งพบว่ามีภาวะกระดูกต้นขาส่วนคอหัก การให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม รวดเร็วและปลอดภัยมีความสำคัญเพื่อลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การรักษาโดยการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมชนิดไม่มีเข่า (Hemiarthroplasty) เป็นมาตรฐานการรักษาซึ่งมีข้อดีคือทำให้ลดอาการปวด ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เร็วและลดปัญหาที่เกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนได้

จากการทบทวนความเสี่ยงพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะข้อหลุดหลังการผ่าตัด ในปี 2548 พบ 1 ราย (4.16%), ปี 2550 พบ 1 ราย (3.84%), ปี 2553 พบ 1 ราย (5%), ปี 2555 พบ 1 ราย (5.26%) และปี 2557 พบ 1 ราย (3.22%) และมีภาวะแผลกดทับ ในปี 2550 พบ 2 ราย (7.69%), ปี 2551-2553 พบปีละ 1 ราย (4.76%, 4.76 % และ 5% ตามลำดับ) ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น จึงได้ทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การวินิจฉัยภาวะกระดูกต้นขาส่วนคอหักในผู้ป่วยสูงอายุได้ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนและได้รับการรักษา/รับปรึกษาที่รวดเร็วโดยแพทย์สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
2. ระบบส่งต่อที่มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว
3. การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่, พยาบาล, แพทย์สาขาอื่น ทำให้เกิดความเข้าใจ, มั่นใจและตระหนักถึงความสำคัญในการให้การรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว
4. บุคลากรให้ความสำคัญและเฝ้าติดตามดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดใส่ข้อเทียมชนิดไม่มีเข่าตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดอย่างเคร่งครัด
5. ระบบประสานงานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนเพื่อป้องกันภาวะข้อหลุดหรือภาวะเกิดแผลกดทับ

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. อัตราการเกิดข้อสะโพกหลุดหลังผ่าตัด = 0%
2. อัตราการเกิดแผลกดทับ ไม่เกิน 4:1000 วันนอน
3. จำนวนวันนอน (LOS) ไม่เกิน 14 วันหลังผ่าตัด
4. อัตราตายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด = 0%

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- พัฒนาระบบ EMS ให้มีประสิทธิภาพ มีบุคลากรที่ผ่านการอบรม 100 %
- สามารถปรึกษาแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ได้ทุกท่านทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ (ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับทุกโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย)
- แพทย์ออร์โธปิดิกส์ให้การตรวจรักษา, รับประทานต่างแผนกที่รวดเร็ว

4.2 การคัดกรองและประเมิน

- มีการอบรมเจ้าหน้าที่, พยาบาล, แพทย์เพิ่มพูนทักษะถึงภาวะกระดูกต้นขาส่วนคอหัก แนวทาง การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- ส่งปรึกษาและได้รับการรักษาต่างแผนกในรายที่มีโรคร่วมก่อนผ่าตัด เพื่อลดปัญหาแทรกซ้อน

4.3 การตรวจวินิจฉัย

- เจ้าหน้าที่, พยาบาล, แพทย์เพิ่มพูนทักษะสามารถวินิจฉัยภาวะข้อสะโพกหลุดหลังผ่าตัดได้

4.4 การดูแลและการส่งต่อ

- ปฏิบัติตาม Care Map อย่างเคร่งครัด, เผื่อระวังตลอดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- ปฏิบัติตาม guideline, แนะนำการดูแลและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดจนเข้าใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับพลิกตัวอย่างถูกต้องบ่อยๆ
- อธิบายขั้นตอนการรักษา (การผ่าตัด) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจและให้ความร่วมมือทั้งก่อนและหลังผ่าตัด
- ประสานงานกับหน่วยบริการในชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนจะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
1. อัตราการเกิดข้อหลุดหลังผ่าตัด	0 %	5.26 (1/19)	0 (0/22)	3.22 (1/31)	0 (0/40)
2. อัตราการเกิดแผลกดทับ	4:1000 วันนอน	0	0	0	6.51 (2 ราย)
3. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (LOS)	ไม่เกิน 14 วัน หลังผ่าตัด	8.7	9	11	7.67
4. อัตราตายจากภาวะ แทรกซ้อน หลังผ่าตัด	0 %	0	0	0	5 (2 ราย)

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครกู้ชีพ ถึงภาวะกระดูกพรุนและความเสี่ยงที่จะเกิดกระดูกต้นขาส่วนคอหักในผู้สูงอายุ รวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหัก
- กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่, พยาบาล ให้ตระหนักถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น
- จัดทำแผนปฏิบัติการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดที่เข้าใจได้ง่ายเพื่อสะดวกในการสื่อสารแก่ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งชุมชน
- จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงการดูแลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และระบบการประสานงานกับศูนย์การดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยและติดตามคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่อง
- ทบทวน Dead case เพื่อศึกษาสาเหตุและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

Clinical Tracer Highlight : การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนหรือเคลื่อนเล็กน้อย

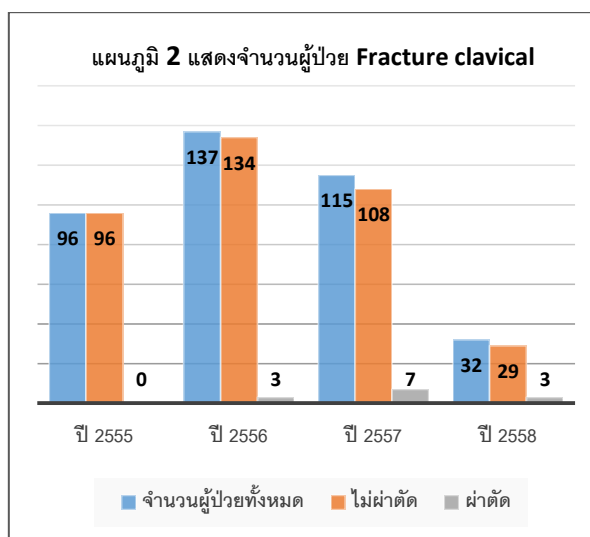
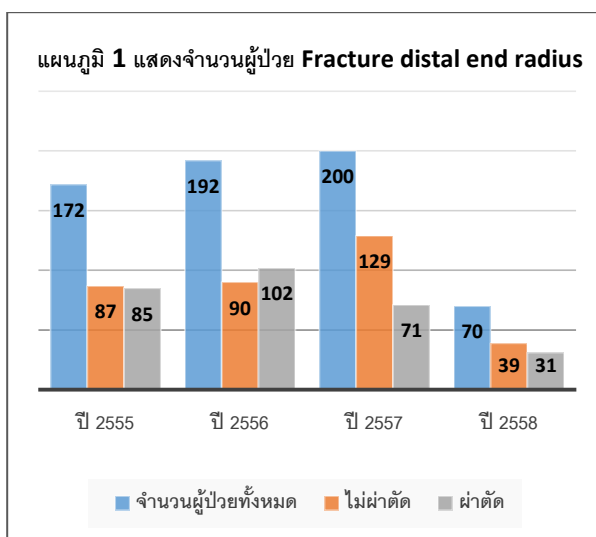
โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
สถานะทางคลินิก	การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนหรือเคลื่อนเล็กน้อย (Non displaced fracture)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด 348 เตียง รับผิดชอบประชากรจำนวน 333,256 คน ในปัจจุบันมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นจำนวนมาก เช่น อุบัติเหตุจราจร การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวนผู้ป่วยกระดูกหักจึงเพิ่มขึ้นเช่นกัน

จากข้อมูลย้อนหลัง ปี 2555 ถึง 2558 จำนวนผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักในจังหวัดชัยนาท (แผนภูมิที่ 1) พบว่าในจำนวนผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักทั้งหมด ประมาณร้อยละ 50 สามารถรักษาได้โดยไม่ต้องผ่าตัด และจากข้อมูลผู้ป่วยกระดูกไหปลาร้าหัก ในช่วงเวลาเดียวกัน (แผนภูมิที่ 2) พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 รักษาได้โดยไม่ต้องผ่าตัด

จากข้อมูลดังกล่าว กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ จึงจัดทำโครงการและคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนหรือเคลื่อนเล็กน้อยขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้ที่ โรงพยาบาลใกล้บ้านได้โดยไม่ต้องเดินทางเข้ามาโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อความสะดวกกับผู้ป่วยเองและเป็นการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านและจะช่วยลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากการส่งต่อโดยไม่จำเป็นอีกด้วย



2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

ประเด็นคุณภาพ	ความเสี่ยงที่สำคัญ
1. ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว 2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	1. ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลเพื่อมารับการรักษาที่ โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร

3. เป้าหมายการพัฒนา

ลดการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพช. ในกรณีที่ไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด

- 1) Fracture distal end radius ให้การส่งต่อลดลง 25% ของปีก่อนหน้า
- 2) Fracture clavicle ให้การส่งต่อลดลง 25% ของปีก่อนหน้า

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- จัดให้มีระบบการปรึกษาทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น Line
- ทิมนำศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ได้จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนหรือเคลื่อนเล็กน้อย โดยมีการประชุมแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

4.2 การคัดกรองและประเมิน

- จัดอบรมแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง
- จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักไม่เคลื่อนหรือเคลื่อนเล็กน้อย

4.3 การตรวจวินิจฉัย

- การตรวจวินิจฉัยได้ถูกต้อง

4.4 การดูแลรักษาและการดูแลต่อเนื่อง

- ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับการรักษา, การปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559 (ต.ค.58-ม.ค.59)
จำนวนผู้ป่วยของ รพช./จำนวนผู้ป่วยที่ส่งมารักษาต่อ (ราย)		86 / 64	52 / 26	20 / 4
1. Fracture distal end radius	ลดลง 25% ของปีก่อนหน้า	74.42	50	20
จำนวนผู้ป่วยของ รพช./จำนวนผู้ป่วยที่ส่งมารักษาต่อ (ราย)		47 / 36	121 / 29	27 / 5
2. Fracture clavicle	ลดลง 25% ของปีก่อนหน้า	76.60	23.97	18.52

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนหรือเคลื่อนเล็กน้อย ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านมากขึ้น
- มีการอบรมแพทย์จบใหม่ถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนหรือเคลื่อนเล็กน้อย โดยจัดให้การอบรมอยู่ในประชุมวิชาการขององค์กรแพทย์
- โครงการออร์โธฯ สัญจร โดยทีมแพทย์ พยาบาลและนักกายภาพบำบัดลงเยี่ยม รพช. ทุกแห่งในจังหวัด

Clinical Tracer Highlight : การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบมีแผลเปิด

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
สถานะทางคลินิก	การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบมีแผลเปิด (Opened Fracture of Long bone)
วันที่ปรับปรุง	12 กุมภาพันธ์ 2559

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 348 เตียง รับผิดชอบประชากรจำนวน 333,256 คน ในปัจจุบัน มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นจำนวนมาก เช่น อุบัติเหตุจราจร ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักแบบมีแผลเปิดจากอุบัติเหตุต่างๆมีมากขึ้น ในปี 2555-2556 มีผู้ป่วยกระดูก Long bone หักแบบมีแผลเปิด จำนวน 600, 703 ราย มีอัตราแผลติดเชื้อ 1.38%, 2.94% ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นการได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ในระยะเวลาอันรวดเร็ว สามารถช่วยลดความสูญเสีย และความพิการที่จะตามมาได้

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

ประเด็นคุณภาพ	ความเสี่ยงที่สำคัญ
1. ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว	1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ รพช. หรือ ขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน
2. ลดการติดเชื้อแผลผ่าตัดของ Open fracture of long bone	2. ยังมีการติดเชื้อแผลผ่าตัด
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม	3. ไม่ได้รับการล้างแผลที่ห้องฉุกเฉินหรือที่ รพช.
4. มีระบบติดตามเก็บข้อมูลการติดเชื้อแผลผ่าตัด	4. ระบบการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแผลผ่าตัดยังไม่ครอบคลุม
5. มีการปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักมีแผลเปิด	2. ยังไม่มีการปฏิบัติตาม CPG ที่ชัดเจน

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. การติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วย Open fracture of long bone ลดลง
2. ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว
3. ผู้ป่วยได้รับการล้างแผล (gross decontamination) ที่ห้องฉุกเฉินหรือที่ รพช.
4. มีการปฏิบัติตาม CPG

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- ทีมนำศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ได้จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักมีแผลเปิด โดยมีการประชุมแพทย์พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ในการประเมิน การดูแล และการจำหน่ายผู้ป่วย
- มีระบบติดตามการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่ห้องตรวจกระดูกและหออผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

- มีการเก็บข้อมูล เวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ เวลาที่ได้รับการผ่าตัด อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด และ อัตราการปฏิบัติตาม CPG

4.2 การคัดกรองและประเมิน

- จัดอบรมแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง
- จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักมีแผลเปิด

4.3 การตรวจวินิจฉัย

- การตรวจวินิจฉัยได้ถูกต้อง

4.4 การดูแลรักษาและการดูแลต่อเนื่อง

- ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับการรักษา, การปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย
- ติดตามการติดเชื้อหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
1. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด Open fracture	< 5%	1.38	2.94	4.91	0.35
2. ระยะเวลาที่เริ่มให้ยาปฏิชีวนะนับตั้งแต่เกิดเหตุ < 3 ชม	>80%	81.94	75.10	73.77	72.05
3. อัตราการล้างแผลที่ห้องฉุกเฉินหรือที่ รพช.	100%	100	100	100	100
4. อัตราการปฏิบัติตาม CPG	100%	100	100	100	100

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยกระดูกหักแบบมีแผลเปิด ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม เพื่อลดการติดเชื้อ โดยเน้นการปฏิบัติตาม CPG ให้มากขึ้น
- พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลแผลติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพโดยร่วมกับงานป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

Clinical Tracer Highlight : การดูแลรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
สถานะทางคลินิก	การดูแลรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Arthroplasty)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 5 คน มีผู้รับบริการที่มีภาวะข้อเสื่อมเป็นจำนวนมากในแต่ละปีและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากประชากรมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น อุบัติการณ์ข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามมา ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการทบทวนความเสี่ยงที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีภาวะติดเชื้อของข้อเข่าจำนวน 2 ราย ในปี 2549 ไม่พบภาวะติดเชื้อของข้อเข่า ตั้งแต่ปี 2550-2557 และพบ 1 รายในปี 2558, มีภาวะ Shock เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทุกปี ในปี 2551-2557 จำนวน 6, 11, 6, 7, 10, 4, 5 ราย จึงมีการทบทวนและปรับปรุงคุณภาพและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

ประเด็นคุณภาพ	ความเสี่ยงที่สำคัญ
1. การประเมินและการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงก่อนผ่าตัดอย่างละเอียด รักษาโรคร่วมและควบคุมได้ดี	1. การควบคุมโรคร่วมไม่ดี/ภาวะเสียเลือดเนื่องจากหยุดยา ASA ไม่นานพอ
2. การวินิจฉัย การตรวจรักษาและการปฏิบัติตาม Care map อย่างถูกต้อง	2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้าในภาวะวิกฤตจากการผ่าตัด
3. บุคลากรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	3. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะ Shock จากการเสียเลือด, ภาวะติดเชื้อจากการผ่าตัด
4. มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย	4. อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย
5. ระบบการติดต่อประสานงานมีประสิทธิภาพ	5. ระบบการประสานงานล่าช้า/ไม่ถูกต้อง
6. พิสัยการงอเข่าหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย และมีความรู้สามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการเกิดซ้ำ	6. ภาวะข้อเสื่อมซ้ำ, การติดเชื้อที่ข้อเข่าเทียม

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครบถ้วนทุกราย
2. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง
3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลไม่เกิน 10 วัน

4. ผู้ป่วยสามารถงอเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา ก่อนจำหน่าย
5. อัตราการปวดเข้าอยู่ในระดับปวดน้อยหรือไม่ปวดก่อนจำหน่าย
6. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้ดีหลังจำหน่าย

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- กำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่จะเข้ารับการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตั้งแต่ OPD/โรงพยาบาลชุมชน
- ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่

4.2 การคัดกรองและประเมิน

- จัดระบบการประเมินความพร้อมและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและติดตามการรักษาภาวะเสี่ยงได้ครบถ้วนครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย
- จัดทำ Care map การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
- พัฒนาระบบการรายงานแพทย์

4.3 การตรวจวินิจฉัย

- การตรวจวินิจฉัยได้ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์มาตรฐาน

4.4 การดูแลรักษาและการดูแลต่อเนื่อง

- พัฒนา/ปรับปรุง Care map ให้เป็นปัจจุบันและครอบคลุมปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครื่องมือให้เพียงพอ
- ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับการรักษา, การปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายและการเตรียมความพร้อมที่บ้าน
- ติดตามประเมินผู้ป่วยในระยะ 6 เดือนแรกหลังผ่าตัดและต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย	0%	2.54 (3/118)	1.72 (2/116)	1.40 (2/143)	2.73 (5/183)
จำนวน Infection Prosthesis of TKA	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	1 ราย
อัตราการเกิดภาวะ Shock หลังผ่าตัด TKA	0%	8.47 (10/118)	3.44 (4/116)	3.49 (5/143)	6.56 (12/183)
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (LOS)	10 วัน	6.69	6.64	6.03	5.67
อัตราการงอเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา ก่อนจำหน่าย	> 80 %	92.37	96.55	92.31	94.53
อัตราการปวดเข้าอยู่ในระดับปวดน้อยหรือไม่ปวดก่อนจำหน่าย	100 %	100	100	100	100

จากตาราง พบว่าอัตราการเกิดภาวะ Shock หลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ทบทวนสาเหตุเกิดจากการปรับเปลี่ยนข้อกำหนดปี 2558 ของภาวะ shock จากเดิมกำหนด 90/60 mmHg เป็น 80/50 mmHg เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนัก และมีความคลาดเคลื่อนของการเฝ้าระวังภาวะ Shock การติดตามตัวชีวิตไม่สม่ำเสมอ ภาระงานมากขึ้น (ในบางวันมีผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 3 - 4 รายติดต่อกัน)

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ติดตามสถิติการเกิดภาวะ Shock หลังผ่าตัดและประชุมแก้ไขปัญหาย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- พัฒนาการปฏิบัติตาม Care map ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยเปอร์เซ็นต์
- อบรมบุคลากรในการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Shock หลังผ่าตัดติดตามสถิติ
- เพิ่มศักยภาพธนาคารเลือดให้สามารถเตรียมชนิดส่วนประกอบของเลือดได้ครบ เช่น Platelet Concentration
- พัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด TKA ให้ได้รายละเอียดครบถ้วน ข้อมูลเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน OR, ตมยา, Recovery Room, Ward และสามารถเก็บข้อมูลได้ถูกต้อง
- ติดตามประเมิน Quality of life ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม