

ลดลงเป็น 5.26 ในปี 2558 ในเรื่อง cardiac arrest พบอัตราไม่พึงประสงค์ลดลง จาก 0.15 ในปี 2556 เป็น 0.12 ในปี 2557 และลดลงเป็น 0.05 ในปี 2558 และยังไม่พบภาวะ Cardiac Arrest ที่ไม่พึงประสงค์ในปี 2559 จากการวิเคราะห์ประเมินหาส่วนขาดและวางแผนพัฒนาต่อในปี 2559 เปรียบเทียบตามความรุนแรง พบว่าระดับ A - B สูงขึ้นจากเดิม จากร้อยละ 42 เป็นร้อยละ 53 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น ส่วนระดับ E มีอัตราที่สูงขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 16.25 เป็น 17.20 แต่ระดับที่รุนแรงมากขึ้นคือ F - I มีแนวโน้มลดลง

สาขาทารกแรกเกิด

⊕ การพัฒนาคุณภาพการป้องกันความเสี่ยงในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ในตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน

กาญจนา อมรทิพย์สกุลพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่านจังหวัดน่าน เขตสุขภาพที่ 1

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การบริหารยาในหอผู้ป่วยเป็นบทบาทของพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลให้ยาถึงตัวผู้ป่วยโดยตรง การบริหารยาเป็นกระบวนการรักษาที่สำคัญและต้องมีการจัดการเพื่อให้มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงกับแผนการรักษาของแพทย์ การบริหารยาทารกแรกเกิดเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย มีความไม่แข็งแรงสมบูรณ์ของโครงสร้างอวัยวะต่างๆ ยิ่งเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด หรือทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยยิ่งต้องให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ แพทย์ต้องมีความละเอียดอ่อนในการคำนวณขนาดยา ส่วนพยาบาลต้องมีความละเอียดอ่อนในการตรวจสอบความถูกต้องก่อนบริหารยา การเตรียมยาอย่างถูกต้องและระมัดระวัง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะบริหารยาและสังเกตอาการทารกขณะและหลังให้ยา พร้อมทั้งตัดสินใจรายงานแพทย์เมื่อทารกมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่ผ่านมาของหอทารกป่วย พบว่า มีการบริหารยาผิดพลาดเกิดขึ้นเป็นอันดับรายชื่อชีวิตทารก 1 ราย แม้จะมีการเฝ้าระวังในทุกขั้นตอนของการบริหารยาแล้วก็ตาม

ดังนั้น หน่วยงานจึงให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการป้องกันความเสี่ยงในการบริหารยา โดยทำการพัฒนาและปรับปรุงระบบการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหน่วยงานให้ครอบคลุม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยทารกแรกเกิดตลอดกระบวนการดูแล **วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน

วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนข้อมูลปัญหาการบริหารยาในตึกทารกป่วย พร้อมทั้งเสนอปัญหาต่อสมาชิกทีมการพยาบาลตึกทารกป่วย เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูง
2. กำหนดรายการยา HAD ที่สำคัญในหน่วยงานร่วมกับทีม PCT โดยมีรายการยา HAD ทั้งหมดรวม 9 รายการ
3. ประสานฝ่ายเภสัชกรรมในการจัดทำสติกเกอร์รายการยา HAD ทุกตัว โดยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ในการติดใบ MAR sheet และ Nurse note เพื่อการติดตามและเฝ้าระวังรายงานแพทย์ได้ทันที
4. PCT นำโดยกุมารแพทย์ จัดทำตารางการคำนวณยา HAD ไว้ในระบบคอมพิวเตอร์โดยระบุน้ำหนักทารกในยาที่ต้องการโปรแกรมจะคำนวณปริมาณยาให้ และสามารถปริ้นออกมาใช้ได้เลย
5. จัดทำแผนภาพ วิธีการผสมยาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และเคยเกิดปัญหาการบริหารยาในหน่วยงาน ได้แก่ ยา Heparin ติดบริเวณที่เตรียมยาเพื่อสะดวกในการนำไปใช้จะได้ไม่เกิดข้อผิดพลาด

ผลการดำเนินงาน

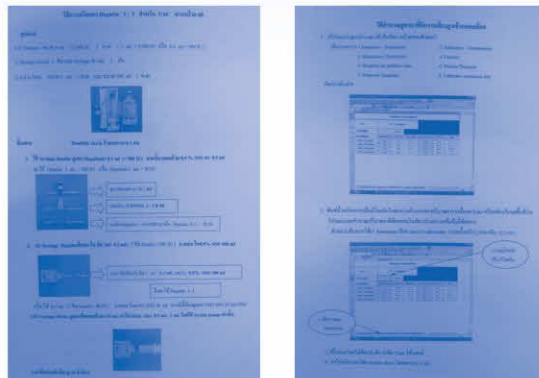
1. ได้แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการบริหารยา HAD ในผู้ป่วยทารกแรกเกิด
2. พยาบาลมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการบริหารยา HAD และการป้องกันความเสี่ยงในการบริหารยา HAD ในผู้ป่วยทารกแรกเกิด
3. ลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยทารกแรกเกิด

อภิปรายผล

1. มีกระบวนการเรียนรู้
2. มีแนวปฏิบัติในการทำงานอย่างชัดเจน
3. มีการพัฒนาระบบงานบริการเป็นทีมสหสาขาสามารถ Safe life ชีวิตทารกได้

ความภาคภูมิใจ เป็นตัวอย่างหรือแนวคิดในการลดความผิดพลาดในการบริหารยาแก่หน่วยงานอื่นได้

ตัวอย่างภาพประกอบติดไว้ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจน
ระดับขั้นตอนและวิธีการใช้งาน เพื่อให้ทำงานง่ายขึ้น



⊕ ปริมาณน้ำนมที่ดวงได้จากการใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้าเปรียบเทียบกับการบีบด้วยมือ ในมารดาที่ทารกไม่ได้ดูดนมจากเต้า โรงพยาบาลน่าน

กาญจนา อมรทิพย์สกุล โรงพยาบาลราชประชานุเคราะห์
ตึกทารกป่วยโรงพยาบาลน่านจังหวัดน่าน เขตสุขภาพที่ 1

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

หัวน้ำนม (Colostrum) เป็นแหล่งอาหารที่สำคัญมากสำหรับทารก เปรียบได้กับวัคซีนหยดแรกของชีวิตปริมาณหัวน้ำนมจะมีใน 2 - 3 วันแรก ประมาณ 10 - 40 มิลลิลิตร การที่จะทำให้มารดามีน้ำนมเพียงพอและสามารถเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ได้ ต้องมีการกระตุ้นส่งเสริมให้มีการสร้างน้ำนมภายใน 2 - 3 วันแรกหลังคลอดการกระตุ้น โดยการนวดประคบเต้านมและการปั๊มน้ำนมจะช่วยให้มารดามีน้ำนมเพียงพอและไหลเร็วขึ้นในหน่วยงาน เครื่องปั๊มนมไฟฟ้ายังมีให้บริการไม่เพียงพอและเจ้าหน้าที่เชื่อว่าการใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้าจะกระตุ้นให้น้ำนมสร้างได้มากกว่าการบีบน้ำนมด้วยมือ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมที่ดวงได้จากการใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้ากับการบีบน้ำนมด้วยมือในมารดาหลังคลอดที่ทารกไม่ได้ดูดนมจากเต้า

รูปแบบศึกษา สถานที่ และผู้ป่วย เป็นการวิจัยเชิงประสิทธิผลรูปแบบ Randomized controlled design ที่หอผู้ป่วยรีเวชและหอผู้ป่วยหลังคลอดและทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน ในมารดาหลังคลอดที่ทารกไม่ได้ดูดนม 3 วันแรกหลังคลอด จำนวน 28 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงพฤษภาคม 2559

การวัดผลและวิธีการ สุ่มมารดาหลังคลอดที่ทารกไม่ได้ดูดนมจากเต้า ให้ใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้า 14 ราย และให้บีบน้ำนมด้วยมือ 14 ราย ติดตามตรวจปริมาณน้ำนม (เป็นมิลลิลิตร) ทุก 3 ชั่วโมง 3 วันติดต่อกัน เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมรวมทั้ง 3 วัน ด้วยสถิติการถดถอยพหุสำหรับข้อมูลกระจายแบบ Poisson

ผลการดำเนินงาน มารดาทั้งสองกลุ่ม มีอายุ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด ประวัติการให้ลูกดูดนมต่างกันเล็กน้อย มารดาที่ใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้า มีปริมาณน้ำนมใน 3 วันแรก น้อยกว่ามารดาที่บีบน้ำนมด้วยมือ 309 ± 260 มิลลิลิตร vs 562 ± 476 มิลลิลิตร) เมื่อปรับความแตกต่างของอายุ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด และประวัติการให้ลูกดูดนมแล้ว มารดาที่บีบน้ำนมด้วยมือมีปริมาณน้ำนมใน 3 วันแรกมากกว่า 345 มิลลิลิตร (95%CI = 324-365, $p < 0.001$)

ดัชนีชี้วัด	ปั๊มไฟฟ้า (n=14)	บีบด้วยมือ (n=14)	ความแตกต่าง	95%CI	P-value
	เฉลี่ย±SD	เฉลี่ย±SD			
ปริมาณน้ำนม (มล)	310±261	563±476	345	324-365	<0.001

อภิปรายผล จากความเชื่อที่ว่า การใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้าจะทำให้ได้ปริมาณน้ำนมที่มากกว่า แต่ผลสรุปจากการวิจัยนี้พบว่า ใน 3 วันแรก การบีบน้ำนมด้วยมือทำให้ได้ปริมาณน้ำนมมากกว่าการใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้า ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรแนะนำให้มารดาหลังคลอดที่ทารกไม่ได้ดูดนมจากเต้าใช้วิธีบีบน้ำนมด้วยมือทุก 3 ชั่วโมง ทุกราย

คำสำคัญ มารดาหลังคลอดทารกป่วยการใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้าการบีบน้ำนมด้วยมือปริมาณน้ำนม

ความภาคภูมิใจ นำผลการวิจัยที่ได้ ประกอบการชี้แจง กระตุ้นให้มารดาและญาติให้เห็นความสำคัญของการบีบน้ำนมด้วยมืออย่างถูกวิธีใน 3 วันแรกที่ทารกไม่ได้ดูดนมจากเต้า ซึ่งส่งผลให้ปริมาณน้ำนมที่สร้างมีปริมาณมากกว่าการใช้เครื่องปั๊มนม

+ Time check

พัชรินทร์ พิระพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 2

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ให้การดูแลผู้ป่วยทารกเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ทารกคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและมีความจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ ยาที่ใช้บ่อย คือ กลุ่ม Aminoglycoside ได้แก่ Gentamicin และ Amikacin มีการบริหารเวลาตามอายุครรภ์และอายุของผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น ผู้ป่วย GA 30 - 34 สัปดาห์ By Ballard score อายุ 0 - 7 วัน ใช้การบริหารยาทุก 36 ชั่วโมง ถ้าอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 8 วัน จะใช้การบริหารยาเป็นทุก 24 ชั่วโมง เป็นต้น ซึ่งยากกลุ่มนี้มีพิษต่อหู ทั้งระบบการทรงตัวและการได้ยิน พิษต่อไต ถ้ามีการบริหารยาคลาดเคลื่อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจมีการสูญเสียการได้ยินและระบบไตเสียหายได้

จากการทบทวนรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา พบเรื่องการบริหารยา Amino-glycoside และ Amikacin ผิดเวลา (Wrong time error) จำนวน 3 ครั้ง ซึ่งเกิดจากการนับเวลาด้วยตนเองผิด มีความยุ่งยาก ต้องใช้เวลาและสมาธิในการนับ ไม่มีการตรวจทวนซ้ำ ทำให้ได้รับยาไม่ตรงตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ จากข้อมูลดังกล่าวจึงได้คิดนวัตกรรม Time check ขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างเครื่องมือที่ช่วยตรวจเวลาการบริหารยา 36 ชั่วโมง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาผิดเวลา (Wrong time error) ในการบริหารยา 36 ชั่วโมง
4. ประหยัดเวลาในการบริหารยา

วิธีดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหาจากความคลาดเคลื่อนทางยา
2. สมาชิกทีมร่วมวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการบริหารยา
3. ประดิษฐ์ตาราง Time check
4. นำเครื่องมือมาทดลองใช้ในห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน เปรียบเทียบระหว่างวิธีการนับด้วยตนเอง และการใช้ Time check
5. นำ Time check มาใช้จริงในหน่วยงาน
6. นำ Time check ไปทดลองใช้ในหน่วยงานกุมารเวชกรรม 3 ห้องยาตึก 50 ปี แม่และเด็ก ห้องยาตึกอายุรกรรม และตอบแบบสอบถามความพึงพอใจประสิทธิภาพของเครื่องมือ Time check

ผลการดำเนินการ

ผลการเปรียบเทียบวิธีการนับด้วยตนเองกับการใช้ Time check โดยพยาบาลวิชาชีพ 12 คน ในห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

	วิธีการนับด้วยตนเอง	การใช้ Time check
ความแม่นยำ	ร้อยละ 75 (9 คน)	ร้อยละ 100
ระยะเวลาคำนวณ	เฉลี่ย 2.40 นาที	เฉลี่ย 1.30 นาที

ผลความพึงพอใจประสิทธิภาพของเครื่องมือ โดยพยาบาลวิชาชีพ 12 คน ในห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ความพึงพอใจประสิทธิภาพของเครื่องมือ	ระดับดี (ร้อยละ)	ระดับพอใช้ (ร้อยละ)	แย่มาก (ร้อยละ)
สะดวก ง่ายต่อการใช้งาน	91.67	8.33	-
ประหยัดเวลา	83.33	16.67	-
ถูกต้องแม่นยำ คลาดเคลื่อนน้อย	100	-	-

ผลความพึงพอใจประสิทธิภาพของเครื่องมือ หน่วยงานกุมารเวชกรรม 3 ห้องยาตึก 50 ปี แม่และเด็ก ห้องยาตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 14 คน

	ระดับดีมาก (ร้อยละ)	ระดับดี (ร้อยละ)	ระดับพอใช้ (ร้อยละ)	ต้องปรับปรุง (ร้อยละ)
สะดวก ง่ายต่อการใช้งาน	50	50	-	-
ประหยัดเวลา	78.57	21.43	-	-
ถูกต้องแม่นยำ คลาดเคลื่อนน้อย	92.86	7.14	-	-
ความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือ Time check	71.43	28.57	-	-

อภิปรายผล หลังจากนำมาใช้งานจริงในห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกี่ยวกับ ความคลาดเคลื่อนทางยาผิดเวลา (Wrong time error) ในการบริหารยา 36 ชั่วโมง สามารถลดระยะเวลาและความยุ่งยากในการคำนวณเวลา มีความแม่นยำ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ห้องยาและเภสัชกร มีความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพเครื่องมือ Time check ในระดับดีและดีมาก คิดเป็นร้อยละ 100 จึงขยายผลและนำไปใช้ในหน่วยงานที่มีการบริหารยา 36 ชั่วโมง ของโรงพยาบาล สามารถตรวจสอบซ้ำได้ด้วยเจ้าหน้าที่ห้องยาและเภสัชกรเมื่อมีการสั่งใช้และเบิกยาจากห้องผู้ป่วยต่างๆ

ความภาคภูมิใจ

1. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
2. นวัตกรรม Time check สามารถใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพในหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการบริหารยา 36 ชั่วโมง

ผลการใช้วิธีหยอดตาแล้วเปิดเปลือกตาค้าง 10 วินาทีต่อการขยายรูม่านตาในทารกแรกเกิด คลอดก่อนกำหนดก่อนตรวจภาวะ ROP

สุภา ปะละไทย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 2

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดจะมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ โรคจอประสาทตาผิดปกติในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity: ROP) แต่สามารถตรวจคัดกรองและรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยการตรวจจอประสาทตาเป็นระยะก่อนการตรวจต้องขยายรูม่านตาให้กว้างเต็มที่โดยใช้วิธีการหยอดตา

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้วิธีหยอดตาแล้วเปิดเปลือกตาค้าง 10 วินาทีต่อการขยายรูม่านตาในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดก่อนตรวจภาวะ ROP

รูปแบบการศึกษา Randomized clinical controlled intervention study

วิธีการศึกษา ศึกษาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 33 สัปดาห์หรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม ที่ต้องได้รับการตรวจ ROP ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 30 ราย โดยการสุ่มอย่างง่ายจับสลากแบบไม่ซ้ำแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มทดลองใช้วิธีการหยอดขยายรูม่านตาที่เตรียมไว้ 1 หยดที่เปลือกตาล่างแล้วเปิดเปลือกตาค้าง 10 วินาทีครั้งเดียว และติดตามการขยายรูม่านตาลงหลังการหยอดทุก 5 นาที จนรูม่านตาขยายเต็มที่กลุ่มควบคุมใช้วิธีการหยอดขยายรูม่านตาที่เตรียมไว้ 1 หยดที่เปลือกตาล่างแล้วปิดเปลือกตาค้าง ทำทุก 5 นาที รวม 4 ครั้งพร้อมติดตามการขยายรูม่านตาลงหลังการหยอดทุก 5 นาที จนรูม่านตาขยายเต็มที่ สังเกตและบันทึกขนาดรูม่านตา วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มด้วยวิเคราะห์ข้อมูลโดย Fisher's exact

ผลการศึกษา ลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนดทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ อายุครรภ์ น้ำหนักตัวแรกคลอดไม่แตกต่างกัน วิธีการหยอดตาทั้ง 2 วิธีทำให้รูม่านตาขยายเต็มที่ในเวลาไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ จากการศึกษาสามารถใช้วิธีการหยอดขยายรูม่านตาที่เตรียมไว้ 1 หยดที่เปลือกตาล่างแล้วเปิดเปลือกตาค้าง 10 วินาทีครั้งเดียว เป็นทางเลือกในการปฏิบัติ เนื่องจากใช้การหยอดตาเพียงครั้งเดียว ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ง่ายและสะดวก รวดเร็ว ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาของทารกแรกเกิด

ความภาคภูมิใจ การขยายงานวิจัยและนำไปใช้ของพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด

คำสำคัญ วิธีการหยอดตา การขยายรูม่านตา ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด

✚ การจัดตั้งคลินิกเบาหวานและโภชนาการเด็กโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อธิพัฒน์ อธิพงษ์อาภรณ์ นายแพทย์ชำนาญการสาขากุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เขตสุขภาพที่ 4

ที่มาและความสำคัญขงปัญหา

โรคอ้วนเป็นปัญหาที่พบได้มากขึ้นในประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จากการรวบรวมข้อมูลฐานข้อมูล 21/43 ในปี 2557 พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 มีผู้ป่วยโรคอ้วนสูงถึง 15.8% ซึ่งมากกว่าในอดีตในทางตรงกันข้าม โรคอ้วนเป็นปัญหาที่บุคลากรการแพทย์มองข้ามเนื่องจากในเวชปฏิบัติต้องการรักษาโรคเฉียบพลันก่อน จากสถิติการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างปี 2555 - 2559 พบว่า มีผู้ป่วยโรคอ้วนจากการบันทึกเวชระเบียน 0.76%, 0.96%, 0.84%, 1.50% และ 3.00% ซึ่งแตกต่างจากการสำรวจจากฐานข้อมูล 21/43 มาก อาจเป็นไปได้ว่าปัญหาโรคอ้วนยังเป็นปัญหาแอบแฝงที่ยังไม่มีคนตระหนักเท่าที่ควรซึ่งผู้ป่วยเด็กที่ขาดการดูแลทางโภชนาการที่เหมาะสม ก็จะมีเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่ตระหนักถึงปัญหาทางโภชนาการและก่อให้เกิดการสูญเสียค่ารักษาในประเทศไทยหลายล้านบาท ยกตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ตั้งแต่วัยเด็ก

เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 มีการจัดตั้งคลินิกเบาหวานและโภชนาการเด็กเกิดขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งต้องการการดูแลทางโภชนาการเช่นกัน และภาวะเสี่ยงไม่โต โดยดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพและ One - stop service เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 โรคอ้วน และภาวะเสี่ยงไม่โตในผู้ป่วยน้อยกว่า 15 ปี ได้แบบ One - Stop Service เป็นองค์รวม รวมถึงรักษาโรคร่วมของผู้ป่วยพร้อมติดตามผลระยะยาว
2. สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน สามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อย 15% ใน 6 เดือนหรือมี %Weight for height ลดลงอย่างน้อย 20 % ใน 6 เดือน หรือสามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อย 10% ใน 12 เดือนมี %Weight for height ลดลงอย่างน้อย 15 % ใน 12 เดือน
3. คัดเลือกผู้ป่วยโรคอ้วนที่น้ำหนักเพิ่มมากที่สุด 5 อันดับแรกเข้าค่ายลดน้ำหนัก 1 สัปดาห์และประเมินผลจากคะแนน Pretest - Posttest มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้นอย่างน้อย 25% และการติดตามน้ำหนักในระยะยาวมีน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้นเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
4. สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 สามารถควบคุมระดับ HbA1C ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 เป็นจำนวนมากกว่า 50% และได้รับการคัดกรอง Micro vascular และ Macro vascular complication 100
5. สำหรับผู้ป่วยเสี่ยงไม่โต ได้รับการหาสาเหตุ 100% และดูแลจนกว่าการเติบโตเป็นปกติ 100%

วิธีดำเนินการ

1. จัดตั้งคลินิกแบบ One - Stop service โดยรวบรวมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กุมารแพทย์ แพทย์ใช้ทุน นักโภชนาการ นักสุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกษัชกร พยาบาล เพื่อวางแผนการทำงานร่วมกัน
2. แบ่งหน้าที่ของแต่ละคนให้ชัดเจน โดยกุมารแพทย์มีหน้าที่ตรวจรักษา จ่ายยา รวมถึงรักษาโรคร่วมทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคอ้วนและภาวะเสี่ยงไม่โต แพทย์ใช้ทุนมีหน้าที่เข้ากลุ่มให้คำปรึกษา นักโภชนาการมีหน้าที่ให้คำปรึกษาทางโภชนาการ นักสุขศึกษามีหน้าที่ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแรงบันดาลใจ เกษัชกรมีหน้าที่สอนและทบทวนการใช้ยาอินซูลิน และพยาบาลมีหน้าที่คัดกรอง นัดหมาย
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย หรือระบบกล้ามเนื้อ จะส่งให้นักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำ
4. ผู้ป่วยที่น้ำหนักเพิ่มมากที่สุด 5 อันดับแรก จะนัดมาเพื่อเข้าค่ายลดน้ำหนักซึ่งจัดในช่วงปิดเทอมและมีการจัดตั้งกลุ่ม Line “ลดน้ำหนัก” เพื่อติดตามน้ำหนักของผู้ป่วยที่เข้าค่ายทุกราย
5. มีกิจกรรมเสริมสร้างแรงบันดาลใจ ได้แก่ มอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่สามารถลดน้ำหนักได้มากที่สุด 3 อันดับ และให้เป็นตัวแทนในการเล่าเรื่องสร้างแรงบันดาลใจให้กับเด็กคนอื่น มีการประสานกับหน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อลงไปให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในเด็กวัยเรียนตามโรงเรียนต่างๆ ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบรวมถึงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาโรคอ้วนทั้งครอบครัว
6. สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 รายใหม่จะได้รับการปรับยา Insulin แบบผู้ป่วยใน และส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อให้ความรู้ในช่วงปิดเทอมที่โรงพยาบาลศิริราช หรือโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ทุกรายและมีการจัดตั้งกลุ่ม Line “เบาหวานเด็กอยุธยา” เพื่อให้ข้อมูลและให้คำปรึกษานอกเวลาโดยกุมารแพทย์

อภิปรายผล

1. ในช่วงเวลา 1 ปีหลังจากตั้งคลินิก มีผู้ป่วยโรคอ้วนในคลินิก จำนวน 50 รายเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 8 ราย และภาวะเสี่ยงไม่โตจำนวน 40 ราย



2. ผู้ป่วยโรคอ้วนเมื่อติดตามในคลินิกช่วงเวลา 6 เดือน สามารถมีน้ำหนักลดลง 40% และ % Weight for height ลดลง 60%
3. ผู้ป่วยโรคอ้วนเมื่อติดตามในคลินิกช่วงเวลา 12 เดือนน้ำหนักลดลง 20% และ % Weight for height ลดลง 40%
4. มีการจัดค่ายลดน้ำหนักครั้งที่ 1 ในเดือนตุลาคม 2559 และครั้งที่ 2 เดือนเมษายน 2560 ผลคือน้ำหนักผู้เข้าค่ายลดลงของ ค่ายที่ 1 เฉลี่ย 1.82% และค่ายที่ 2 ลดลงเฉลี่ย 3.12% ในเวลา 5 วัน และคะแนน Pretest - Posttest ของค่ายที่ 1 เพิ่มขึ้น 16.67% และค่ายที่ 2 เพิ่มขึ้น 15.55% มีการติดตามพฤติกรรมกรรมการคุมอาหารและออกกำลังกายจาก Line group ซึ่งมีผู้ป่วย ผู้ปกครอง แพทย์ นักโภชนาการ และนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ให้คำแนะนำและให้กำลังใจติดตามอาการทุก 1 - 2 เดือน

ความภาคภูมิใจ

1. สามารถดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และเลี้ยงไม่โต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคที่มักถูกละเลยขาดการดูแล ต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน สามารถเชื่อมโยงได้ตั้งแต่ระบบปฐมภูมิสู่ระบบตติยภูมิ และสามารถบรรลุผล จากตัวชี้วัดได้
2. สามารถดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวได้จากบุคลากรที่มีอยู่เดิม และทรัพยากรด้านยาที่มีอยู่เดิมให้เกิดผลดีกับการรักษาผู้ป่วย ได้มากขึ้นเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

PICC Line

สมใจ เชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปทุมธานีจังหวัดปทุมธานี เขตสุขภาพที่ 4

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปทุมธานีทุกรายต้องได้รับการรักษาด้วยการ ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (TPN) ซึ่งประกอบด้วยสารอาหารหลายชนิดและมีความเข้มข้นสูง มีโอกาสสูงที่จะทำลายเนื้อเยื่อ เมื่อมีการรั่วออกนอกเส้นเลือดในขณะเดียวกัน พบว่า Phlebitis grade 4 เริ่มพบมากขึ้นในทารกที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ อีกทั้งเมื่อเกิดการรั่วออกนอกเส้นเลือดมีการทำลายผิวหนังและเนื้อเยื่อของทารกอย่างรุนแรง เนื่องจากทารกมีเนื้อเยื่อที่บางและกล้ามเนื้อ ก็น้อยเพียงเล็กน้อย ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น กลุ่มงาน PCT กุมารเวชกรรมร่วมหาแนวทางแก้ไขทำให้มีการนำหลักการ PICC Line มาเป็นตัวเลือกในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่เนื่องจากเป็นหลักการใหม่ซึ่งไม่เคยทำในโรงพยาบาลปทุมธานี ทำให้ยังไม่มีการแพทย์ทำ หลักการชนิดนี้ อีกทั้งทีมเจ้าหน้าที่ยังไม่เคยเตรียมและช่วยปฏิบัติหลักการ และหลักการ PICC Line ต้องใส่สายสวนเส้นเลือดเข้าไปในตัว ทารกซึ่งมีความยากลำบากจึงไม่มีการแพทย์ทำในทารกชนิดดังกล่าว (PICC Line เป็นการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในหลอดเลือดดำ ส่วนกลางจากตำแหน่งที่ห่างออกมาจากหัวใจ โดยให้ปลายสายสวนอยู่ตำแหน่งของ Superior vena cava และมีอายุการใช้งานนาน กว่า UVC และ UAC line) อีกทั้งยังสามารถให้ได้ในทารกที่มีปัญหาเรื่องท้องอืด/NEC)

จากสถิติที่ผ่านมาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิดที่เกิด Phlebitis ในช่วง เดือนตุลาคม 2558 - มีนาคม 2559 พบผู้ป่วยมีการเกิด Phlebitis grade 4 จำนวน 5 ราย จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อีกทั้ง ยังสูญเสียงบประมาณในการรักษาสูงขึ้นทีม PCT กุมารเวชกรรม จึงเชิญอาจารย์แพทย์ทารกแรกเกิดมาให้ความรู้ สาธิตวิธีทำ หลักการ PICC Line และผู้ที่เป็บุคคลสำคัญในการทำ PICC Line คือ พยาบาล เนื่องจากต้องเป็นผู้แทงเส้นเลือดทารกจาก Peripheral Vein ดังนั้น พยาบาลที่เข้าปฏิบัติหลักการ PICC Line ต้องมีทักษะและความชำนาญ จึงได้จัดทำเรื่องสื่อให้คำแนะนำในการทำหลักการ PICC Line เพื่อให้ทราบถึงวิธีปฏิบัติและขั้นตอนเมื่อต้องทำ PICC Line ร่วมกับกุมารแพทย์ และเพื่อเป็นสื่อการให้คำแนะนำ เมื่อจำ ขั้นตอนการปฏิบัติไม่ได้ เนื่องจากเป็นหลักการใหม่ในโรงพยาบาลปทุมธานี อีกทั้งใช้เสริมสร้างความรู้และกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก ถึงความสำคัญของการทำหลักการ PICC Line เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิดมีความรู้ความเข้าใจถึงวิธีการทำหลักการ PICC Line
2. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิดทราบถึงทักษะและวิธีปฏิบัติ เมื่อต้องทำหลักการ PICC Line

วิธีดำเนินการ เมษายน 2559 เมื่อพบว่าทารกที่ได้รับ TPN ทางหลอดเลือดดำเกิด Phlebitis grade 4 จำนวน 4 ราย ซึ่งในทารกแรกเกิด คลอดก่อนกำหนด แผลเพียงเล็กน้อยก็ดูรุนแรง เนื่องจากทารกไม่มีกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการปวดการฉีดยา

3 พฤษภาคม 2559 เชิญกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดและพยาบาล จากโรงพยาบาลสระบุรี มาแนะนำและสอนทำหลักการ PICC Line ได้จัดทำ Clip VDO และนำมาทำเป็นคู่มือในการทำหลักการ PICC Line

ผลการดำเนินการ กันยายน 2559 เริ่มมีการทำหลักการ PICC Line เป็นรายแรก ใช้เวลาในการทำหลักการประมาณ 1 ชั่วโมง สามารถ ปฏิบัติได้อย่างค่อนข้างลำบาก หลังจากนั้นภายในปี 2559 สามารถทำหลักการ PICC Line 7 ราย โดยประสบความสำเร็จทุกราย

ตุลาคม 2559 – เมษายน 2560 สามารถทำหัตถการ PICC Line 17 ราย โดยประสบความสำเร็จ 16 รายและไม่ประสบความสำเร็จ 1 ราย เนื่องจากเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด มีภาวะ BPD

ปี พ.ศ.	Mortal (%)	BPD (%)	ETT (วัน)	INC (วัน)	NICU (วัน)
2555	14.3	7.15	13.44	33.79	32.08
2556	15.39	42.86	35.92	46.68	55.08
2557	21.87	18.75	34.48	43.86	60.30
2558	13.8	24.1	21.68	35.65	41.55

ในการช่วยแพทย์ทำหัตถการ PICC Line เจ้าหน้าที่ที่สามารถทำหัตถการร่วมกับแพทย์ได้ทั้งหมด 6 ท่าน อีก 10 ท่าน สามารถเป็นผู้ช่วยเหลือได้ โดยนอกจากจะใช้คู่มือในการช่วยปฏิบัติการแล้วในครั้งแรกของการทำหัตถการ PICC Line มีเจ้าหน้าที่ท่านอื่นที่สามารถปฏิบัติได้ก่อนร่วมเข้าทำหัตถการด้วย เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหัตถการ PICC Line

ภายในเมษายน 2560 คาดหวังว่า เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสามารถเข้าทำหัตถการ PICC Line กับแพทย์ได้ทุกท่าน

อภิปรายผล ภายหลังการทำหัตถการ PICC Line เพิ่มขึ้น จึงเริ่มฝึกเจ้าหน้าที่ให้สามารถเข้าทำหัตถการกับแพทย์ได้เพิ่มขึ้น โดยให้ฝึกเป็นผู้ช่วยก่อนเพื่อให้สังเกตและเรียนรู้ขั้นตอนการปฏิบัติหัตถการ เมื่อสามารถช่วยเตรียมได้ถูกต้อง จึงเริ่มให้เป็นผู้ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ PICC Line โดยมีเจ้าหน้าที่ที่สามารถปฏิบัติหัตถการได้เป็นผู้กำกับ/ดูแลอยู่ใกล้ๆ ปัจจุบัน สามารถช่วยแพทย์ทำหัตถการ PICC Line ได้ทั้งสิ้น 6 ท่าน จาก 16 ท่าน คิดเป็น 37.5 %

การที่ทารกได้รับ TPN ทำให้ จำนวนวันนอนของทารกใน Incubator และ NICU มีแนวโน้มลดลง

ความภาคภูมิใจ พยาบาลมีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดการทำหัตถการ PICC Line เนื่องจากกุมารแพทย์ยังไม่ชำนาญ อีกทั้งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการทำหัตถการ เนื่องจากต้องช่วยหาเส้นเลือดและ Insert Insyte เพื่อเป็น Guide ในการใส่ PICC Line เพราะถ้าไม่สามารถหาเส้นเลือดและไม่สามารถ Insert Insyte ก็จะไม่สามารถปฏิบัติหัตถการนี้สำเร็จได้

+ **การพัฒนาการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี**

ดวงพร โสภิตลาภธนา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีอุบัติการณ์ใกล้เคียงกันทั่วโลกประมาณ 6 - 8 ราย ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต พบว่า เป็นโรคหัวใจชนิดไม่เขียวประมาณ ร้อยละ 65 และโรคหัวใจชนิดเขียว ร้อยละ 35 อาการแสดงของโรคหัวใจมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของแต่ละโรค ทารกที่มีอาการรุนแรงจะแสดงอาการตั้งแต่ภายหลังคลอดได้ไม่นาน ซึ่งสามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้ทันที แต่ทารกบางรายมีอาการน้อยในช่วง 48 ชั่วโมงแรกเกิด ทำให้กุมารแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นได้ หากทารกไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนกลับบ้าน ทารกจะมีความเสี่ยงต่อระบบหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตที่บ้านได้ โดยมีรายงานการเสียชีวิตจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณร้อยละ 10 - 30 เป็นการเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ ปี 2557 โรงพยาบาลสระบุรี เริ่มมีการใช้ Pulse oximetry ในการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด โดยตรวจคัดกรองในทารกที่อายุมากกว่า 24 ชั่วโมงก่อนกลับบ้าน ช่วยให้แพทย์ให้การวินิจฉัย เตรียมการรักษา และดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ทารกเหล่านี้มีโอกาสเข้ารับการรักษาเฉพาะ มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

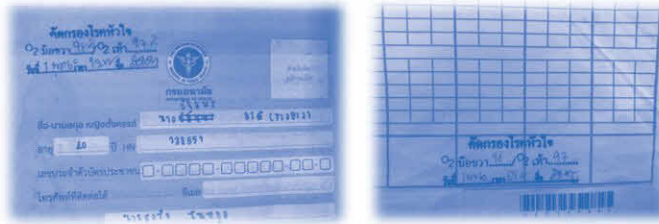
1. ทารกแรกเกิด ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงมากกว่า ร้อยละ 90
2. ทารกที่คัดกรองแล้ว ผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม ร้อยละ 100

วิธีดำเนินการ

1. จัดทำแนวทางการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง
2. อบรมชี้แจงแนวปฏิบัติ กุมารแพทย์ พยาบาลสูติกรรมหลังคลอด NICU SNBU ดำเนินการทดลองปฏิบัติระยะเวลา 3 เดือน จากนั้นทบทวน ปัญหาอุปสรรคแก้ไข
3. กำหนดเป็นนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Service Plan) สาขาทารกแรกเกิด และขยายให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดสระบุรี
4. จัดอบรมวิชาการ เรื่อง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวในทารกแรกเกิดและการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด โดยการใช้ Pulse oximetry



5. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมความรู้พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ในการดูแลทารกแรกเกิด ผ่าตัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง และฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด SNBU โรงพยาบาลสระบุรี ปีละ 1 ครั้ง (อบรม 2 - 4 วัน/ปี)
6. นิเทศงานโรงพยาบาลชุมชน ค้นหา ปัญหาอุปสรรคและร่วมหาแนวทางแก้ไข ปีละ 1 ครั้ง (นิเทศงาน 4 วัน/ปี)
7. จัดทำคู่มือ แนวทาง สื่อการสอน กำหนดแนวทางการสื่อสารในจังหวัดสระบุรีโดยทารกที่ได้รับการคัดกรองต้องมีการลงค่าออกซิเจนเปรียบเทียบกับคัดกรอง ระบุชื่อพยาบาลผู้คัดกรองไว้ที่สมุดสุขภาพ (สมุดสีชมพู) และเวชระเบียน (หน้าฟอร์มปรอท) (ภาพที่ 1, 2)



8. กำหนดแนวทางการติดตามทารกที่คัดกรองแล้วผลผิดปกติ ต้องมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลสระบุรี ด้วย Echocardiogram

9. ติดตาม กำกับแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง โดยมีแบบรายงานที่โรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี ต้องรายงานไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีทุก 3 เดือน (ภาพที่ 3)

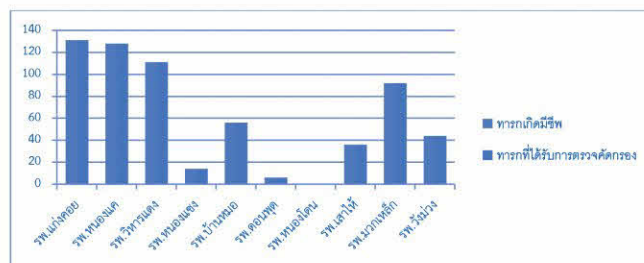
แบบเก็บข้อมูลการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว
จังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2560

โรงพยาบาล	จำนวนทารกเกิดมีชีพ	จำนวนทารกที่ได้รับการคัดกรอง	ปกติ (จำนวน)	ผิดปกติ (จำนวน)	Refer พบ.สระบุรี (จำนวน)	ผู้ปรับ Refor (ระบุชื่อ - นามสกุล - หมู่ ทุก ราย)
รพ.สระบุรี(A1)						
รพ.พหลโยธิน(41)						
รพ.แก่งคอย(F2)						
รพ.หนองแค(F2)						
รพ.วิภาวดี(F2)						
รพ.หนองเสือ(F2)						
รพ.บ้านหมอ(F2)						
รพ.คลองหลวง(F2)						
รพ.หนองเสือ(F2)						
รพ.บ้านไผ่(F2)						
รพ.วังน้อย(F2)						
รพ.ลาดหลุมแก้ว(F2)						
รพ.วังน้อย(F2)						
รวม						

ผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคหัวใจพิการในโรงพยาบาลสระบุรี ปี 2558 - 2560 (6 เดือน)

รายการ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560 (6เดือน)
จำนวนทารกเกิดมีชีพ	4,559	4,436	2,148
จำนวนทารกที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจ	4,218	4,109	1,983
ร้อยละ	92.52	92.62	92.32

ผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคหัวใจพิการในโรงพยาบาลชุมชน (F2, F3 จังหวัดสระบุรี ปี 2560 (6 เดือน)



อภิปรายผล ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ปี 2558 - 2560 (6 เดือน) คิดเป็น ร้อยละ 92.52, 92.62, 92.32 ที่ไม่ได้รับการคัดกรอง มีจำนวน 341, 327, 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.48, 7.38, 7.68 เนื่องจากทารกเหล่านี้ มีอาการหนัก ต้องเข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด NICU โดยทารกเหล่านี้จะได้รับการตรวจร่างกายและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอย่างละเอียด เช่น การตรวจ Echocardiogram และเมื่อพบว่าเป็นโรคหัวใจจะได้รับการจัดการการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม เช่น การให้ยา การผ่าตัด กรณีที่การเจ็บป่วยเกินศักยภาพของโรงพยาบาลสระบุรี สามารถเตรียมการส่งต่อไปรักษาได้ทัน นอกจากนี้ยังมีการกำหนดแนวทางการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมในกรณีคัดกรองผิดปกติ แต่จากการดำเนินงานยังไม่พบทารกที่คัดกรองแล้วผิดปกติ

โรงพยาบาลสระบุรีขยายการตรวจการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถคัดกรองได้ โดยสามารถคัดกรองได้ร้อยละ100 เนื่องจากมีการสนับสนุนครุภัณฑ์จากผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรมีความใส่ใจ มีความต่อเนื่องในการพัฒนา และโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการส่งเสริมการเรียนรู้ นิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ

ความภาคภูมิใจ

1. การพัฒนางานประจำสามารถต่อยอดขยายในเครือข่ายจังหวัดและเครือข่ายระดับเขต
2. ทารกแรกเกิดได้รับบริการที่มีคุณภาพ

➕ ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

อรสา ปิ่นแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา เขตสุขภาพที่ 6

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลท่าตะเียบเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่ายประมาณ 100 กิโลเมตร มีสถิติทารกหลังคลอด ปี 2558 – 2559 = 219, 240 รายตามลำดับ พบภาวะ Neonatal jaundice เฉลี่ยร้อยละ 10.81 (25 และ 14 ราย) ทำให้มารดาเกิดภาวะวิตกกังวล ทารกได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายของมารดาและทำให้ระยะเวลาวันนอนยาวขึ้น จากการวิเคราะห์ พบว่า สาเหตุการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลท่าตะเียบเกิดจาก Pathology ร้อยละ 8.10 จาก G6PD, ABO incompatibility, Pre-term และเกิดจาก Physiology ร้อยละ 91.90 แยกเป็นกลุ่มทารกที่น้ำหนักน้อย ร้อยละ 7.40 เป็นกลุ่มมารดา Teenage pregnancy ร้อยละ 25.27 ซึ่งจะมีน้ำหนักยังมาน้อยใน 1 - 2 วันแรก และไม่ได้มีระบบการประเมินการไหลของน้ำนมที่ชัดเจน ในวันแรกจะเริ่มประเมิณก่อนกลับบ้าน จึงทำให้ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะตัวเหลืองได้ ร่วมกับมารดาขาดความพร้อมในการดูแลบุตร ส่งเสริมให้เกิดภาวะตัวเหลืองส่วนในกลุ่มมารดาที่ไม่ใช่กลุ่ม Teenage pregnancy ร้อยละ 74.73 จะมีปัญหาเรื่องน้ำหนักมาช้า ไม่ได้รับการกระตุ้นในการให้นมบุตร เนื่องจากความอ่อนแอของมารดา รวมถึงไม่มีระบบการประเมินการไหลของน้ำนม การกระตุ้นและการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจจากเจ้าหน้าที่ ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมา ทำให้งานผู้ป่วยใน จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีดำเนินการ

1. จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เพื่อทำความเข้าใจในความสำคัญของปัญหา และให้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง
2. เลือกประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงหลังคลอดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลท่าตะเียบ จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – มีนาคม 2560
3. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

ผลการดำเนินการ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
1	อัตราการเกิด Neonatal jaundice	<10	15.98	15.41	3.73
2	อัตราการส่งต่อด้วย Neonatal jaundice	<2	0	0	0

อภิปรายผล ผลการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า อัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดและส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ความภาคภูมิใจ จากผลการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากผลการดำเนินงานทำให้เห็นว่า การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจังและมีแผนการดูแลที่ชัดเจนทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทำให้บรรยากาศการทำงานมีความอบอุ่นและผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

➕ การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารก VLBW สไตล์ ICU PED โดยการมีส่วนร่วมของบิดามารดา

นุสรา ภาชิต
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เขตสุขภาพที่ 6

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีจำนวนเตียงในทารกแรกเกิดวิกฤต 12 เตียง และจำนวนเตียงทารกแรกเกิด 15 เตียงปี พ.ศ. 2557 และปี พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา จำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม (VLBW) เพิ่มขึ้นจาก 40 ราย เป็น 46 ราย ทารกกลุ่มนี้ได้รับการรักษาในหน่วยงานทารกแรกเกิดวิกฤต และให้การดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลจนแข็งแรงพร้อมที่จะจำหน่ายกลับบ้านในอีกระยะหนึ่ง ทารกส่วนหนึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย จากข้อมูลปี 2558 ที่ผ่านมา พบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน

28 วันเท่ากับ 8.33% ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลต่อเนื่องที่ไม่ถูกต้อง 5.56% จากการทบทวนข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า บิดามารดาของทารกมีส่วนร่วมในการดูแลขณะป่วยอยู่น้อยทารกกลุ่มนี้จึงต้องได้รับคำแนะนำ และให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมดูแลเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพราะหากให้ทารกกลับบ้านโดยที่ไม่เตรียมความพร้อมอาจเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นทางหน่วยงานจึงมีการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารกกลุ่มนี้ ในปี 2559 ซึ่งจากเดิมคือมีเพียงอธิบายอาการของทารกเมื่อบิดามารดามาเยี่ยม และแนะแนวทางการดูแลหลังจำหน่ายก่อนกลับบ้านในวันที่แพทย์อนุญาตกลับบ้านมาเป็นเตรียมความพร้อม โดยทำการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในหน่วยงานทารกแรกเกิดวิกฤตจนจำหน่ายกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารก VLBW ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ทารกได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างถูกต้องหลังจำหน่าย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล
3. ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย

แนวทางการดำเนินงาน

ประชุมชี้แจงร่วมกันในหน่วยงาน ทบทวนข้อมูลที่ผ่านมา และกำหนดแนวทางเพื่อปรับแผนการจำหน่ายร่วมกัน คือ เมื่อทารกพ้นจากภาวะวิกฤต จะเริ่มวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลักการของการมีส่วนร่วม และใช้แนวทางการดูแลทารกโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับทารกและครอบครัว โดยใช้หลักการ ICU PED ได้แก่

I = Information ให้รายละเอียดเกี่ยวกับอาการ การดูแลทารกกับบิดา มารดา ของทารก

C = Care of bedside แนะนำและสนับสนุนให้บิดา มารดาดูแลทารกข้างเตียง รวมทั้งการให้นมแม่

U = Usually ให้มีการปฏิบัติเป็นประจำและสม่ำเสมอ

P = Practice เมื่อทารกสามารถย้ายมาอยู่ห้องทารกป่วยได้ ให้มารดามาย่อยเพื่อหัดเลี้ยงทารก

E = Evidence base มีการให้ความรู้ คำแนะนำมารดา โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์

D = Demonstration สาธิตการปฏิบัติการดูแลทารกโดยพยาบาลประจำหน่วยงาน เช่น การอาบน้ำ การให้นมแม่ การนวดตัวทารก การวัดไข้ เป็นต้น

ผลการดำเนินงาน

1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงจาก 8.33 % เป็น 3.33 % (2558 - 2559) ตามลำดับ
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลต่อเนื่องที่ไม่ถูกต้องในปี 2559

ประโยชน์การนำผลงานไปใช้ นำไปเผยแพร่ในเครือข่ายการดูแลทารกแรกเกิดในทุกระดับได้ โดยปรับตามบริบทของแต่ละสถานบริการ
แผนการพัฒนาต่อเนื่อง สร้างไลน์เครือข่ายระหว่างมารดาของทารกและพยาบาลของหน่วยงาน เพื่อปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลยิ่งขึ้น

ความภาคภูมิใจ



➕ การพัฒนา Newborn Network #6 สู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์

นุสรา ภาจิต

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เขตสุขภาพที่ 6

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด ได้รับการจัดตั้งให้เป็น 1 ใน 5 สาขาที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ โดยความร่วมมือกับโรงเรียนแพทย์ ในการนี้สาขาทารกแรกเกิดได้ทำความร่วมมือกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในด้านปัญหาการส่งต่อนอกเขตสุขภาพที่สำคัญของสาขา ได้แก่ การรักษา ROP เนื่องจากแพทย์ที่รักษา ROP ในเขตสุขภาพมีไม่เพียงพอ และทารกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องได้รับการผ่าตัด เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางที่ผ่าตัดหัวใจภายในเขตสุขภาพ ซึ่งทางสาขาทารกแรกเกิดได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาจากโรงพยาบาลจุฬาฯ นอกจากนี้ทางสาขายังได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลการดำเนินงานแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพในทุกไตรมาส และมีการเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำหน้างานโดยอาจารย์กุมารแพทย์ที่ปรึกษาจากโรงพยาบาลจุฬาฯ ที่หน่วยงานทารกแรกเกิดของแต่ละจังหวัด โดยมีการจัดภายใน 8 จังหวัดของเขตสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกแรกเกิดภายในเขตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ พัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์

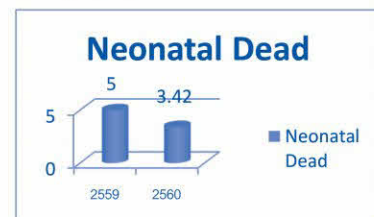
วิธีการดำเนินงาน

1. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 6 ทุก 3 เดือน เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานการดูแลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 ให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนเพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาร่วมกัน ซึ่งจัดเป็นประจำทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน โดยจัดสัญจรไปทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 แต่มีการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ โดยเชิญอาจารย์กุมารแพทย์ที่ปรึกษาจากโรงพยาบาลจุฬาฯ เข้าร่วมประชุมให้คำแนะนำในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงผลการดำเนินงานแต่ละจังหวัด เพื่อแชร์กระบวนการที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการตรวจเยี่ยมหน้างานแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อให้คำแนะนำการดูแลตามสถานการณ์จริงและบริบทที่เป็น โดยเริ่มปลายปี พ.ศ. 2559

2. สร้างปัญหาแนวทางการดูแลผ่านไลน์กลุ่มเครือข่ายทารกแรกเกิด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

ผลการดำเนินงาน

1. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างจังหวัด จากผลการดำเนินการดูแลทารกแรกเกิดแต่ละไตรมาส มีการแชร์แนวทางร่วมกันในจังหวัดที่เกิดผลลัพธ์ที่ดี
2. ปรับเปลี่ยนเพื่อการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิด ในบริบทของแต่ละสถานบริการที่ไม่มีกุมารแพทย์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. อัตราตายทารกแรกเกิด 0 - 28 วันลดลง



อภิปรายผล การประชุมคณะกรรมการสาขาทารกแรกเกิดทุก 3 เดือนจากเดิมที่มีอยู่ และเพิ่มความรู้ด้านวิชาการจากอาจารย์กุมารแพทย์ที่ปรึกษาโรงพยาบาลจุฬาฯ ทำให้เกิดการเรียนรู้สู่พัฒนาการการดูแลทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ความภาคภูมิใจ มากกว่าทีมงานการเป็นเครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามนโยบายที่ควรทำ คือ ความผูกพันอันที่พี่น้องของเรา Newborn Network #6 ในการปรึกษาปัญหา ให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้ทุกเรื่องในการทำงานแบบสหวิชาชีพ ไม่เพียงเฉพาะสิ่งที่ถูกกำหนดให้ตามนโยบายเท่านั้น จึงทำให้ทีมทารกแรกเกิดของพวกเรามีความเข้มแข็งมาก

➕ การพัฒนาระบบสารสนเทศการดูแลทารกแรกเกิด เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 7

คณะกรรมการสาขาทารกแรกเกิด

ศูนย์ทารกแรกเกิด โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 7

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้โรงพยาบาล หรือหน่วยงานสามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีระบบสารสนเทศที่ดีจะช่วยให้การนำสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการและการให้บริการอย่างถูกต้อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด กำหนดให้ต้องมีการเก็บตัวชี้วัดการให้บริการทารกแรกเกิดทั้งหมด 46 ตัวชี้วัดและต้องรายงานผลทุก 3 เดือน ซึ่งหน่วยบริการสาขาทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 7 เดิมมีการบันทึกข้อมูลแตกต่างกันออกไปแต่ละโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลขอนแก่นประยุกต์ใช้โปรแกรม Epi info สร้างแบบเก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูลแต่ก็มีข้อจำกัดในการใช้ข้อมูล ไม่สามารถเรียกดูข้อมูลแบบ Real time บางโรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูล โดยบันทึกเป็นเอกสารซึ่งไม่สะดวกในการใช้งาน

ไม่ทันต่อเวลา ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งาน ไม่สะดวกในการเข้าถึง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลและระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ได้มาตรฐาน สามารถประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความแม่นยำไม่ว่าจะเข้าถึงข้อมูลจากเครื่องคอมพิวเตอร์เครื่องใดๆ มีการรายงานผลแบบ Real time (Report) และปรับรูปแบบตามผู้เข้าชมได้อย่างมีประสิทธิภาพและสวยงาม อีกทั้งเข้าถึงง่ายไม่ต้องติดตั้ง Software เพิ่มเติมให้ยุ่งยากบันทึกเปลี่ยนแปลงและบริหารข้อมูลได้ในทุกที่ ทุกเวลาปราศจากปัญหาเรื่อง Version Conflict ด้วย Live Data Collaboration (LDC)

ศูนย์ทารกแรกเกิดโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นแม่ข่ายในการพัฒนาจึงได้มีการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลโดยสร้างโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 7 แบบออนไลน์ (Newborn Registry) ในปีงบประมาณ 2559 ภายใต้แนวคิดที่ว่า “ร่วมสร้าง ร่วมใช้ ร่วมแก้ไข ร่วมพัฒนา” ที่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลออนไลน์เข้ากับฐานข้อมูลโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่ายระดับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ดี มีความน่าเชื่อถือ โดยพิจารณาจากความถูกต้องแม่นยำ ความสมบูรณ์ครบถ้วนทันต่อเวลา มีระบบรายงานผลข้อมูลแบบ Real time มีความคุ้มค่า ลดภาระการบันทึกข้อมูล ตรวจสอบได้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งาน สะดวกในการเข้าถึง และมีความปลอดภัย สามารถส่งออกรายงานข้อมูลได้เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามกำกับ การให้บริการมีประสิทธิภาพสูงสุด ง่ายต่อการตัดสินใจวางแผนการดำเนินงาน ให้เกิดการพัฒนาก้าวหน้าต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลทารกแรกเกิด Newborn Registry เขตสุขภาพที่ 7 ให้เป็นรูปแบบเดียวกัน
2. เพื่อพัฒนาระบบการรายงานข้อมูลสารสนเทศทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 7 ให้เป็นแบบ Real time
3. เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเครือข่ายสามารถลงข้อมูลใน Newborn Registry ได้อย่างถูกต้อง

วิธีดำเนินการ

1. ประชุมคณะกรรมการเครือข่ายการบริการทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อรับฟังปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางแก้ปัญหา ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 7 และชี้แจงตัวชี้วัด สาขาทารกแรกเกิดทุกตัวชี้วัดและชี้แจงแนวทางร่วมกันและกำหนดแนวคิดของระบบจัดเก็บข้อมูลทารกแรกเกิดในเขตสุขภาพที่ 7 ในคอมพิวเตอร์เป็นแบบออนไลน์ โดยกำหนดเป็นนโยบายสาขาทารกแรกเกิด เพื่อให้ปฏิบัติร่วมกันทั้งเครือข่าย
2. การกำหนดข้อมูลสารสนเทศ โดย
 - 1) จัดตั้งคณะทำงานเพื่อรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริงที่ต้องการที่ต้องการนำเข้าสู่ระบบอยู่ในรูปของตัวเลข ตัวอักษร หรือรูปภาพให้ครอบคลุมตัวชี้วัดที่ต้องการทั้งหมดทุกตัว
 - 2) พัฒนาโปรแกรมเพื่อรับส่งข้อมูล โดยใช้ระบบ Web service เพื่อลดการลงทุนด้าน Hardware ในแต่ละสาธารณสุขจังหวัด
3. บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
 - 1) ประชุมระดมสมองทีมนักวิเคราะห์ระบบ โปรแกรมเมอร์จากทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อกำหนดชุดคำสั่งที่ทำให้คอมพิวเตอร์ทำงานตามความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ
 - 2) ประชุมชี้แจงและฝึกทักษะในการติดตั้งโปรแกรมให้เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลให้กับนักวิเคราะห์ระบบหรือโปรแกรมเมอร์ของแต่ละโรงพยาบาล
 - 3) ประชุมชี้แจงและฝึกทักษะในการลงบันทึกข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่มีหน้าที่บันทึกข้อมูลหรือผู้กำกับดูแลระบบสารสนเทศ
 - 4) จัดระบบช่องทางการสื่อสารภายในเครือข่ายโดยใช้ Line Group
4. กระบวนการทำงาน คือ ขั้นตอนการทำงานเพื่อให้ได้สารสนเทศที่ต้องการ มีการสมัครสมาชิก กำหนดรหัสการเข้าใช้งานแต่ละหน่วยงานเพื่อรักษาความปลอดภัย กำหนดเครื่องที่จะเชื่อมระบบเข้าสู่ฐานข้อมูลเขต
 - 1) การนำเข้าข้อมูล แต่ละโรงพยาบาลไปจัดระบบการนำเข้าข้อมูลและสารสนเทศต่างๆ ให้เข้าสู่ระบบ
 - 2) การประมวลผลจัดประชุม ฝึกทักษะการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด ให้ได้ครอบคลุมตัวชี้วัดที่ต้องการ
 - 3) การแสดงผล จัดประชุม ฝึกทักษะการนำผลลัพธ์ที่ได้จากการประมวลผลมาแสดงในรูปที่ผู้ต้องการ
 - 4) การจัดเก็บ จัดเก็บข้อมูลสารสนเทศทั้งหมดใน Web service เพื่อให้ระบบสารสนเทศสามารถนำมาใช้ได้ใหม่ในอนาคต
5. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานเพื่อรับฟังปัญหาการใช้งานและพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

ผลการดำเนินการ

1. มีระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลทารกแรกเกิด Newborn Registry เขตสุขภาพที่ 7 ที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ
2. มีระบบการรายงานข้อมูลสารสนเทศทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ 7 เป็นแบบ Real time
3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเครือข่ายสามารถลงข้อมูลใน Newborn Registry ได้อย่างถูกต้อง

อภิปรายผล การพัฒนาระบบที่เริ่มมาจากการ “ร่วมสร้าง ร่วมใช้ ร่วมแก้ไข ร่วมพัฒนา” จะทำให้งานบรรลุวัตถุประสงค์และมีความยั่งยืน

ความภาคภูมิใจ มีระบบข้อมูลสารสนเทศทารกแรกเกิดเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งเครือข่าย สามารถติดตามข้อมูลแบบ Real time เอื้อประโยชน์ต่อการติดตามกำกับการพัฒนาบริการที่ดี เกิดเครือข่ายการทำงานและมีสัมพันธ์ภาพอันดีในเครือข่ายการทำงานเป็น ทีมสหสาขา ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้การดำเนินงานราบรื่นและประสบผลสำเร็จ

+ **การดำเนินงานเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีภาวะ GDM**

ธรรมวรรณ บุณยสรรค์, อิตารัตน์ แก้วจุมพล
ห้องคลอด โรงพยาบาลหนองหานจังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ 8

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

1. จำนวนหญิงตั้งครรภ์และมีภาวะ GDM

ปีงบประมาณ	HRC				LR			
	GDM A1	GDMA2	Overt GM	รวม	GDM A1	GDMA2	Overt GM	รวม
ปี 2556	56	17	6	70	47	5	3	55
ปี 2557	43	11	4	73	41	6	3	50
ปี 2558	46	10	6	62	31	10	5	46
ปี 2559	43	22	4	69	33	15	4	52
ปี 2560*	24	5	0	29	15	6	0	21

2. จำนวนทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากมารดาที่มีภาวะ GDM

ภาวะแทรกซ้อน	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560*
ทารกแรกเกิดมีภาวะ Macrosomia	17/30.9	14/28.0	16/34.8	17/32.7	4/19.05
ทารกแรกเกิดมีภาวะ Hypoglycemia	4/7.28	2/4.00	1/2.18	1/1.93	0
ทารกแรกเกิดมีภาวะ RDS	0	0	0	1/1.93	0
ทารก 0 - 28 วัน เสียชีวิตจากมารดาที่มีภาวะ GDM	0	0	0	0	0
ทารกตายปริกำเนิดจากมารดาที่มีภาวะ GDM	1/1.43	0	1/1.62	1/1.45	0

* ต.ค. 59 - มี.ค. 60

จากการทบทวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ GDM ปี 2556 - 2559 พบทารกแรกเกิดมีภาวะ Macrosomia ร้อยละ 30.90, 28.00, 37.80, 32.7 ทารกแรกเกิดมีภาวะ Hypoglycemia ร้อยละ 7.28, 4.00, 2.18, 1.93 ทารกแรกเกิดมีภาวะร้อยละ RDS 0, 0, 0, 1.93 ทารกตายปริกำเนิดจากมารดาที่มีภาวะ GDM ร้อยละ 1.43, 0, 1.62, 1.45 มารดาที่มีภาวะ Hyperglycemia ร้อยละ 0, 2, 2.18, 1.93 มารดาที่มีภาวะภาวะ Hypoglycemia ร้อยละ 0, 0, 2.18, 1.93 สาเหตุด้านมารดาเกิดจากการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง ได้ทำ GCT ครึ่งเดียวที่ GA 24 สัปดาห์ ไม่ได้คัดกรองซ้ำในไตรมาสที่ 3 เมื่อมาคลอด turn เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง บางรายฝากครรภ์จากที่อื่นไม่ได้คัดกรองกลับมาคลอดตามสิทธิในระยละคลอด ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ของการคลอดไม่ได้รับการประเมินและเฝ้าระวังระดับน้ำตาลต่อเนื่อง การดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้รับสารน้ำไม่ถูกต้องในรายที่นัด Elective C/S นัดที่ GA 39 สัปดาห์ ได้แก่ GDMA2, Overt DM, Macrosomia, ได้รับการเตรียมคลอดไม่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยงดน้ำ งดอาหารและฉีดอินซูลินมาจากบ้านทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ Hypoglycemia และทารกเสียชีวิตในครรภ์ก่อนวันถึงวันนัดผ่าตัด 3 วัน ส่วนด้านทารกได้รับการประเมินระดับน้ำตาลไม่เหมาะสม ลำช้า ไม่ต่อเนื่องทำให้ทารกมีภาวะ Severe Hypoglycemia และ RDS ได้รับการส่งไปยังโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

วัตถุประสงค์

1. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีภาวะ GDM
2. ลดอัตราทารกตายปริกำเนิดจากมารดาที่มีภาวะ GDM

วิธีการดำเนินงาน

1. การดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.1 เน้นการใช้แบบคัดกรองการชักประวัติตามเกณฑ์การแบ่งประเภทหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูง

1.2 เมื่อคัดกรองเข้าเกณฑ์แล้วส่งหญิงตั้งครรภ์ไปที่ HRC ของโรงพยาบาลภายในวันนั้น เพื่อคัดกรองซ้ำและนัดทำ GCT

1.3 เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ แม่รายโรค

2. การดำเนินงานใน HRC โรงพยาบาล

- 2.1 ใช้เครื่องมือคัดกรองโดยการทำ GCT ตามกลุ่มเสี่ยง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงปานกลางทำ GCT เมื่อ GA 24 สัปดาห์ และทำซ้ำไตรมาส 3 ที่ GA 36 สัปดาห์ กลุ่มเสี่ยงสูงทำ GCT ทันที
- 2.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตลอดการตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์จนคลอด
- 2.3 เน้นการให้ความรู้ โรงเรียนพ่อแม่รายโรคจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาล, เภสัชกร, โภชนากร, แพทย์แผนไทย) แก่หญิงตั้งครรภ์ครอบครัวทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน
- 2.4 ปรับปรุงแนวทางการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ติดต่อกัน 2 ครั้ง ได้รับการดูแลโดยอายุรแพทย์ และโภชนากร
- 2.5 จัดทำนวัตกรรมวงล้อเก้าอี้หมุน ข้าง เบาะ น้ำตาลให้หญิงตั้งครรภ์ทราบปริมาณอาหารแต่ละหมวดที่ตนเองสามารถรับประทานได้ในแต่ละมื้อเพื่อควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลให้ได้ตามเกณฑ์

3. การดำเนินงานในห้องคลอด

- 3.1 ในห้องคลอดปรับแนวทางการดูแลกำหนดเกณฑ์ Early warning sign การดูแลตามค่า DTX จากเดิม 80-140 mg/dl เป็น 70-120 mg/dl
- 3.2 ปรับแนวทางการประเมิน และการดูแลรักษาในระยะที่ 1, 2 ของการคลอดเพิ่มการเจาะ DTX และการให้ iv Fluid ตามระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะ Hypoglycemia ถ้า DTX < 70 mg/dl ให้เป็น 5%DN/2, DTX 70-120 mg/dl ให้เป็น LRS, DTX > 120 mg/dl ให้เป็น 0.9 % NSS เจาะ DTX ซ้ำหลังได้
- 3.3 ปรับแนวทางการวางแผนการคลอด การนัด Elective C/S จาก GA 39 สัปดาห์ เป็น GA 38 สัปดาห์ และให้ Admit ก่อนผ่าตัด 1 วันเพื่อเตรียมความพร้อม

4. การดูแลทารกแรกเกิด

- 4.1 ปรับแนวทางการประเมินและการดูแลทารกแรกเกิดจากเดิมเจาะ DTX ที่ชั่วโมงที่ 1, 2 ทุกราย เป็นดังนี้
 - 4.1.1 ทารกที่มารดามีภาวะ GDMA1 ให้เจาะ DTX ชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 หลังคลอด
 - 4.1.2 ทารกที่มารดามีภาวะ GDMA2, Overt DM เจาะ DTX Stat, DTX ชั่วโมงที่ 1, 1 ½ และชั่วโมงที่ 3 หลังคลอด โดย keep DTX > 45 mg/dl

ผลการดำเนินงาน การวัดประเมินผล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2556	2557	2558	2559	2560*
1	ทารกแรกเกิดมีภาวะ Hypoglycemia จากมารดามีภาวะ GDM	ไม่เกินร้อยละ 2	7.28	4.00	2.18	1.93	0
2	ทารกแรกเกิดมีภาวะ RDS จากมารดามีภาวะ GDM	0	0	0	0	1.93	0
3	อัตราการตายปริกำเนิดจากมารดามีภาวะ GDM	0	1.43	0	1.62	1.45	0
4	อัตราการรอด 0-28 วัน เสียชีวิตจากมารดามีภาวะ GDM	0	0	0	0	0	0

อภิปรายผล ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายและคุณภาพต่อชีวิตของทารกแรกเกิด ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนทุกระยะของการตั้งครรภ์ และการคลอด การค้นหาและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นการป้องกันที่ดีที่สุด แต่ในความเป็นจริงแล้วในทางปฏิบัติไม่สามารถทำได้ การค้นหาเชิงรุกร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ สามี/ญาติ และภาคีเครือข่ายเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการป้องกันและปัญหาดังกล่าวได้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็ก CUP กองทุน มีเป้าหมายในการลดภาวะแทรกซ้อนของทารก อัตราการตายปริกำเนิด โดยทีมได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระบบการส่งต่อ การเตรียมพร้อมในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน การพัฒนา Competency ของบุคลากรทุกระดับ จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ ทำให้ปี 2560 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอัตราการตายปริกำเนิด

ความภาคภูมิใจ

1. ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงาน และมีนโยบายที่นำสู่การปฏิบัติได้ชัดเจน
2. มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็ง
3. บุคลากรมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือ
5. ได้รับความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว



➕ ผลการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิดใน จังหวัดยโสธร

วิภาดา เชื้อสุภโรบล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงานผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลยโสธร เขตสุขภาพที่ 10

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จังหวัดยโสธร มีประชากรประมาณ 540,182 คน มีโรงพยาบาลยโสธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 370 เตียง มีโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 7 แห่ง ได้ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายทารกแรกเกิด ควบคู่ไปกับการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกกลุ่มเสี่ยง รวมถึงปัญหาอื่นๆ สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กจังหวัดยโสธร มีอัตราการคลอดปีละประมาณ 3,200 ราย ในโรงพยาบาลยโสธร จำนวน 3,145 คน เป็นมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 12 ในกลุ่มนี้เป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างการคลอด ในจำนวนนี้ พบว่าทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม มีถึงร้อยละ 9.81 (300), 9.02 (318), 10.20 (339) ขาดออกซิเจนระหว่างการคลอด 20.99, 18.18 และ 22.25 ต่อพันการเกิดมีชีพ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 3.36 (160) รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด และอัตราการส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 3.12 (5) ไม่สามารถส่งกลับทุกรายเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนขาดเครื่องมืออย่าง **วัสดุประสงค์ของการศึกษา** เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตระยะยาวที่ดี

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) พื้นที่เป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ หน่วยงานผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 8 แห่ง และเขตอำเภอเมือง ในจังหวัดยโสธร

การดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ระยะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน (Plan) เป็นระยะศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วย โดยจัดประชุมทีมจัดตั้งคณะกรรมการ ศึกษาปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดพื้นที่ในการดูแล โดยใช้กระบวนการเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบ (Action) ระยะพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยและเครือข่ายและจัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการทารกแรกเกิด เพิ่มศักยภาพทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ รวมถึงชุมชนมีส่วนร่วม ตามกิจกรรมดังนี้

ภายในโรงพยาบาล เพิ่มพูนความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องโดย 1) จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ทักษะแก่เจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ เช่น งานห้องคลอด ตึกสูติกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ ฯลฯ โดยกุมารแพทย์ ในหัวข้อ การประเมินทารกแรกเกิด การดูแลทารกกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง 2) มีระบบให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลทารกแรกเกิดในรายที่มีปัญหา 3) มีระบบส่งเสริม คัดกรอง ช่วยเหลือทารกกลุ่มเสี่ยงและมารดาที่มีปัญหา

ภายนอกโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการดูแลทารกแรกเกิดตามเกณฑ์ ด้วยการจัดประชุมพร้อมทั้งระดมสมองในการคิดรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายด้วยการดำเนินงาน ดังนี้

ด้านการพัฒนาระบบส่งต่อ 1) ประชุมหารือเพื่อจัดทำข้อตกลงร่วมกัน กำหนดศักยภาพ แต่ละโรงพยาบาลและการส่งต่อในแต่ละโซน 2) จัดระบบที่ปรึกษาให้กับแพทย์โรงพยาบาลชุมชน (Consultant) 3) ลดขั้นตอนการส่งต่อ/ติดตามกับ Staff โดยตรง และมี Fast tract 4) จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดระหว่างส่งต่อ 5) จัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นตามศักยภาพ 6) กำหนดตัวชี้วัดประสิทธิภาพระบบส่งต่อเพื่อนำมาวิเคราะห์และพัฒนาต่อเนื่อง

ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 1) จัดอบรมวิชาการการดูแลทารกแรกเกิดพื้นฐานและวิกฤตทุกปี 2) อบรมการช่วยฟื้นชีพทารกแรกเกิด (NCPR) ต่อเนื่องทุกปี 3) ติดตามนิเทศและประเมินผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Observation) โดยการตรวจเยี่ยมประเมินเครือข่ายด้วยวิธีการวิชาการสัญจรประเมินการมีและการใช้เครื่องมือ

ระยะที่ 4 ระยะสะท้อนข้อมูล (Reflection) การสะท้อนผลการศึกษาค้นกลับสู่คณะทำงานในเครือข่าย

ผลการศึกษา

ด้านสถานที่ เครื่องมือ โรงพยาบาลยโสธร ได้หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมใหม่ในปี 2558 โรงพยาบาลเล็งนกทาสามารถรับผู้ป่วย Sick newborn ขนาด 2 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งสามารถยืมเครื่องส่องไฟรักษาทารกตัวเหลืองจากโรงพยาบาลยโสธร และมีการจัดอบรมการใช้ตู้อบอุ่นเด็กอย่างถูกต้อง

ด้านบุคลากร มีกุมารแพทย์ เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง (2 คน) กุมารแพทย์ผ่านการอบรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและทารกวิกฤตพยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรทารกและเด็กวิกฤตเพิ่มขึ้น (40%) อัตราการเยี่ยมบ้านในทารกกลุ่มเสี่ยง 88.4% ทารกได้รับการตรวจประเมิน 100% มีพัฒนาการสมวัย 91.31% ส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการ 2 ราย (8.69%) มารดามีความรู้เฉลี่ย 97.4% อัตราการกลับมารักษาซ้ำ 1.02% สิ่งที่ต้องพัฒนาด้านบุคลากร คือ การดูแลทารกแรกเกิดป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง ระยะเวลา 1 สัปดาห์

ด้านมาตรฐานการปฏิบัติการดูแล 1) มีแนวทางการ Consult 2) มีคู่มือการส่งต่อทารกแรกเกิด 3) มีแนวทางการส่งต่อ Fast track newborn, Alert sign มี Hotline Counseling 4) มี CPG Preterm 5) มีแนวทางการดูแลทารกตัวเหลือง สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกได้ดีขึ้น และมีแนวโน้มลดอัตราการเสียชีวิต สามารถส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ และในปี 2557 ลดการส่งต่อเข้าสู่โรงพยาบาลแม่ข่ายจาก 6.3% เหลือ 4.4% ทารกเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เสียชีวิตใน 28 วัน แรกสลดเหลือ 0.3%

อภิปรายผล ผลดำเนินงานตั้งแต่ปี 2556 พบว่า ระบบบริการชัดเจน มีช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว มีช่องทางด่วนเฉพาะทารกแรกเกิด สามารถเข้าถึงบริการได้ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน อัตราการส่งมารักษาต่อลดลง แสดงถึงระบบบริการทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความภาคภูมิใจ โรงพยาบาลชุมชน สามารถพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดป่วยได้มากขึ้น มีความพร้อมด้านครุภัณฑ์ในระดับหนึ่ง มีแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น มีระบบให้คำปรึกษาด้านทารกแรกเกิดส่งผลให้บุคลากรมีศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิดมากขึ้นจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการ R2R มาเป็นเครื่องมือ ทำให้เห็นผลเชิงประจักษ์ชัดเจนและเชื่อมต่อไปพัฒนาในระบบเครือข่าย Service Plan ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต

❖ โครงการการพัฒนาแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต เขตสุขภาพที่ 11

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากที่หอภิบาลทารกแรกเกิด มีจำนวนทารกที่เข้ามารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น ทารกนอนโรงพยาบาลนานขึ้น โอกาสที่ทารกมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น การรักษาก็เพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายก็สูงขึ้น จากการทบทวนที่ผ่านมาในปี 2558 พบว่า มีทารกประมาณ 30 - 40 % ที่เข้ามารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด แล้วเจาะเลือดพบเชื้อ Coagulate – Negative staphylococci (CoNS) ซึ่งทารกต้องได้รับยา Antibiotic ประมาณ 5 - 7 วัน ทั้งๆ ที่ทารกไม่แสดงอาการทางคลินิก และจำนวนเชื้อที่เพาะเชื้อขึ้น จากผลเพาะเชื้อส่วนใหญ่จะเป็นเชื้อเดียวกันในช่วงเวลาเดียวกันจึงได้มีการค้นหาสาเหตุ พบว่า มีการปฏิบัติในการเจาะเลือดที่แตกต่างกันทั้งวิธีการ น้ำยาที่ใช้ ซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อได้ จึงได้มีการพัฒนาโดยโรงพยาบาลและมีการติดตามประเมินผลซ้ำอย่างสม่ำเสมอ ทางหอภิบาลทารกแรกเกิดจึงได้ปรับปรุงพัฒนา แนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในทารกแรกเกิดขึ้น เพื่อให้ได้ผลที่สามารถยืนยันได้ว่ามีการ ติดเชื้อจริง

วัตถุประสงค์ เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อ (False positive) ในการเพาะเชื้อจากเลือดทารกแรกเกิด

วิธีดำเนินการ

ระยะที่ 1 รวบรวมและนำเสนอผลการเพาะเชื้อในช่วงที่ผ่านมา เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2558 ผลการติดเชื้อจากการเจาะเลือดเพาะเชื้อคิดเป็น ร้อยละ 34 ซึ่งไม่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกของทารก

การพัฒนาในช่วงแรก

ศึกษาจากสภาพจริง โดยศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการของหน่วยงาน โดยศึกษาวิธีปฏิบัติของบุคลากรในหน่วยงาน พบว่า

- การปฏิบัติตามแนวทางไม่เป็นไปในทางเดียวกัน (ไม่ใส่ถุงมือใช้เข็มอันเดียว)
- การใช้น้ำยาที่ใช้ซ้ำในภาชนะเดิม (ขวด Betadine ที่ใช้แล้วใช้อีก)
- เทคนิควิธีการเจาะ (การหักเข็มการ Paint น้ำยา)

การปรับปรุงที่เกิดขึ้น

1. ศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (กุมารแพทย์ ICN)
2. ศึกษารูปแบบโดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร ทบทวนการปฏิบัติตามแนวทาง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

1. มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติในการเจาะเลือด
2. มีการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์จากไม้พันสำลีเป็น Set ทำแผล
3. มีการทบทวน และเน้นย้ำ Sterile technique
4. มีการบันทึกชื่อผู้เจาะ เพื่อยืนยันหลังผลเลือดออก

ผลการดำเนินการ พบว่า อัตราการติดเชื้อพบ Coagne 18/276 คิดเป็นร้อยละ 9.4

ระยะที่ 2 ได้มีการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทาง อีกทั้งทบทวนร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ทุกรายที่ผลการเพาะเชื้อเป็น Coagne ในช่วงเดือนตุลาคม - มีนาคม 2560 เท่ากับ 33/262 คิดเป็นร้อยละ 12.6

ค้นหาสาเหตุ พบว่า การใช้เข็มเจาะเลือดที่ต้องหักหัวเข็ม ทำให้เกิดการ Contaminate ขณะเจาะและ ขณะหยดเลือดลง Syringe

การพัฒนาที่เกิดขึ้น

1. การประกาศให้เป็นนโยบายให้ทราบทั้งแพทย์และพยาบาล
2. การสร้างความตระหนักทุกครั้งก่อนเจาะเลือดเพาะเชื้อโดยการยืนยันผู้เจาะ
3. ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์เจาะเลือด จากการหักหัวเข็มเบอร์ 22 เป็น Scalp vein no. 23

อภิปรายผล ความภาคภูมิใจ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทุกคนต้องตระหนักให้ความสำคัญ ทำความเข้าใจและต้องปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้จะช่วยลดการติดเชื้อปลอมได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดการสิ้นเปลือง และทำให้ทารกต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

การใช้มาตรการควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยา VRE (Vancomycin-resistant Enterococci) ในหอทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

จุฑามาส สมเสร็จ (NNP) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปริญญาโท เหล็กแท้ (APN) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พัศรียา เบญจพรกุลนิง หัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ที่ปรึกษา
หอทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เขตสุขภาพที่ 11

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล ซึ่งพบอุบัติการณ์ทุกๆ หอผู้ป่วยหนักในหอทารกแรกเกิดวิกฤตก็เช่นกัน พบมีการติดเชื้อดื้อยา (MDR) คิดเป็นร้อยละ 50 (หน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2559) ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีทั้งที่คลอดภายในโรงพยาบาลและรับส่งต่อมารักษา จากการรับส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลชุมชน 1 รายคลอดและตัดสายสะดือเองที่บ้านและต้องผ่านโรงพยาบาลชุมชนสองแห่งก่อนมา พบว่า ผู้ป่วยรายนี้ติดเชื้อดื้อยา Vancomycin ในกระแสเลือด ได้แก่เชื้อ Enterococcus faecium (VRE) เมื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มระหว่างวันที่ 22 – 30 ธันวาคม 2559 จากการทำ Rectal swab culture พบการติดเชื้อเพิ่มอีก 7 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 18 ราย จึงได้นำมาตรการ Strict Contact Precaution และการเฝ้าระวังการระบาด ทบทวนมาตรการการดูแลผู้ป่วยและนำมาใช้อย่างเคร่งครัดกับผู้ป่วยวิกฤตทุกราย จึงสามารถหยุดการแพร่กระจายของเชื้อได้

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อดื้อยาเพิ่ม
- บุคลากรปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ 100 เปอร์เซ็นต์

วิธีการดำเนินการ

- ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขเบื้องต้น
- ทำ Big cleaning พื้นที่ที่พบเชื้อหรือภายใน 24 ชั่วโมง ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ POSEQUAT ทุกครั้ง
- แยก Zone ผู้ป่วยติดเชื้อไปอีก Ward (เมื่อพบติดเชื้อมากกว่า 2 ราย)
- แยกอุปกรณ์และของใช้ส่วนตัวเฉพาะราย
- แขนป้ายสัญลักษณ์แสดงการติดเชื้อ
- ล้างมือตามขั้นตอน 5 Moment 7 ขั้นตอนก่อน - หลัง ดูแลผู้ป่วยทุกราย
- บุคลากรและบิดา - มารดา สวมถุงมือ และเสื้อกาวน์ยาวทุกครั้งที่ได้ดูแลผู้ป่วย
- มีการกำกับติดตามพร้อมแพทย์ ทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง
- ติดตามส่ง Rectal swab culture เข้า 3 ครั้ง (ทุกสัปดาห์)
- ติดตามผู้ป่วยติดเชื้อทุกรายอย่างต่อเนื่องเมื่อมา Admit หรือ Refer ระยะ 6 - 12 เดือน โดยมีผลตรวจยืนยันไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง

ผลการดำเนินการ

- ไม่พบการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มในหอผู้ป่วย
- พัฒนานาฏปฏิบัติในการป้องกันการระบาดของเชื้อดื้อยาร่วมกับสหวิชาชีพ

อภิปรายผล การควบคุมเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) เป็นสิ่งท้าทายมาก เพราะปัจจัยส่งเสริมก่อเกิดการดื้อยามีหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยจากตัวทารก การครองเตียงนาน ทารกคลอดก่อนกำหนด ภูมิคุ้มกันต่ำ ได้ยาปฏิชีวนะยาวนานฯ ทารกที่ผ่านการส่งต่อหลายโรงพยาบาล ปัจจัยด้านบุคลากรที่ไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตามมาตรการการดูแล เพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยา บุคลากรมีจำกัด บุคลากรมีหลายวิชาชีพไม่ปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน ปัจจัยด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่น ไม่มีเสื้อกาวน์ยาว การมีพื้นที่จำกัดในการแยกผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อ และกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อทำได้ยาก ทีมบุคลากรและสหสาขาวิชาชีพ แพทย์เฉพาะทาง ID แพทย์ Newborn มีความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นจนสามารถควบคุมการติดเชื้อได้

ความภาคภูมิใจ

- สามารถควบคุมการแพร่ของเชื้อดื้อยาได้
- บุคลากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลทารกและร่วมแรงร่วมใจจนสามารถควบคุมการติดเชื้อดื้อยา

แนวปฏิบัติในการป้องกันการระบาดของเชื้อดื้อยาในหน่วยงาน

