

โรงพยาบาล	กลาง
สาขา	คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
สถานะทางคลินิก	การลดเกิด Sepsis
วันที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	11 มีนาคม 2551

บริบท

จากข้อมูลภาวะ SEPSIS ในโรงพยาบาลกลาง ปีงบประมาณ 2549 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ SEPSIS คิดเป็น 1.43 รายต่อผู้ป่วยจำหน่าย 100 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ SEPSIS 100 รายมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 68 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2549 และ 2550 ในขณะที่อัตราการตายเป็นตัวชี้วัดสำคัญตัวหนึ่ง ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพการดูแลเป็น 1 องค์ประกอบที่สำคัญของ 10 องค์ประกอบหลักในงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับ PCT ทบพทวนเวชระเบียน ผู้เสียชีวิตที่ได้รับการวินิจฉัย SEPSIS ในปีงบประมาณ 2549 จำนวน 218 ราย เกิดภาวะ SEPSIS 268 ครั้ง จากการศึกษาพบว่า ภาวะ SEPSIS ในโรงพยาบาลกลาง ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อจากชุมชน ร้อยละ 57.46 ส่วนการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 42.36 ซึ่งแบ่งเป็น Primary SEPSIS (hematogenous) ร้อยละ 9.7 และเป็น Secondary SEPSIS ร้อยละ 32.84 โดยสาเหตุสำคัญในการนำผู้ป่วยสู่ภาวะ SEPSIS ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีความสัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ซึ่งพบมากในกลุ่มงานอายุรกรรม และการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ซึ่งพบมากในกลุ่มงานศัลยกรรม คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงได้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะ SEPSIS ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะ SEPSIS
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะ SEPSIS

ขั้นตอนการดำเนินงานและการปรับเปลี่ยน

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รอบที่ 1 (เดือน ตุลาคม 2549 – เดือนกันยายน 2550)

ปัญหา ขาดระบบการแก้ปัญหาจากสาเหตุที่แท้จริงและขาดความต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหา

การปรับปรุง นำแนวคิดการมีส่วนร่วมและการกำกับติดตามประเมินผลมาใช้ในการแก้ปัญหา

โดยดำเนินการร่วมกับ PCT และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.) การแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมในการลด CAUTI

ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2549 CAUTI = 6.07 ครั้ง /1000 F/C day

ปีงบประมาณ 2550 CAUTI = 4.87 ครั้ง /1000 F/C day ลดลงร้อยละ 19.77

เกิดวัฒนธรรมการประกันคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยคาสาขาสวนปัสสาวะ

2.) การแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมในการลด VAP ในหอผู้ป่วยหนัก

ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ 2549 VAP = 9.99 ครั้ง /1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ

ปีงบประมาณ 2550 VAP = 6.25 ครั้ง /1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ

เกิดวัฒนธรรมการประกันคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รอบที่ 2

ปัญหา ขาดการนำระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะ SEPSIS ที่มีประสิทธิภาพลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพราะการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะ SEPSIS ที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใช้หลัก early detection and early treatment และการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ต้องได้ผลตาม early goal direct therapy จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะ SEPSIS ของ PCT อายุรกรรม เดือนพฤษภาคม 2550 จำนวน 29 ราย พบว่าผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับการวินิจฉัย SEPSIS ไม่มี criteria ของภาวะ SEPSIS ตามคำวินิจฉัยของ SIRS (systemic inflammatory response syndrome) และผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะ SEPSIS ถ้าซ้ำรวมทั้งได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้า ซึ่งเป็นปัญหาเนื่องจาก

2.1 บุคลากรขาดความรู้และความเข้าใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะ SEPSIS ที่มีประสิทธิภาพ

2.2 ขาดระบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อความรวดเร็วในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะ SEPSIS

การปรับปรุง 1. กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

SEPSIS เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลได้ทันต่อเหตุการณ์

2. จัดทำแนวทางการเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะที่จำเป็นในผู้ป่วย SEPSIS /Severe SEPSIS โดยใช้ระบบ Fast tract

3. ประสานงานกับ PCT อายุรกรรมในการวินิจฉัย SEPSIS ตามคำวินิจฉัยของ SIRS

4. ให้ความรู้พยาบาลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ SEPSIS

ผลลัพธ์ จากการจัดระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยภาวะ SEPSIS และการใช้ระบบ Fast tract

เดือน	Sepsis	Miss diag	CI	NI	Goal
พฤษภาคม	6	2	4 (dead 2 ราย)	0	ไม่รายงาน

จากผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบว่า เกิดการวินิจฉัยที่ผิดพลาด 2 ราย (คิดเป็นร้อยละ 25) และไม่มีการรายงาน early goal direct therapy

การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรอบที่ 3

ปัญหา บุคลากรไม่เข้าใจการวินิจฉัย SEPSIS ตามคำวินิจฉัยของ SIRS และการนำแนวทางการเฝ้าระวังและการรักษาพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ

- การปรับปรุง**
1. ประสานงานกับ PCT อายุรกรรมในการวินิจฉัย SEPSIS ตามคำวินิจฉัยของ SIRS
 2. ประสานงานกับ PCT อายุรกรรม ในการนำแนวทางการเฝ้าระวังและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ SEPSIS ลงสู่การปฏิบัติ
 3. ประสานงานกับ ICLN ใน PCT อายุรกรรม เพื่อทำความเข้าใจในการนำแนวทางการเฝ้าระวังและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ SEPSIS ลงสู่การปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ ประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วย SEPSIS

เดือน	SEPSIS	Miss diag	CI	NI	Goal
พฤษภาคม	6	2	4	0	50%
มิถุนายน	1	0	1	0	100%
กรกฎาคม	3	0	2	1	100%
สิงหาคม	23	0	20	3	56.52%

จากผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบว่า ไม่เกิดปัญหาการวินิจฉัยผิดพลาดและการไม่รายงาน goal direct therapy นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวทางที่กำหนดได้ผลการรักษาตาม goal direct therapy เพิ่มขึ้นเป็น 100% แต่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวทางที่กำหนดจำนวนน้อยไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ได้ คณะกรรมการฯ จึงขยายแนวทางการรักษาให้นำลงสู่การปฏิบัติทั่วองค์กรในเดือนสิงหาคม 2550

จำแนกประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วย SEPSIS ตาม PCT เดือนสิงหาคม 2550

PCT	การติดเชื้อ		ได้ผล ตาม goal	ไม่ได้ผล ตาม goal	สถานะ	
	CI	NI			Recover	Dead
อายุรกรรม	15	3	11(61%)	7(39%)	11(61%)	7(39%)
ศัลยกรรม	5	0	2 (40%)	3(60%)	2(40%)	3(60%)
รวม	20	3	13 (56.52%)	10(43.48%)	13(56.52%)	10(43.48%)

สรุป

จากผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบว่า ไม่พบปัญหาการวินิจฉัยผิดพลาดและการไม่รายงาน goal direct therapy แต่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวทางที่กำหนดได้ผลการรักษาตามเป้าหมายเพียง 56.52% ซึ่งคณะกรรมการฯ ต้องประสานงานกับ PCT ที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์สาเหตุและหาโอกาสพัฒนาเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลให้ดียิ่งขึ้น