



การประชุมวิชาการคุณภาพ (Quality Conference) ครั้งที่ 5/2564  
เรื่อง “ถอดบทเรียนโครงการติดตาม เพื่อการพัฒนางานสู่ความเป็นเลิศ”

วันพุธที่ 6 ตุลาคม 2564 เวลา 13.00-15.00 น.

ถ่ายทอดสดด้วยสัญญาณภาพ/เสียงผ่านระบบเน็ตเวิร์ค (SiBN)

๑๐๘๘๑๑๑๑๑๑๑

วิทยากร ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. พว.นิศรา จินอยู่          | หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ                                |
| 2. พว.นพรัตน์ โอภาสวิภาดา    | หัวหน้าหอผู้ป่วย 84/3 ตะวันตกเหนือ                                |
| 3. ผศ. นพ.ณัฐธม พ่วงพันธ์งาม | สาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์                     |
| 4. พว.รัตนา เพ็ญเจริญสิน     | หน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษฯ สยามินทร์ 1 งานการพยาบาลผ่าตัด |

ผู้ดำเนินการอภิปราย

ผศ. นพ.บวรรัฐ วนดุรงค์วรรณ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

สรุปประเด็นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

โปรแกรม Early ambulate และบริหารร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด

พว.นิศรา จินอยู่ กล่าวว่า หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในปัจจุบันเป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ามารับการผ่าตัดจะมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ทำให้มีการฟื้นตัวช้า เนื่องจากเคลื่อนไหวได้ลำบาก และจากอาการปวดแผลหรือบางครั้งมีอุปกรณ์หลายอย่างติดกับตัวผู้ป่วย เช่น สายระบายต่างๆ สายสวนปัสสาวะ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะทำกิจกรรม และไม่ยอม ambulate หลังผ่าตัด นอกจากนี้ญาติ/ผู้ดูแลมีความกังวลว่า ผู้ป่วยจะปวดแผลมากขึ้นเวลาลุกเดิน กลัวแผลผ่าตัดแยก กลัวผู้ป่วยล้ม ไม่รู้ว่าจะช่วยผู้ป่วยอย่างไร หากผู้ป่วยไม่ได้ early ambulate จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบจากการมีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ มีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้ช้ากว่าปกติ อาจเกิดแผลกดทับและเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากการไม่ขยับตัว เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่ากำหนด เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น รวมถึงตัวผู้ป่วยและญาติอาจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ทางหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย ERAS (Enhanced recovery after surgery) ของโรงพยาบาล จึงจัดทำโปรแกรม early ambulate และการบริหารร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งเป็นโปรแกรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังทำผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการฟื้นตัวได้ดี และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมด้วย

ปัจจัยความสำเร็จ คือ การเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้หลัก CQI มาเป็นแนวทาง เน้นการบริหารแบบมีส่วนร่วมทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในหอผู้ป่วย เป็นการบริหารความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน และแผนพัฒนาต่อไป คือ การใช้โปรแกรม early ambulate ในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค โดยยึดหลักการดูแลแบบ Individual care ขยายผลและเชื่อมโยงให้เข้ากับ ERAS ของ



ภาพกิจกรรมการ ambulate ผู้ป่วย

โรงพยาบาล นอกจากนี้หออผู้ป่วยกำลังดำเนินการจัดทำอุปกรณ์ที่ช่วยบริหาร และเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และกล้ามเนื้อสะโพกก่อน ambulate

### สองล้อ พาเดิน

พว.นพรัตน์ โภภาสวิภาดา กล่าวว่า หออผู้ป่วย 84/3 ตะวันตกเหนือ ให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจซึ่งถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย พื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถกลับบ้านได้ตามกำหนด ซึ่งหลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการ ambulate ตามมาตรฐานการดูแล จากสถิติการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง พบว่าหลังผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยจะมีขวิด chest drain จำนวน  $\geq 2$  ขวิด และการถอดสาย chest drain หลังผ่าตัดข้างล่าง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการ ambulate นอกจากนั้นการ ambulate ลูกเดินของผู้ป่วยที่มีขวิด chest drain เสี่ยงต่อการลื่น หกล้ม ต้องอาศัยบุคลากรจำนวน 2 คน ช่วยเหลือซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการ early ambulate ทำให้ไม่สามารถพื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นหออผู้ป่วยจึงตระหนักถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการ early ambulate ที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจที่มีขวิด chest drain จึงได้พัฒนานวัตกรรม “สองล้อ พาเดิน” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่มีขวิด chest drain สามารถลูกเดินได้ตามมาตรฐาน (POD 3) ลดจำนวนบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะ ambulate และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้ และผู้ให้บริการ

ปัจจัยความสำเร็จ คือ ส่งเสริมการพื้นตัวของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นเรื่องสำคัญ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีความเหมาะสม และมีการทดสอบก่อนการนำไปใช้จริง ทีมสหสาขามีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย และแผนพัฒนาต่อไป คือ พัฒนารูปแบบของนวัตกรรมให้มีความสวยงามคงทน และขยายผลไปยังหน่วยอื่นๆ ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน

ภาพการใช้นวัตกรรม (เดิม)



ภาพการใช้นวัตกรรม (ใหม่)



### โครงการ “ลดระยะเวลา - เก็บขา - รักษาชีวิต”

ผศ. นพ. ญรัฐวุฒ พ่วงพันธังาม และพว.รัตนา เพียรเจริญสิน กล่าวว่า ภาวะขาขาดเลือดเรื้อรังขั้นวิกฤต (Critical Limb Ischemia - CLI) เป็นภาวะที่เกิดจากโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease - PAD) ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมโรคร่วมอื่นๆ อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระยะของ PAD มีความรุนแรงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยอาจสูญเสียขาหรือเท้าบางส่วนจากแผลเน่าและมีการติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่งลงด้วย จากการศึกษาการรักษาผู้ป่วย CLI พบว่าทั้งการผ่าตัดรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือด (endovascular) และการผ่าตัดเบี่ยงทางเดินหลอดเลือด (surgical bypass) เป็นวิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่าในการรักษาและป้องกันการสูญเสียขาในระยะยาวได้ดีกว่า และสามารถลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าการทำแผลเพียงอย่างเดียว ถึงแม้ว่าการเลือกวิธีตัดขาเป็นลำดับแรก (primary amputation) จะมีราคาค่ารักษาถูกกว่าเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ แต่กลับมีประโยชน์น้อยที่สุด นอกจากนี้การศึกษายังแสดงให้เห็นว่าวิธีการตัดขา มีต้นทุนการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปีและมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดถึง 2 เท่า จากการทบทวนกระบวนการให้บริการผู้ป่วย CLI ในปี 2559 พบว่าผู้ป่วยต้องมาเข้ารับการรักษา 4-5 ครั้ง ซึ่งถ้าสามารถทำการผ่าตัดได้ก็จะถึงขั้นตอนสุดท้ายคือการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด ส่งจองเตียง และรอวันเข้านอนโรงพยาบาล แต่ถ้าในกรณีที่ SiPAC ไม่ผ่านในครั้งแรก ผู้ป่วยต้องได้รับ

การตรวจภาวะโรคร่วมจากอายุรแพทย์โดยที่ไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มโรคกับหน่วยตรวจต่างๆ อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งแรกจนถึงวันที่ admit เพื่อผ่าตัดต้องใช้เวลามากกว่า 2 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีแผลขาดเลือดมีโอกาสดูถูกตัดขาเพิ่มขึ้น ดังนั้นทีมจึงนำแนวคิด Lean มาปรับกระบวนการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาที่เร็วขึ้นภายใต้การให้บริการที่ได้มาตรฐานสากล ซึ่งนอกจากจะสามารถลดอัตราการสูญเสียขาได้แล้ว ยังสามารถลดอัตราการเสียชีวิตภายหลังผ่าตัดได้อีกด้วย

ปัจจัยความสำเร็จ คือ หัวหน้าทีมในขณะนั้น (รศ. นพ.เจเนียน เรืองเศรษฐกิจ) มีส่วนผลักดันและให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการบริการในผู้ป่วย CLI มาก ซึ่งการเข้าร่วมประชุมและประสานความร่วมมือของอาจารย์แพทย์ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ระยะเวลาการรอทำ CTA ลดลง และประกอบกับการได้ห้องผ่าตัด DSA ของภาควิชารังสีวิทยา และ Cath Lab ของศูนย์โรคหัวใจเพิ่มเติม และแผนพัฒนาต่อไป คือ จัดทำ The First Visit Protocol เป็นรูปแบบของอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งตั้งให้โปรแกรมสามารถคำนวณ (จาก database ของโรงพยาบาลศิริราชที่มีอยู่เดิม) ระยะเวลาที่สั้นที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สูญเสียขาตามระดับความรุนแรง (Wiffl score) และโรคร่วม ทั้งนี้ในส่วนของงานเผยแพร่ผลงานได้มีโอกาสในการนำเสนอผลงานทางวิชาการในรูปแบบ Online Oral Presentation ในการประชุมวิชาการมหิดลสู่การขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน 2563 (Mahidol Sustainable Development Conference 2020) และการต่อยอดสู่การรับรางวัลภายนอก การส่งขอรางวัลเลิศรัฐ ขณะนี้อยู่ในกระบวนการเขียนส่งเสนอขอรับรางวัลฯ

## Chronic limb-threatening ischemia (CLTI)



**Time = Tissue Loss**



ถอดความรู้โดย ศิริรินทร์ อนันต์ลาภมงคล งานพัฒนาคุณภาพ