

12th HA National Forum Proceedings

C35

Best in Class

18 มีนาคม 2554 เวลา 13.00 - 14.30 น.

ห้อง Sapphire 5

นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.ดร.พญ.พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

นพ.นพดล ชำนาญผล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พญ.สิวลักษณ์ กาญจนบัตร

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัย

กรุงเทพมหานคร

รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(ดำเนินการอภิปราย)

การอ้างอิง

กำธร มาลาธรรม นพดล ชำนาญผล พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข

สิวลักษณ์ กาญจนบัตร อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์. “Best in Class.” 12th HA

National Forum Proceedings. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(องค์การมหาชน), www.ha.or.th, 2554.

อัตราการเกิดติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือด ส่วนกลาง

(นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข) Definition ก่อน จริงๆแล้วตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับ Catheter-related Blood stream infection มีอยู่ 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ 1.23 ในหมวดของ หมวดที่ 1 Product ที่เป็น Clinical outcome คืออัตราการเกิดติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลางทั่วๆไปทั้งโรงพยาบาล

อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจาก
การคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง

- ตัวชี้วัดคุณภาพ UHOSNET
- 1.23 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
- 1.24 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยใน ICU

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

และส่วนที่ 2 คือ เฉพาะ ICU CRBSI ใน ICU เท่านั้น ซึ่งในแต่ละตัวชี้วัดจะมีเรื่อง Definition ซึ่งเป็น Definition ตามคำนิยามระดับสากล ยกตัวอย่างเรื่องของ IC การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดที่เป็นระดับสากล ใช้ Definition เดียวกันหมด



**อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจาก
การคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง**



- ความหมาย
 - การที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใส่สายสวนหลอดเลือดมากกว่า 48 ชั่วโมง โดยที่มีอาการทางคลินิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยและอาการที่แสดงถึงการติดเชื้อลดลงเมื่อถอดสายสวนหลอดเลือดออก
- วัตถุประสงค์
 - ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สาย central line

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง คือ การที่มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใส่สายสวนหลอดเลือดมากกว่า 48 ชั่วโมง โดยที่มีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยและอาการที่แสดงถึงการติดเชื้อลดลงเมื่อถอดสายสวนหลอดเลือดออก วัตถุประสงค์จะมีเรื่องประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่ Central line มาดูเรื่องสูตรคำนวณซึ่งเป็นที่มาว่าเราจะต้องเก็บข้อมูลอะไรบ้าง มีเรื่องจำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย Central line ทั้งหมด ถ้าเป็นตัวชี้วัดที่ 1.23 ก็ทั้งหมดในโรงพยาบาล 1.24 ก็เฉพาะใน ICU ของโรงพยาบาล อย่างเช่นโรงเรียนแพทย์มีหลาย ICU ก็ต้องนับให้หมดทุก ICU ถ้าโรงพยาบาลไหนมี ICU เดียวก็ง่ายหน่อยนับอยู่แค่ ICU เดียว หารด้วยจำนวนวันรวมของผู้ป่วยที่ใส่สาย Central line ทั้งหมด ถ้าเป็น ICU ก็เฉพาะ ICU เช่นเดียวกัน คุณ 1,000



**อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจาก
การคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง**



• **สูตรในการคำนวณ:**

- จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย central line ทั้งหมด
จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใส่สาย central line ทั้งหมด
x 1,000
- ข้อมูลที่ต้องการ:
 - จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย central line ทั้งหมด
 - จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใส่สาย central line ทั้งหมด
- หน่วยของตัวชี้วัด: / 1,000 วันที่ใส่สาย central line
- หน่วยงานที่รับผิดชอบ: Infection Control Unit
- ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล: ทุกเดือน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

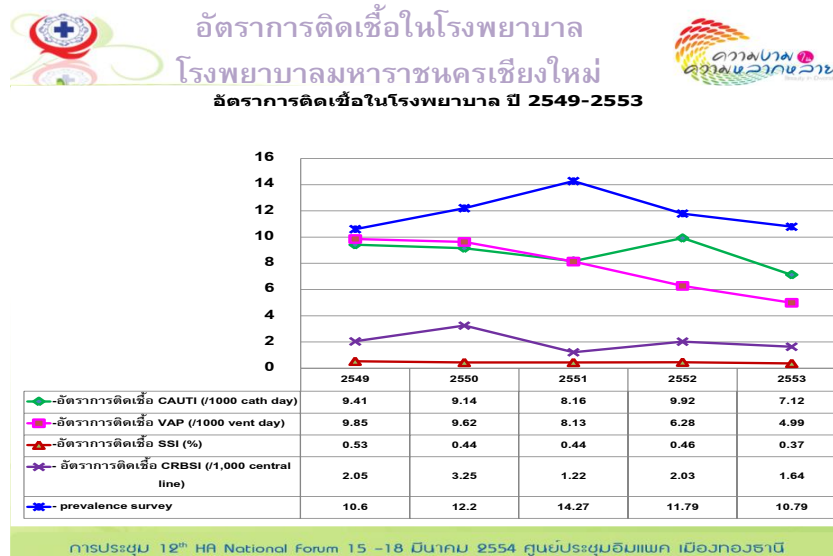
โดยข้อมูลที่ต้องการ คือจำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย Central line ทั้งหมด จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใส่สาย Central line ทั้งหมด หน่วยของตัวชี้วัดต่อ 1,000 วันที่ใส่สาย Central line หน่วยงานที่รับผิดชอบ เป็นเรื่องของ IC Unit เพราะฉะนั้นตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดมาตรฐานที่ทุกโรงพยาบาลมี IC Unit อยู่แล้ว แล้วแต่ว่าจะใช้ชื่ออะไรก็มีการเก็บข้อมูล และตัวชี้วัดแต่ละตัวจะมีการบันทึกความถี่ไม่เหมือนกัน บางตัวชี้วัดก็จะเป็นรายเดือน บางตัวชี้วัดเป็นปีก็มี บางตัวชี้วัดในจำนวน 84 ตัวชี้วัดของเราจะมีการบันทึกรายครึ่งปี รายปี แต่นี้เป็นตัวชี้วัดที่บันทึกรายเดือน เกณฑ์ความสำเร็จถามว่าที่ไปที่มาที่ไปที่ระบุใน Definition เติมไม่รู้หรือว่าเป็นอย่างไร คือไปหา Reference ที่ไหนมาก่อน แล้วค่อยมาว่าของเราอีกทีหนึ่ง เรายังไม่ถึง face นั้น face ที่เราได้ข้อมูลมานานพอสมควรก็เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลมาเยอะพอสมควร เนื่องจากตอนระยะเริ่มต้น 11 โรงพยาบาลเราไม่มีข้อมูลเลยว่าจะเอาเกณฑ์ความสำเร็จตรงไหน

 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการ
คาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ใน ICU 

- เกณฑ์ความสำเร็จ:
 - ✓ ระดับที่ 1: มากกว่า 5.35
 - ✓ ระดับที่ 2: มากกว่า 5.30 ถึง 5.35
 - ✓ ระดับที่ 3: มากกว่า 5.25 ถึง 5.30
 - ✓ ระดับที่ 4: มากกว่า 5.00 ถึง 5.25
 - ✓ ระดับที่ 5: น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 5.00
- ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด: Infection Control Unit/ ศูนย์พัฒนา
คุณภาพ

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

จะเห็นว่ามี 3 สี ก็คือสีเขียว สีเหลือง สีแดง ซึ่งสีเขียวคือเกณฑ์ที่น้อย เกณฑ์ที่ต่ำ ซึ่งอาจจะใช้ข้อมูลจาก International แล้วแต่ว่าผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดจะไปหาข้อมูลมากำหนดตัวเลขนี้ สีเหลืองคือ เยอะพอสมควรแต่ยังไม่เข้าขั้นรุนแรง ส่วนสีแดงคือ เยอะมากๆ แล้ว ฉะนั้นจะเห็นว่ามีเกณฑ์ตรงนี้ก่อน แล้วระยะยาวต่อไปเราจะมาปรับตัวเลขของเราเอง เทียบระหว่างกลุ่มโรงเรียนแพทย์ กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ฉะนั้นจะมาใช้ด้วยกันไม่ได้ ผู้ติดตามข้อมูลตัวชี้วัด ถ้าบางโรงพยาบาลยังไม่มีศูนย์พัฒนาคุณภาพที่ต้องรายงานโรงพยาบาล IC เองก็จะเป็นคนติดตามและดูแนวโน้มว่าเป็นอย่างไร อย่างของผมนอกจากจะมี IC แล้วศูนย์พัฒนาคุณภาพก็จะติดตามและรายงานไปถึงผู้บริหารระดับโรงพยาบาลหรือระดับคณะต่อไป ตัวเลขของ ICU ก็จะเปลี่ยนแปลงต่างกัน ตัวชี้วัดที่ 1.24 จะสูงกว่าเพราะคนไข้ใน ICU จะมีความเสี่ยงมากกว่า จะเห็นว่าตัวเลขก็จะเปลี่ยนไป อย่างเมื่อ 3.5 ก็จะเป็น 5.35 เป็นต้น อันนี้ก็แล้วแต่ที่เราจะหา Reference มาและต่อไประยะยาวจะเป็นตัวกำหนดผลการดำเนินการตัวชี้วัด ยกตัวอย่างให้ดู อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 49-53 เป็นต้นมา จะเห็นว่าโดยภาพรวมมีแนวโน้มที่จะลดลง



ยกเว้นเรื่องของ Prevalence survey เคยขึ้นไปหน่อยหนึ่ง และลดลงมา อย่าง
เรื่อง VAP ก็จะลดลง เรื่องของ CAUTI เคยสูงอยู่ ก็ลดลงมาน้อย เรื่องของ
CRBSI ของเรต่ำมาตลอด เคยสูงนิดๆหน่อยๆแล้วก็ลงมาต่ำ เดี่ยวให้แยกดู
เฉพาะเลยในกราฟที่เป็นส่วนของUHOSNETนี้เป็นตัวเลขของเราเอง อันนี้คือ
ข้อมูลที่โรงพยาบาลเก็บนั้นมีอยู่แล้ว แล้วเราดูแนวโน้มของโรงพยาบาล
ย้อนหลังไป 5 ปี ตัวชี้วัดที่ได้จากข้อมูลที่เราจะ access เข้าไปใน THIP
หลังจากที่เราได้กรอกข้อมูลไปจะเห็นว่า



เป้าหมาย	2550	2551	2552	2553	UHOSNET (mean range)	NHSN
≤ 1	3.68	2.41	2.03	1.64	2.9-3.8	2.2

NHSN = National Health Safety Network

ที่เรากรอกข้อมูลไปตั้งแต่ Quarter ที่ 2 ของ 2008 จะเห็นว่าเราเก็บมานาน ถึงตอนนี้เข้าสู่ Quarter ที่ 3 ของปี 2010 เพราะ Quarter ที่ 4 ยังไม่ครบ Quarter ที่ 4 จะสิ้นสุดประมาณเดือนนี้ล่ะครับ จะเห็นว่าเราใช้เวลาที่เก็บข้อมูลย้อนหลังไปประมาณ 2 เดือนตั้งแต่เดือนธันวาคม เราเก็บประมาณปลายกุมภาพันธ์ ข้อมูลของปี 53 จะสิ้นสุดสิ้นมีนาคม จะเห็นครบหมด ฉะนั้นจะเห็นว่าตั้งแต่เริ่มดำเนินการค่าสีฟ้า ถ้าดูง่าย ๆ ย้อนมาที่อาจารย์อภิชาติพูดไปเมื่อสักครู่นี้ สีฟ้าเข้มคือ Maximum สีฟ้าอ่อนคือ Minimum และค่า Mean คือค่าตัวสีเหลือง สีน้ำตาลเหลือง จะเห็นว่าแนวโน้มเป็นอย่างไรบ้าง ตอนแรกก็ดูดีพอตอนหลังๆ ไปก็จะมี ความแตกต่างกันมากขึ้น ทำไมดูเหมือนแตกต่างกันมากขึ้น เพราะว่าจริงๆ แล้วตัวชีวิตแต่ละตัว ถึงแม้จะเป็น 11 โรงพยาบาลก็ไม่ได้ส่งครบถ้วนทั้งหมด ตอนเริ่มต้นโครงการจากเริ่มต้นจริงๆ 33 ตัวชีวิต ทั้ง 11 แห่งก็ไม่ได้ส่งครบทั้ง 33 ตัวชีวิต เพราะฉะนั้นในบางช่วงเวลาอาจจะมีบางสถาบันที่ส่งมาบางตัวชีวิต บางตัวชีวิตก็ไม่ได้ส่ง ยกตัวอย่างเช่น ณ เวลานี้ใน 11 โรง อาจจะมีแค่ 8 โรงที่ส่ง เพราะฉะนั้นข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเริ่มแรกของการที่เราส่งข้อมูลไปอาจไม่ครบถ้วนใน 11 โรงพยาบาล แต่พอตอนหลังจะเห็นว่าความ Variation เริ่มเยอะขึ้น แสดงว่ามีข้อมูลเข้ามามากขึ้น และผมยังไม่แน่ใจว่าตรงนี้ไม่ได้นับเฉพาะทั้ง 11 โรง น่าจะเป็นรวมอีก 10 โรงพยาบาลที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และจะเห็นว่าตัวเลขมันเลย Swing ตรงนี้ แต่อย่างไรก็แล้วแต่ ยกตัวอย่างของผลการดำเนินงานในตัวชีวิตที่ 1.23 คือสีเขียวเข้มของผมนี่ก็จะอยู่ในแนวต่ำ บ้างอันก็ลงต่ำมาสุด แต่แนวโน้มจะต่ำลงมาเรื่อยๆ ตลอด อันนี้ก็เฉพาะใน ICU ตัวชีวิตที่ 1.24 ก็จะเห็นว่าถ้าเราดูภาพรวม Maximum ยังสูง เพราะฉะนั้นบางโรงพยาบาลถึง 9 % กว่าๆ อันที่ต่ำก็จะลงมาต่ำมาก อาจจะน้อยมากๆ แต่ของผมนี่ก็อยู่สีเขียวเข้มจะดูในแนวต่ำ ต่ำกว่า Mean มาตลอด แล้วก็ต่ำกว่า Percentile ที่ 25 มาตลอด บางอันก็เป็นช่วงที่ต่ำที่สุดมาตลอด เพื่อให้ดูว่าถ้าเราเปรียบเทียบกับค่า Mean ค่าที่ 1.23 ของเรา Mean เฉลี่ยของทั้งปี 1.64 ถ้าเทียบ Mean ของ UHOSNET อยู่ประมาณ 2.9 หรือ 2.8 ก็คือตอนนี้ถือว่าเฉลี่ยต่ำสุด นี่ก็เปรียบเทียบกับ National Health Safety Network

ก็จะเป็นเรื่องของ Mean ก็ 2.2 ก็จะเห็นว่าถ้าเรา Benchmark ในกลุ่มของใน
โรงพยาบาล กลุ่มโรงเรียนแพทย์ ทั้งหมด 21 แห่ง

อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจาก การคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง

- การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาสู่การปฏิบัติเพื่อลดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
- ทีมอาจารย์แพทย์ และพยาบาล ภาควิชาศัลยศาสตร์ และงานพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. มีการประชุมผู้เกี่ยวข้อง และ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน
2. ปรับเปลี่ยนและกำหนดแนวปฏิบัติในการใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง กำหนดวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ วิธีการวินิจฉัยการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ให้เป็นตามหลักฐานเชิงประจักษ์
3. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง
5. เฝ้าระวัง และติดตามผลลัพธ์

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ของเราก็ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่อัตราการติดเชื้อต่ำถ้าเทียบกับของต่างประเทศ
ถามว่าเราใช้แนวปฏิบัติอะไร เริ่มที่คนไข้มีปัญหาเยื่อเป็นผู้ป่วยศัลยกรรม
เพราะผู้ป่วยศัลยกรรมนอนนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไข้ที่ผ่าตัดโดยเฉพาะ
อย่างยิ่งเกี่ยวกับหลอดเลือดอาหาร หรือต้องผ่าตัดเกี่ยวกับ Bowl แล้วกินอาหาร
ไม่ได้ ก็ต้องคาสาย Catheter อยู่ยาวนาน ต้องให้ parenteral nutrition เป็นกลุ่มที่
จะมีอัตราความเสี่ยงที่เยื่อที่สุด เพราะฉะนั้นทางทีมของศัลยแพทย์ อาจารย์
ทางภาควิชาศัลยศาสตร์และพยาบาล ก็จะใช้แนวเหมือนกับการวิจัยโดยใช้
Evidence based practice มาปฏิบัติเพื่อลดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่
สัมพันธ์กับการใส่ Catheter โดยที่ต้องเป็นขั้นตอน มีการประชุม แต่งตั้ง
กรรมการ แล้วก็นำ Evidence based มาทบทวนทำให้มีการปรับเปลี่ยนกำหนด
แนวปฏิบัติการใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง การดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติในการดูแล
ในผู้ป่วยที่ใส่ Catheter กำหนดวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ วิธีการวินิจฉัยในการติด
เชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่ Catheter โดยใช้ Evidence based เป็น
หลัก ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นทางด้านภาควิชาจุลชีววิทยา
เกี่ยวกับงานจ่ายกลางในการเตรียมอุปกรณ์ เกี่ยวกับเภสัชในการเตรียม

อุปกรณ์ที่นำมาใช้สำหรับการฆ่าเชื้อและมีเรื่องการเฝ้าระวังและมีการติดตามผล ผลก็จะให้เห็นอย่างที่ได้ดูว่าแนวโน้มก็ลดลงเรื่อยๆ โดยที่แนวปฏิบัติที่นำมาปรับเปลี่ยนทาง IC ใช้แนวนี้ก็คือเปลี่ยนตัวน้ำยาที่ใช้ ใช้ 2 % chlorhexidine in alcohol แทนการใช้ 0.5 % chlorhexidine in alcohol และ povidone iodine เดิม เพราะว่ามี การวิจัยพบว่าการใช้ 2 % chlorhexidine in alcohol ลดอัตรา การติดเชื้อเมื่อเทียบกับการใช้ povidone iodine ลงอย่าง Significant แล้วก็ ปรับแนวทางการเก็บส่งสิ่งตรวจ เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อโดยใช้วิธี Semi quantitative catheter segment culture และ Differential time to positivity แทนวิธีเดิมคือ Broth culture เพราะว่าทั้ง 2 วิธีมี Specificity ที่ดีกว่าโดยวิธี เดิมตรงนี้คือมีตัวเลขสูงถึงประมาณ 70-80% เพราะฉะนั้นวิธีการเก็บส่งตรวจ และก็ใช้ full maximum barrier ขณะใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง นี่ก็เป็น 3 วิธีหลักๆที่นำมาปรับเปลี่ยนในกระบวนการที่เรามาใช้ในคนไข้โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในศัลยกรรมที่เราใช้ตรงนี้ก็ทำให้ตัวเลขแนวโน้มลดลง ตอนเดิมที่เขา เก็บไว้ตอนก่อนที่เขาจะเริ่ม 1.73 แล้วเราเหลือ 1.07 ต่อ 1,000 Catheter ใน คนไข้ที่อยู่ใน ICU ศัลยกรรมเท่านั้น แล้วตรงนี้เราก็นำแนวปฏิบัตินี้มาใช้ใน โรงพยาบาลทั่วทั้งหมด ก็ทำให้แนวโน้มของการเกิดติดเชื้อจาก Catheter-related blood stream infection ของที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มี แนวโน้มที่ลดลง แล้วก็อยู่ในกลุ่มที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย คิดว่าใช้เวลาเท่านั้นะ (รศ. นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์) นี่เป็นตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการใช้ประโยชน์จาก KPI อย่างชัดเจนว่าเราเก็บ KPI ไปทำไม ถ้าเก็บ แล้วเพื่อส่ง สรพ. อันนี้ไม่มีประโยชน์ เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราต้องการคือเมื่อเก็บ แล้วทางทีมที่ปฏิบัติงานอยู่หน้างานเห็นตัวเลขแล้วเฝ้าดูไว้แล้วก็มาปรับเปลี่ยน อันนี้ก็เห็นว่าถึงแม้ผลการดำเนินงานเขาจะดีอยู่แล้วก็ยังได้มีการมาปรับ แนวทางปฏิบัติใหม่อีกตาม Evidence based ที่ตัวเองมี ปรับการใช้ยา ปรับ แนวทางการเก็บ และก็ทำให้ผลการรักษาของคนไข้ดีขึ้นเรื่อยๆ เป็นตัวอย่างที่ ค่อนข้างชัดเจน ซึ่งเป็นการใช้ประโยชน์จาก KPI อย่างเป็นรูปธรรม พอที่ อาจารย์วุฒิเดชมีการกิจที่จะต้องรีบเดินทางฉะนั้นจะเป็น Session เดียวที่เราจะ แยกออกมาและก็จะอยากให้ทาง Floor ถ้ามีคำถามถามอ่านอาจารย์ก่อนนะครับ

เพราะเดี๋ยวท่านอาจารย์จะต้องเดินทางขออนุญาตลงจากเวทีก่อน ไม่ทราบว่ามีโรงพยาบาลไหนที่มีบริบทการทำงานเรื่อง Catheter-Related Blood stream Infection ที่คล้ายๆ กันถามอาจารย์ไหมครับ? (นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข)
ผมขอเพิ่มเติมอีกนิดหนึ่ง คือจุดเริ่มต้นเป็นจุดที่ยากที่สุด คือการเก็บข้อมูล ส่วนใหญ่อุปสรรคทั้งหมดในการเริ่มต้น อย่างโรงพยาบาลผมเริ่มต้นมาคือการเก็บข้อมูล ตัวชีวิตทั้งหมด 84 ตัวชีวิต บางแห่งไม่เคยมีตัวชีวิตเหล่านี้ ไม่เคยเก็บตัวชีวิตบางตัว แต่ก็โอเค IC นี่เป็นตัวชีวิตมาตรฐานที่ทุกโรงพยาบาลต้องมีการเก็บอยู่แล้ว เพราะเป็นเรื่องของ Safety โรงพยาบาลจะทำหรือไม่ทำ คุณภาพก็ตาม แต่มีตัวชีวิตอีกหลายตัวซึ่งเป็นอุปสรรคกับหลายโรงพยาบาล ซึ่งการที่ได้มาเรียนรู้ร่วมกันจะต้องมีการแชร์กันว่าที่แต่ละโรงพยาบาลมีแนวทางในการเก็บอย่างไร ใช้คนเก็บ ใช้วิธีการเป็นแบบ Manual หรือใช้วิธีการ IT เข้ามามีส่วนร่วม ตรงนี้เป็นส่วนที่เกิดการเรียนรู้และทำให้เกิดประโยชน์อย่างมาก ผมสนับสนุนว่าถ้าใครสนใจมาเข้าร่วมโครงการนี้นอกจากเราจะได้เรียนรู้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งหมดเลยในการทำในแต่ละแห่งว่ามีแนวทางอย่างไรบ้าง แล้วก็จะได้รับ Best Practice ของแต่ละโรงพยาบาล จะมีการแชร์สิ่งเหล่านี้ ไม่ต้องกลัวว่า 84 ตัวชีวิต จะต้องส่งทั้งหมด ไม่จำเป็นต้องส่งทุกตัวชีวิต อยู่ที่ว่าบริบทของเรา ณ ตอนนี้มีฐานข้อมูลที่เราจะเก็บส่งตัวชีวิตไหนได้ ก็ส่งมาก่อน อาจจะเริ่มต้น 3 ตัว 5 ตัว ต้องเรียนให้ทราบว่า กว่าเราจะได้มาถึงตรงนี้ หลายโรงพยาบาลเริ่มแรกก็ส่งไม่กี่ตัวชีวิต จนกระทั่งเราปรับวิธีการเก็บให้เป็นไปตาม Definition แล้วจัดการกระบวนการภายในของแต่ละโรงพยาบาลก็สามารถที่จะเข้าร่วมได้ ถึงจนทุกวันนี้ก็ยังไม่มียุโรป หรืออาจจะมียุโรปบางที่ที่เราได้ส่ง 100% อยู่ และที่โรงพยาบาลจุฬาฯ คิดว่าโรงพยาบาลอื่นที่เข้าตั้งแต่เริ่มต้นก็ยังส่งไม่ครบทุกตัวเพราะว่ามีอุปสรรคหลายๆ อย่างอยู่ คิดว่าสนับสนุน และเห็นความสำคัญของส่วนนี้ แล้วก็จะทำให้เป็นจุดกระตุ้นว่า เมื่อเราทำได้ถึงจุดหนึ่ง แล้วเราไม่รู้ว่ารักษาคนไข้ไปดีหรือเปล่า เพราะว่าเราไม่ได้เทียบกับใครหรือคิดว่าตัวเราดี เพราะมาเข้าโครงการนี้ เราอาจไม่รู้ว่าใครอยู่เท่าใด แต่เราอาจจะรู้ว่าตัวเราแย่ที่สุด แต่ถ้าเมื่อไหร่เรารู้ตัวว่าเราแย่ที่สุดอันนี้เราจะต้องปรับปรุงอย่างมากเลย เห็นประโยชน์อย่างยิ่ง

และต้องขออนุญาตเนื่องจากมีฐานะ (คำถาม) Procedure ใน Policy ที่ทำเน้น
หรือไม่ว่าควรจะเลือกSubclavian เป็นอันดับแรก ตอนเริ่มต้นโดยส่วนใหญ่จะ
เริ่มจากด้านบนอยู่แล้ว เนื่องจากความชำนาญของคนที่ทำ ยกเว้นบาง
Procedure ที่จะไปทำFemoral ถ้าอาจารย์เน้นให้เป็นSubclavianได้หมด
รับรองไม่มีใครล้มแชมป์ (รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์) ลำดับต่อไปมาดูว่าทาง
สงขลานครินทร์ ทำอย่างไรทำให้อัตราการตายของ Acute Myocardial Infarction
ของสงขลานครินทร์ต่ำกว่าที่อื่นๆ นะครับ

Acute Myocardial Infarction

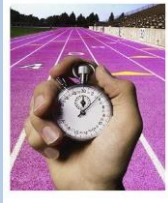


สวัสดีครับ ท่านผู้ร่วมเข้าประชุมทุกท่าน ผมนำเสนอเรื่อง Acute Myocardial
Infarction ก่อนอื่นสไลด์แรกๆผมจะโชว์ให้เห็นถึงว่าวิธีการรักษา MI ในปัจจุบัน
ทำอย่างไร แล้วก็จากนั้นก็โชว์ตัวเลขของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ให้ดู
สุดท้ายสไลด์หลังๆก็จะบอกว่าสุดท้ายแล้วอะไรเป็นตัวสำคัญที่ทำให้อัตราการ

เสียชีวิตของคนไข้ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ลดลง

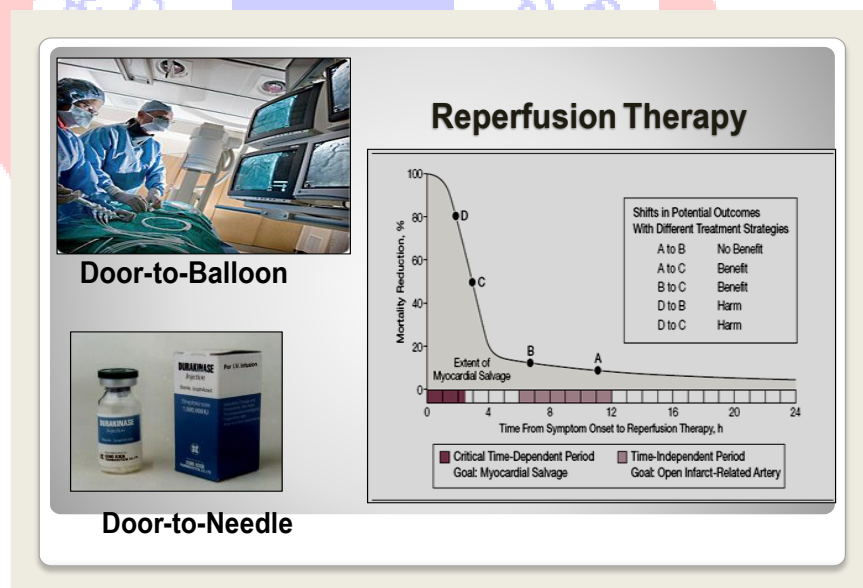
Mortality Reduction strategy in STEMI

- Total ischemic time (onset-to-treatment)
 - Onset-to-Door
 - Door-to-Reperfusion
- Aspirin, Defibrillator
- Betablocker ACEI, ARB
- Statin



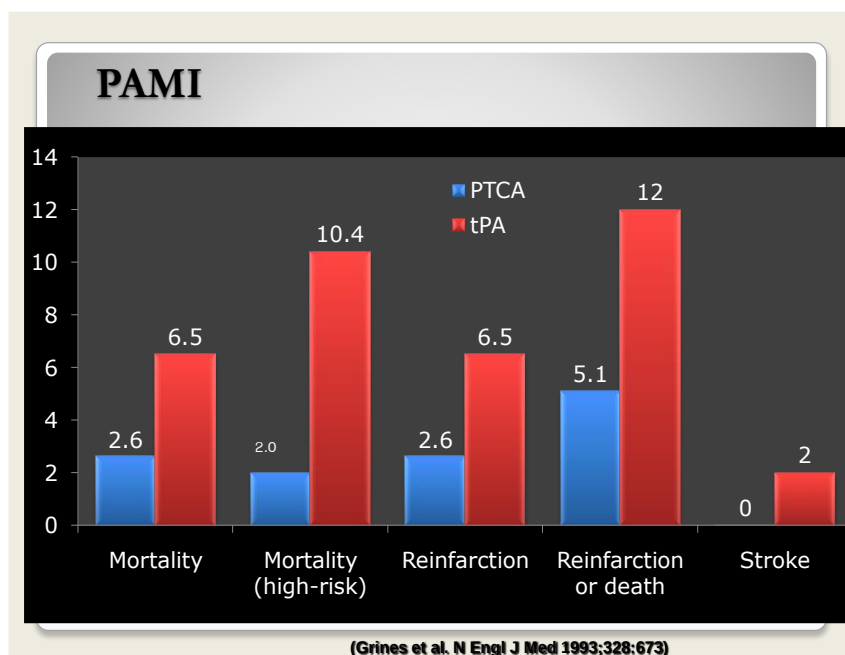
Acute Myocardial Infarction คือ โรคที่มีอัตราการตายค่อนข้างสูง แล้วก็เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มที่เราเรียกว่า ST Segment elevation Acute Myocardial Infarction ที่เกิดจากการอุดตันหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ 100% ถ้าเราปล่อยไว้กล้ามเนื้อหัวใจก็จะตายอย่างรวดเร็ว เพราะฉะนั้นเราต้องรักษาโดยการที่ทำให้เปิดหลอดเลือดให้เร็วที่สุด อันนี้เป็นหลักการรักษาที่ตรงประเด็นที่สุด ดีกว่าเราไปรักษา Heart Failure ที่หลัง ผลการศึกษาในทาง Clinic ต่างๆ แสดงให้เห็นว่าการที่เราจะลดอัตราการตายในคนไข้ที่เป็น ST Segment elevation Acute Myocardial Infarction ทำอย่างไรได้บ้าง ประเด็นที่สำคัญที่สุดก็คือลด Total ischemic time คือลดระยะเวลาตั้งแต่คนไข้เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งคนไข้ได้รับการรักษา Effective Treatment นั้นหมายถึงว่าลดระยะเวลาตั้งแต่คนที่เริ่มเป็น On set จนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล ลดระยะเวลาตั้งแต่คนไข้มาถึงโรงพยาบาลแล้ว จนกระทั่งคนไข้ได้ Effective Treatment อันนี้เป็น Key ที่สำคัญ เมื่อคนไข้มาถึงโรงพยาบาลแล้ว คนไข้จะต้องได้ Aspirin ต้องมี ICU ให้นอน เพื่อ Monitor Rhythmของคนไข้และสามารถทำ Defibrillator ได้เมื่อคนไข้เกิด Cardiac Arrhythmia เพราะอัตราการตายในช่วงแรกนั้นเกิดจาก Cardiac Arrhythmia เป็น

จำนวนมาก ใน Long term คนไข้จะต้องได้ Beta-blocker ต้องได้ ACEI หรือว่า ARB ถ้าเกิดคนไข้ไม่สามารถรับประทาน ST Inhibitor ได้ โรคกับยาที่เป็น Secondary Prevention ที่สำคัญก็คือ Statin ที่เป็นยาลดไขมัน Indicators Acute MI ของ THIP ที่สำคัญ คือ Mortality rate ที่เหลือในความเห็นส่วนตัว เป็น Indicators ที่วัดกระบวนการเพื่อลด Mortality คือการดูว่าให้ Fibrinolysis ภายใน 30 นาทีหรือเปล่า หรือว่าถ้าเกิดในทีๆทำ Balloon น้อยกว่า 90 นาที หรือเปล่า คิดว่าอีกหน่อย THIP คงต้องใส่เข้าไปในโรงพยาบาลที่มี Primary PCI ดูว่าคนไข้ได้ Aspirin ตอนมาโรงพยาบาลไหม และตอนกลับบ้านไปได้หรือเปล่า ได้ Beta-blocker ตอนแรกหรือเปล่า ตอน Discharge ได้หรือเปล่า มีการแนะนำคนไข้เรื่องการหยุดสูบบุหรี่หรือเปล่า ซึ่งอันนี้เป็นตัวหนึ่งที่ทำให้คนไข้มี Recurrent Rate สูง

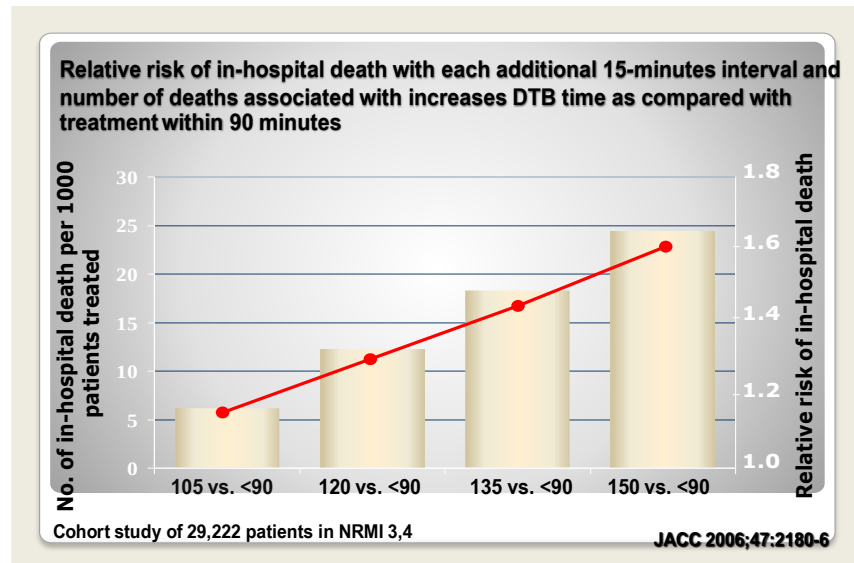


ไม่ว่าเราจะรักษาด้วยวิธีไหน ไม่ว่าเราจะเอาคนไข้ไปทำ Balloon หรือว่าให้ยา ตัวที่สำคัญมากๆ คือทำอย่างไรที่จะรักษาได้เร็ว เราลองดูกราฟ กราฟเป็นเวลาที่ 0 เป็นเวลาที่หลอดเลือดเริ่มอุดตัน จะเห็นว่าเมื่อเวลาผ่านไปในช่วงแรก กล้ามเนื้อหัวใจจะลดลงอย่างรวดเร็ว การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมาก พอใน 4 ชั่วโมงแรกเป็นเวลาที่สำคัญมาก พอเลยช่วงเวลานี้ไปแล้วนี้การรักษาคนไข้เร็วก็จะเป็นประโยชน์อยู่ แต่ว่าประโยชน์จะน้อยลง

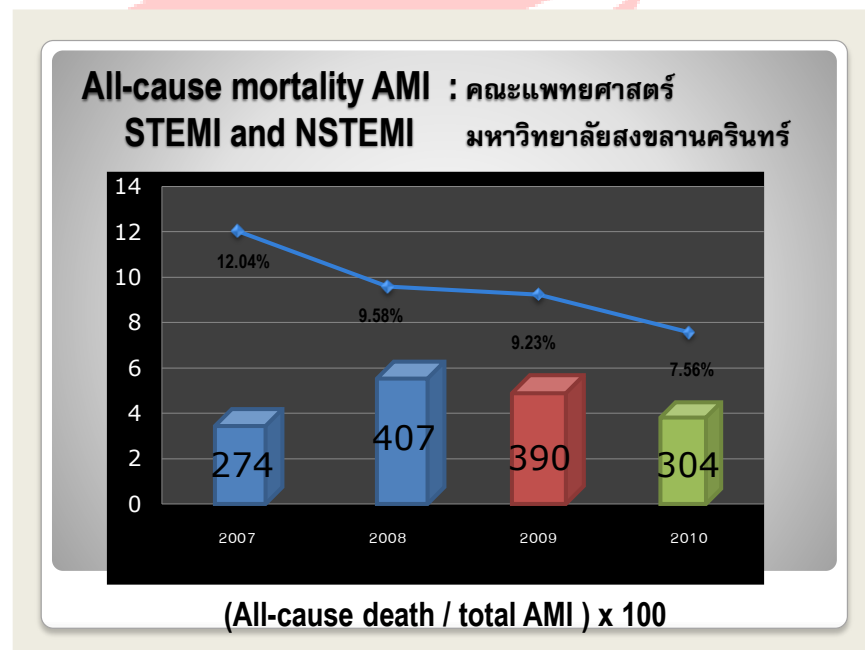
เพราะฉะนั้นการรักษาจะเน้นที่ว่าทำอย่างไรจะให้ Reperfusion Therapy ต่อคนไข้ให้ได้เร็วที่สุด ภาษาทางการแพทย์จะบอกว่า **Time is Myocardial** เวลา ก็คือ กล้ามเนื้อหัวใจ ไม่ว่าเราจะรักษา การเลือกวิธีการรักษาก็มีผลด้วย ใน การศึกษาข้อมูลใหม่ ซึ่งจริงๆ ก็เป็น 10 ปีแล้ว ถ้าเกิดว่าเราเลือกเอาคนไข้ MI มาทำ Balloon อัตราการตายจะลดลง จาก 6.5% ในกลุ่มที่ได้ Fibrinolytic ที่เป็น Tissue Paminogen activator ลดลงจาก 6.5 เหลือ 2.6%



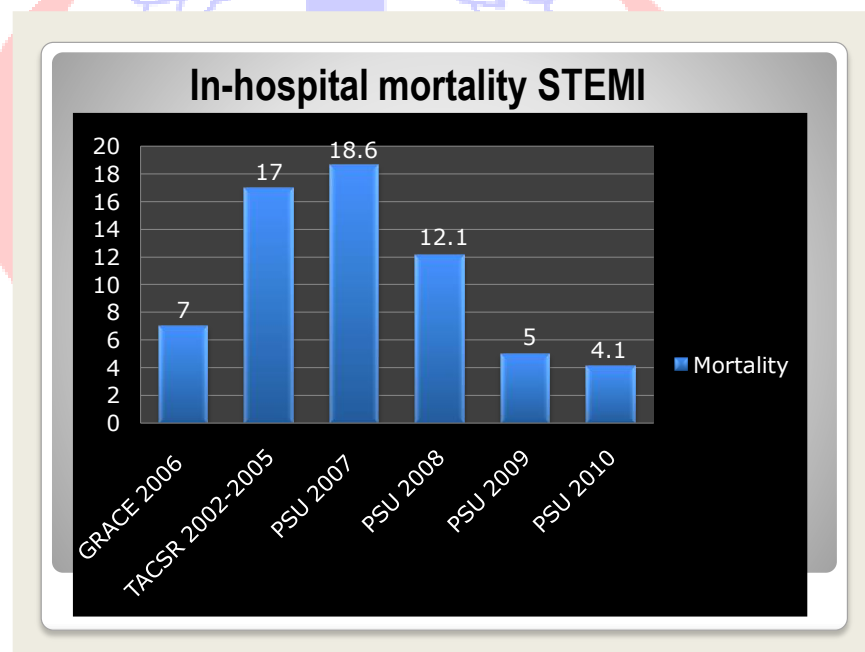
ถ้าไปดู META Analysis ตั้งแต่ปี 2003 จะเห็นชัดเจนว่าอัตราการตายในกลุ่มที่ทำ Balloon ใน Primary PCI ลดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ยา Recurrent Ischemia ลดลง อย่างชัดเจนจาก 21% เหลือ 6% แล้วถ้าเกิดใครจะทำ Balloon ก็ไม่ใช่ว่านี่จะทำเวลาไหนก็ได้ การทำ Balloon จะให้ได้ประโยชน์เป็นการทำเพื่อแข่งกับเวลา เป็นการแข่งกับ Fibrinolytic ถ้าเราทำ Balloon ช้า เรื่อย่าทำ Balloon ดีกว่า ให้ Fibrinolytic ไปเลย เพราะว่า Fibrinolytic สามารถให้ได้ค่อนข้างเร็ว ทำ Balloon ต้องใช้เวลาในการ Set up ต้องเตรียมตัวมาจากบ้านเพื่อเปิดห้อง Cath เพื่อมาสวนหัวใจ



เพราะฉะนั้นถ้าใช้เวลาที่ 90 นาทีเป็นมาตรฐาน นั้นหมายถึงว่าถ้าสามารถทำบอลลูนได้ช้ากว่า 90 นาทีนับจากเวลาที่ผู้ป่วยควรจะได้ Fibrinolytic ไปนี้ ณ เวลานั้นพอเลย 90 นาทีไปแล้วอัตราการตายของคนไข้ก็จะสูงกว่า เมื่อเทียบกับการให้ Fibrinolytic เพราะฉะนั้นถ้าจะทำ Balloon ต้องทำเวลาเพื่อให้ PCI Related Time หรือว่าระยะเวลาที่เราใช้ในการ Set Up เพื่อทำ PCI น้อยกว่า 90 นาที คนไข้ถึงจะได้ประโยชน์จากการรักษาของเรา



Result ของการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นอย่างไรบ้าง อันนี้เราดู อัตราการตายของคนไข้ ในช่วง 4-5 ปีหลัง อัตราตายลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับ อันนี้เป็น All-cause mortality AMI เป็นทั้ง STEMI และ NonSTEMI อัตราตายในช่วงปี 2007 อยู่ที่ 12% และลงมาเรื่อยๆ เป็น 9.58 ที่ปี 2008 และลงมาเหลือที่ 7.56 ที่ 2010 นี่ก็ทั้ง STEMI และ NonSTEMI อันนี้เป็น All-cause mortality คือเข้ามาแล้วเป็น MI อัตราตายไม่ว่าจะตายจาก Pneumonia ตายจาก Sepsis เป็นปัญหาแทรกซ้อนภายหลัง เราก็นับไว้หมด อัตราตายปีที่แล้วของเรา Total แล้ว 7.56%



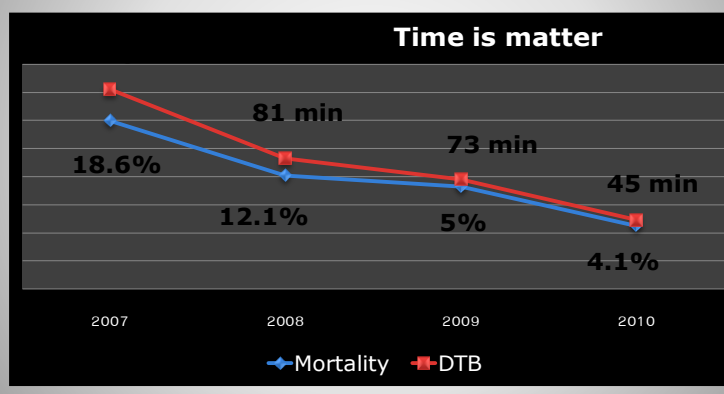
ถ้าดูในกลุ่มของ ST Segment Elevate MI เป็นอย่างไรบ้าง อัตราตาย ใน ST Segment Elevate MI ที่ไปหามาได้เป็นของ Grace Registry ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลในยุโรป และในอเมริกา อัตราของ STEMI จะอยู่ประมาณ 7% ของไทย ACS Registry ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมในโรงเรียนแพทย์ แล้วก็โรงพยาบาลเอกชนใหญ่ๆ ในกรุงเทพฯ ข้อมูลของปี 2002-2005 อัตราตาย STEMI อยู่ที่ประมาณ 17%

STEMI: Primary PCI program 24 hrs/ day 7 days/ week

	Number Emergency case	Primary PCI	Door-to- balloon (min)	Mortality %
2007	53	41	120	18.6
2008	140	90	81	12.1
2009	136	101	73	5.0
2010	167	123	45	4.1

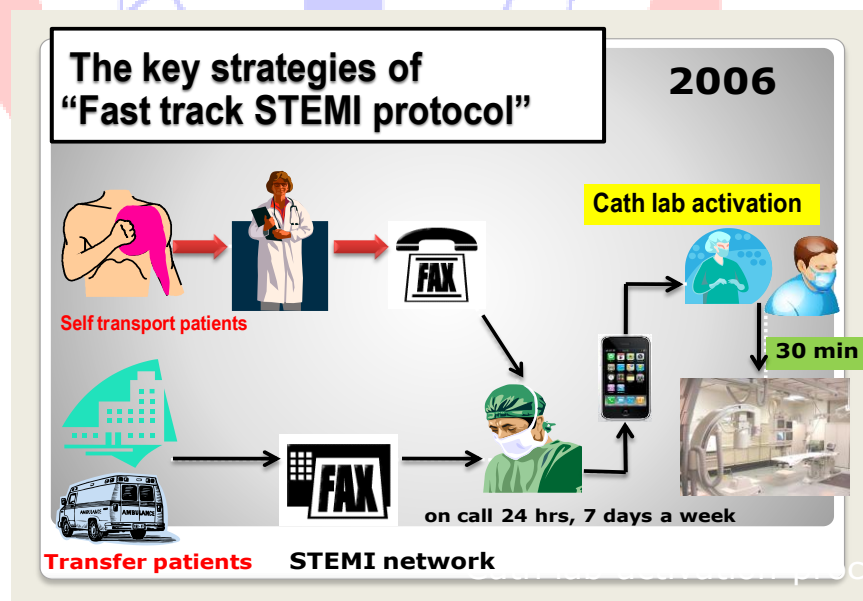
ของปี 2007 ที่เราเริ่มเก็บข้อมูลอัตราการตายเราเยอะ สูงมากจนน่าตกใจ แล้วปี 2008 เราปรับปรุงอัตราการตายก็ลดลงจาก 18 เหลือ 12 แล้วก็จาก 12 ลดลงมาเหลือแค่ 5% เมื่อปีที่ผ่านม้อัตราตายของ STEMI เราอยู่ที่ 4.1%

Door-to-Balloon and Mortality



ลองมาดูว่าตอนแรกที่เกริ่นไว้ว่าการรักษาพวกนี้อยู่ที่เวลา Door-to-balloon Time คนไข้มาถึงเรา แล้วเราทำ Balloon เราใช้เวลาเท่าไร ในปี 2007 คนไข้มาถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมอ. ใช้เวลาทั้งหมด 120 นาที ในการที่จะเอา

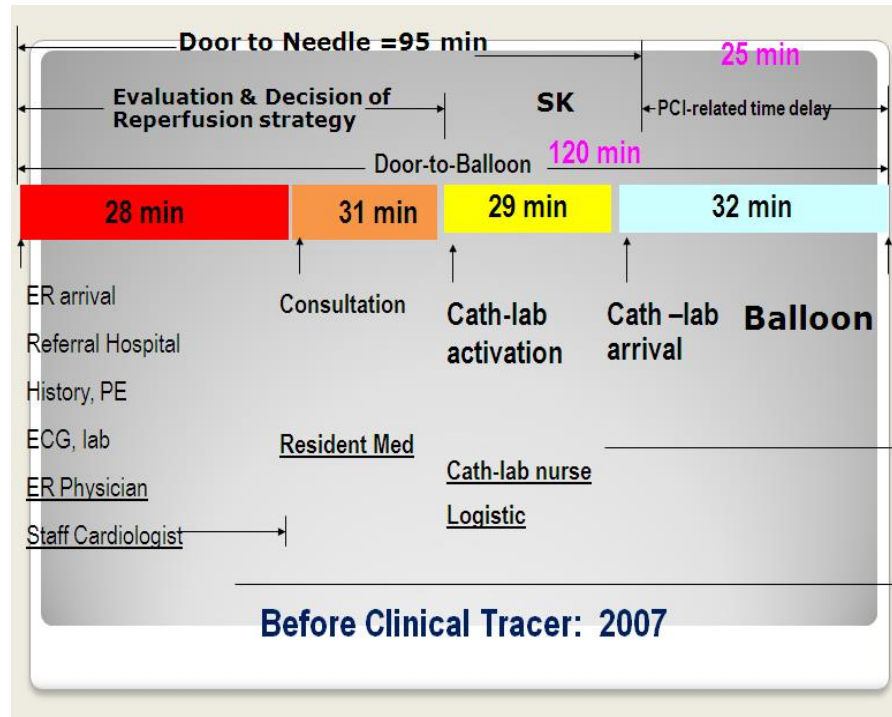
คนไข้เข้าไปที่ห้อง Cath และก็ Inface Balloon หรือใช้เครื่องมือที่ใช้ในการดูด Thrombus ออกจากหลอดเลือด ใช้เวลาทั้งหมด 120 นาที และก็ใช้เวลาลดลงเรื่อยๆ จาก 120 นาที ลงมาเหลือ 81 และก็เหลือ 73 เมื่อปีที่ผ่านมาผมใช้เวลาทั้งหมด 45 นาทีตั้งแต่คนไข้มาถึงห้องฉุกเฉิน แล้วก็ตามทีมมาเปิดห้องสวนหัวใจ เอาคนไข้จากห้องฉุกเฉินมาห้องสวนหัวใจ ปูผ้า ฉีดยาชา ใส่สายสวนเข้าไป ใส่ Guide-wire ดูด Clot ออกมา ใช้เวลาทั้งหมด 45 นาที เรามีคนไข้ Primary PCI เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะเห็นว่าเวลาน้อยลงเรื่อยๆ อัตราตายลดลงเรื่อยๆ แต่ว่าจำนวนคนไข้ก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คนไข้ทุกคนที่ถูกเรา Activate มาทำไม่ได้แปลว่าจะทำ Primary PCI บางคนอาจจะไม่รอด บางคนอาจจะไม่ใช่ เราถูกตามทั้งหมด 167 ครั้งในหนึ่งปี ที่เราต้องมาทำฉุกเฉิน ถ้าดูกราฟให้ง่ายขึ้น จะเห็นว่าอัตราตายกับ Door-to-Balloon Time จะวิ่งลงไปในทิศทางเดียวกัน



เราทำอะไรไปบ้างที่มีผลต่ออัตราตายของคนไข้เรา อันดับแรกที่เราคิดว่าทำให้เราทำงานอย่างเป็นระบบมากที่สุด ก็คือว่าเราเริ่มมี Fast track protocol ตั้งแต่ประมาณปี 2006 - 2007 หลังจากที่ผมกลับมาไปเรียนหนังสือมา หมายถึงว่าในคนไข้ที่มาในโรงพยาบาล จะดูด้วย ER Physician และก็ดูด้วย Internist ถ้าสงสัยว่าเป็น Acute Myocardial Infarction เราไม่สามารถให้อยู่ที่ห้องฉุกเฉินได้

เราก็ให้ ER Physician Fax ECG ไปให้หมอ Cardio หรือว่า Interventional Cardiologist ดู ส่วนใหญ่ 60-70% เป็นคนไข้นอกเวลา ก็ Fax ไปที่บ้านให้ดู แล้วถ้าคนไข้เป็น MI จริง เราจะ Activate ทีมจากบ้าน ตามทีม Nurse มาเปิดห้อง Cath มาเตรียมอุปกรณ์ ถ้าเป็นคนไข้ Refer จากโรงพยาบาลข้างนอกไม่ว่าจะโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลจังหวัดสามารถที่จะติดต่อกับ Cardiologist อาจารย์ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้โดยตรง มีเบอร์โทรให้เลยว่าถ้าสงสัย STEMI สามารถติดต่อได้เลย 24 ชั่วโมง และ Fax ECG มาให้ดู พอได้แล้วเราก็คิดว่าใช่แน่ เราก็จะทำ Primary PCI ร้อยละ 100 ยกเว้นว่า Interventionist ไม่อยู่จริงๆ ก็จะไปให้ SK ซึ่งปีที่ผ่านมาระยะนี้เราแทบจะไม่ได้ใช้ SK เลย พอใช้ปั๊บเราก็ให้เขา Fax ECG เราก็ Activate ทีม เอาคนไข้มาทำ อันที่ 1 เป็นเรื่องของ Fast track ซึ่งมีรูปแบบที่แน่นอน มี coordinator ในการที่จะประสานงาน และสามารถจะ Feed back กลับไปในโรงพยาบาลต่างๆ ได้ว่าโรงพยาบาลห่างจากอำเภอหาดใหญ่ไป 70 กิโลเมตร ถ้า Refer 3 ชั่วโมง ก็ไม่ถูกกะนานเกินไป เพราะฉะนั้นก็ควรที่จะให้ SK มากกว่า ถ้าคิดว่าจะส่งคนไข้มาทำ Balloon ต้องใช้เวลาเท่าไร อันนี้เป็นระบบที่มีการ coordinator ที่โรงพยาบาลเรา และอยากให้มี coordinator ที่โรงพยาบาลที่ Refer มาด้วย อันที่ 2 ที่เราเอามาใช้คือตอนที่เราริเริ่ม Fast track ในปี 2007 จะเห็นว่าอัตราการตายสูงมาก 18% เรามานั่งดูตัวเลขไม่ดีเลย มีวิธีอะไรที่จะพัฒนาได้หรือเปล่า ตอนนั้นศูนย์คุณภาพ ท่านผู้บริหารเอง คณบดีได้ลงมาดูว่าอัตราการตายค่อนข้างเยอะและมีทีมของ HA ก็มาดู แล้วบอกว่าเราลองมานั่งจับเวลากันดูใหม่ Door-to-Balloon Time พอดีไปหน่อย ซึ่งเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานเกินไปจะทำให้ดีมากกว่านี้ได้หรือเปล่า เราเอา Clinical tracer มาใช้ จริงๆแล้วไม่มีอะไรเลย จริงๆคือกระดาษแผ่นหนึ่ง ซึ่งอาจจะมียารละเอียดแต่ว่าผมไม่ค่อยรู้จักเท่านี้เอง แต่ที่ผมใช้เป็นแค่กระดาษแผ่นเดียว คือเราให้ลงเวลว่าคนไข้มาถึงเวลาที่ห้องฉุกเฉินใช้เวลาเท่าไร ก็โหมง จากห้องฉุกเฉิน คุณหมอที่ห้องฉุกเฉินตรวจใช้เวลากี่นาที ห้องฉุกเฉินปรึกษา Internist ใช้เวลากี่นาที Internist ปรึกษา Cardiologist ใช้เวลากี่นาที Cardiologist ดูแล้ว Activate ทีมจากห้องฉุกเฉินถึง Cath lab ใช้เวลากี่นาที ถึง Cath lab แล้วทำ Balloon ใช้เวลากี่นาที เราแค่

จับเวลาให้ลงเวลาเท่านั้นเองครับ เราก็ไม่ต้องไปบอกให้เขาทำเร็ว ให้เขาลงเวลา พอเขาลงเวลาเขาจะเปลี่ยนพฤติกรรมไปเอง ลองดูตัวเลขอันนี้ครับ



ปี 2007 ตั้งแต่คนไข้มาถึงห้องฉุกเฉิน จนกระทั่ง Consult Internist ใช้เวลาทั้งหมด 28 นาที Intranets จะ Consult บอกผมบ้าง บอกอาจารย์ท่านอื่นบ้าง แล้ว Activate Cath- Lab ทีมใช้เวลาอีกครั้งชั่วโมง จาก Activate Cath- Lab ทีมจนกระทั่งคนไข้ไปถึงห้อง Cath- Lab ใช้เวลาอีกครั้งชั่วโมง คนไข้มาถึงห้อง Cath จนกระทั่ง Balloon เริ่ม In face ใช้เวลาอีกครั้งชั่วโมง รวมแล้วใช้เวลาเท่ากับ 120 นาทีพอดี พอเราเอา Tracer ไปจับปั๊บ ให้ลงเวลา เกิดอะไรขึ้น เส้นบนเป็นของปี 2007 ข้างล่างเป็นของปี 2008 พอคนไข้มาถึงห้องฉุกเฉินปั๊บ ไม่รู้ว่า ER Physician ไม่ยอมดูคนไข้เลยหรือเปล่า จาก 28 ลงมาเหลือ 9 นาที Consult เร็วมาก พอ Consult ปั๊บ พวกเราก็ตามทีมเร็ว จาก 31 ลงมาเหลือ 24 นาที พอ Activate Cath-Lab ปั๊บ พยาบาลขับรถเร็วขึ้นอีก 4 นาที จาก 29 นาทีลงมาเหลือ 25 นาที พอไปถึงห้อง Cath ใช้เวลาลดลงจาก 32 เหลือ 23 นาที อันนี้ก็ต้องเปลี่ยนเทคนิคในการ Cath บางอย่าง เช่น อาจจะ By

pass อะไรบางอย่างไปซึ่งเป็นเทคนิคของหมอ Cardio ทั้งหลายที่สามารถลดเวลาลงจาก 32 เหลือ 23 จะเห็นว่าเวลาโดยรวมลดลงจาก 120 เหลือ 81 นาที เวลาพวกนี้สำคัญนะครับเพราะเรารู้กันโดยเป็น Standard อยู่แล้วว่า Time is Myocardial Door-to-balloon time ยิ่งสั้นอัตราการตายยิ่งต่ำลง นี่เป็นเหตุผลว่าทำไมเราถึงเน้นเรื่องเวลา แล้วอันหนึ่งที่ผมไม่ได้มีตัวเลขให้ดู ผมคิดว่าส่วนหนึ่งที่ทำให้ Door-to-balloon time ลดลงนอกจากเรื่องของ Fast Track นอกจากเรื่องของ Clinical tracer แล้วจะเห็นว่าเวลาลดลงจาก 120 เหลือ 81 73 45 ส่วนหนึ่งก็คือเรื่องของ Network ซึ่งเร็วขึ้น หมายถึงว่า Network ก็คือโรงพยาบาลจากข้างนอกประสานมาที่เรา พอประสานมาที่เราเราทราบว่าส่งคนไข้ให้เร็วอย่างไร เราทราบว่าเวลาที่เหมาะสมควรจะเป็นเท่าไรส่งผลให้ Total Ischemic Time ลดลง พอ Total Ischemic Time ลดลง อัตราตายที่คนไข้ได้ไม่ใช่อัตราการตายที่ลดลงเพราะเวลาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์อย่างเดียว เป็นเวลาตั้งแต่คนไข้เริ่มเป็นจนกระทั่งเวลาได้รับการรักษาสิ้นสุดด้วย เพราะเขาส่งคนไข้มาเร็วมากขึ้นด้วย อัตราตายใน Part นี้จะลดลงอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันที่ 4 ที่มีผลต่ออัตราการตายของเราที่ลดลง คือ Patient Volume จำนวนคนไข้ที่มากขึ้น ปี 2006 เราทำ Elective PCI แค่ 176 ราย ตอนที่ผมกลับมาใหม่ๆ อัตราการทำ Elective ก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปีที่ผ่านมาทำ Elective PCI ไป 479 คน Emergency จากปีแรกทำ 19 คน ปีที่แล้วทำไปทั้งหมด 123 คน เป็นความรู้เหมือนกันเรารู้มานานแล้วว่าอัตราการตายของคนไข้ที่เป็น Acute MI จะแปรผกผันกับ Patient Volume ถ้าคนไข้ Volume เยอะอัตราการตายจะน้อย อันที่ 2 เรารู้อยู่แล้วว่า ถ้า PCI Volume หมายถึงว่า Elective PCI มากกว่า 400 Case ต่อปี หมายถึง มีความชำนาญมากขึ้น อัตราตายของคนไข้ก็ยิ่งลดลงอีก ถ้า Operator มี Experience ในการทำ Primary PCI มากกว่า 36 รายต่อปี อัตราตายก็ต่ำอีก อัตราการ Success Rate ของการทำ PCI จะยิ่งต่ำลง

Conclusion

- Fast track / Critical pathway
- Clinical Tracer: can reduce DTB in AMI PCI
- Shorter DTB related to lower mortality rate
- Shorter DTB and lower mortality may result from increasing the patient volume and gaining more experience in Primary PCI and patient care.
- STEMI network

Slide แผ่นสุดท้ายเป็น Conclusion ซึ่งผมคิดว่าตัวที่มีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วย MI ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประกอบด้วย 4 Component ใหญ่ๆ คือ การที่เรามี Fast track หรือ Critical pathway อันที่ 2 การมี Clinical Tracer ซึ่งสามารถลด Door-to- balloon time ซึ่ง Relate กับ low mortality ซึ่งอาจจะไม่เป็น Effect ทั้งหมด พวกนี้เป็นผลจากการที่เรามี Patient Volume เยอะขึ้น ทีมทั้งระบบของเราคุ้นเคยกับการรักษาคนไข้ Acute MI มากขึ้น คุ้นเคยกับการที่ต้องเข็นเปลเร็วๆ คุ้นเคยกับการที่ต้องส่งคนไข้ไปรักษาเร็วๆ มากขึ้น ทำให้อัตราตายของคนไข้ลดลง รวมทั้ง network จากภายนอก ทั้ง 4 ปัจจัยนี้น่าจะมีผลทำให้อัตราตายลดลงขอบคุณครับ (รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์) นี่เป็นตัวอย่างให้เราเห็นว่าคุณภาพกับปริมาณ หลายคนชอบบอกว่าถ้าปริมาณมากขึ้นคุณภาพต้องลดลง แต่ทางทีมสงขลานครินทร์ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าในบางกลุ่มโรคปริมาณมากขึ้นคุณภาพก็ดีขึ้นด้วยตามกัน ทั้งในเรื่องของ Skill ทั้งในเรื่องของการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ตัวอย่างที่ในด้านของ เชียงใหม่เขาไปปรับเปลี่ยนกระบวนการเปลี่ยนน้ำยา แต่ทางของ AMI นี่เน้นที่เวลาเป็นหลัก จะเห็นว่าถ้าเราศึกษาบริบทของแต่ละโรคให้ดีแล้ว แต่ละกลุ่มโรค

ก็จะพัฒนาด้วยแต่ละวิธี มาดูเกี่ยวกับทางเด็กบ้างในเรื่องของ Perinatal Mortality Rate ทางวิสัญญีพยาบาลมีเทคนิคอย่างไรในการทำให้ผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเด็กมีผลการดำเนินงานที่ดี

Neonatal mortality rate



อัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิด (neonatal mortality rate)

- **ความหมาย** การเสียชีวิตของเด็กแรกคลอด ภายใน 28 วันหลังคลอดของ เด็กแรกคลอดมีชีวิต (ยกเว้นทารกที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น)
- **สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด**
$$\frac{\text{จำนวนทารกแรกคลอดที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังคลอดของเด็กแรกคลอดมีชีวิต}}{\text{จำนวนทารกคลอดมีชีวิตทั้งหมด}}$$
- **หน่วยวัดของตัวชี้วัด** / 1,000 live births

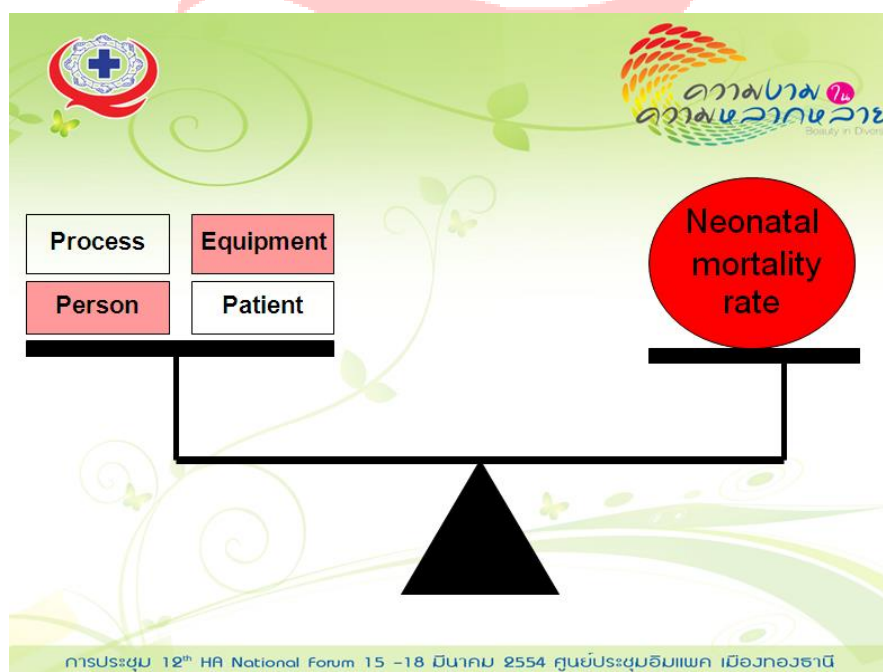
การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

(พญ.สิวลักษณ์ กาญจนบัตร) สวัสดีค่ะผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านและขอบคุณที่ยังอยู่เป็นกำลังใจใน Session สุดท้าย ของวชิระฯ มีเรื่องของอัตราตายทารกแรกเกิด neonatal mortality rate การคิดสูตรคำนวณ จะคิดจากจำนวนทารกแรกคลอดที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังคลอดทั้งที่มีชีพและก็เสียชีวิตใน 28 วัน ส่วนด้วยจำนวนของทารกคลอดมีชีวิตในช่วงเวลานั้น หน่วยวัดตัวชี้วัดเป็นต่อ 1,000 live births ซึ่งของทางวชิระฯ เองจะเป็นตัวเลขนี้ตาม THIP ซึ่งจะมีตัวเลขใน Quarter ที่ 4 ที่จะสูงขึ้นเกินค่า Mean เมื่อมา Analyze ในช่วง 3 ปี พบว่าในช่วงปี 52 อัตราตายของเรามีจำนวนมากที่สูงขึ้น แล้วมา Analyze ดูสาเหตุของการตาย ที่เจอ 5 อันดับต้นๆ คือเรื่องของ Congenital anomalies , Birth Asphyxia , Sepsis , RDS (Respiratory Distress Syndrome) แล้วก็ PPHN (Persistence Pulmonary Hypertension Of The Newborn)

เมื่อ Analyze ดูอีกรอบพบว่า เด็กส่วนใหญ่ที่เสียชีวิตมักจะเสียชีวิตในช่วง 7 วันแรก ประมาณ 80% ซึ่งสาเหตุที่เสียชีวิตจะเป็นตัวสะท้อนอัตราตายทั้งหมดเลยคือ คล้ายๆกันเป็นจาก Congenital anomalies ,Birth Asphyxia ,Sepsis ซึ่ง Sepsis นี้จะขึ้นมาบ้างในช่วงหนึ่ง ซึ่งเวลาดูเมื่อไป Analyze ก็จะอยู่ในช่วงปลายๆสัปดาห์ และยังเป็นสาเหตุหลักของการทารกที่เสียชีวิตในช่วงท้ายหลังสัปดาห์ถัดไป มาดูพบว่าเกือบ 70 กว่า% เป็นกลุ่มของเกิดก่อนกำหนด คือ Preterm ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ พอมา Match กับน้ำหนัก พบว่าถ้าอายุครรภ์น้อยๆจะอยู่ในกลุ่มใกล้เคียงกับน้ำหนัก คือต่ำกว่า 1,000 กรัม อีก Peak หนึ่งที่เราเจอว่าสูงขึ้น 30 ถึง 33 สัปดาห์ จะน้ำหนักขึ้นมามากกลุ่มหนึ่ง แล้วอีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มของ Term ในกลุ่มแรกอะไรบางอย่างที่เป็นสาเหตุการตายของเด็กกลุ่มแรก สาเหตุหลักๆก็คือเรื่องของ RDS ซึ่งเกิดจากภาวะ Immaturity ของ Lung และกลุ่มนี้ก็จะมาสัมพันธ์กับภาวะ Asphyxia ในทารกแรกเกิดจำเป็นต้องใช้ Ventilator ที่ Setting สูงๆก็เกิด Pneumothorax ตามมา กลุ่มที่ 2 น้ำหนักเพิ่มขึ้นมามากก็ยังเสียชีวิตด้วย Asphyxia และมีเรื่องของ Sepsis ขึ้นมาด้วย แล้วก็ยังมีเรื่องของ Congenital anomalies ขึ้นมา กลุ่มที่เริ่ม Mature มากขึ้นในกลุ่ม Term สาเหตุจาก Congenital anomalies และ Asphyxia ก็ยังเป็นสาเหตุอีก เพราะว่าในกลุ่มนี้จะโยงกัน คือในเด็กที่ Prematurity มากๆจะมีเรื่องของ Lung Immature จะมีเรื่องของ Asphyxia ตามมา พวก Congenital anomalies ,Severe sepsis จะมี Asphyxia และจะมีเรื่องของ Meconium Aspiration Syndrome และมีเรื่องของ Lung injury พบว่าทั้ง 3 กลุ่มนี้จะเห็นตัวที่มีร่วมกันคือ Asphyxia แล้วพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นเด็ก Preterm 80 % และพบว่าส่วนใหญ่อีกเหมือนกัน 80 % ที่เสียชีวิตเป็นเด็ก No ANC หรือ Poor ANC มา ANC ครั้งแรก ครั้งที่ 2 ก็คลอดเลย การเตรียมจะไม่ค่อยดี ทั้ง 3 กลุ่มเลย เราจับประเด็นว่าจะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กของเราได้อย่างไร อันดับแรกลงไปในเรื่อง Birth Asphyxia เพราะว่าเกิดในทุกกลุ่ม เริ่มตั้งแต่ ANC มีการ Screening เอากลุ่มที่ High Risk Pregnancy เข้ามา และมีการ ANC ที่ขึ้น และก็มี Prenatal Diagnosis ถ้ามีปัญหาอะไรก็เอามา Monitor ช่วงระหว่างหรือในช่วงคลอดและการเตรียมทีม Resuscitation เตรียมทีมเตรียมอุปกรณ์และ

เตรียมยา สำหรับกลุ่ม Preterm เราทำอะไร ก็ตั้งแต่ Prevention จะเห็นได้ถ้า
แวะเวียนไปดูนิทรรศการของวชิระฯ พบว่าจะพูดเรื่องของ ANC ในกลุ่มหญิง
ตั้งครรภ์ก่อนกำหนด ซึ่งเราก็พยายามที่จะ Prevent ตรงนี้อยู่ เริ่มตั้งแต่ ANC
Screen มา แล้วก็มีฝากครรภ์ ถ้ามีการเจ็บครรภ์คลอดก็เริ่มเอามา Inhibit
Labor พบว่าในช่วงคลอดเราพยายามจะให้มากกว่าที่ 37 สัปดาห์ ได้มากกว่า
80 % แต่ตอนนี้ได้ประมาณ 70 กว่า% แล้วก็ลดอัตราการเกิดก่อนกำหนดจาก
ร้อยละ 14 ลงมาประมาณร้อยละ 12 และมีการให้ Prenatal Steroid และ
Manage ทำอะไรบ้าง ก็เตรียมทีม Resuscitation อีกในกลุ่มที่คลอด เตรียม
Ventilator ออกมาก็มีการให้ Surfactant การเตรียม Ventilator แล้วก็ Manage
เรื่อง Fluid Electrolyte ซึ่งจะดูไปถึงเรื่องของ Circulation , Nutrition ซึ่งต้องรีบ
ให้ TPN ตั้งแต่วันแรกๆเลยเท่าที่จะทำได้ และต้องพยายามเข้มงวดในเรื่องของ
Infection อุปกรณ์จะต้องเตรียมส่วนตัวของเด็กแต่ละคนจะไม่ใช้ปะปนกันและก
มีการดูแลเรื่องของการล้างมือก่อนเข้าเยี่ยม Key Success เท่าที่พยายามคิด
มาว่าอะไรบางอย่างที่ทำให้อัตราการตายของเราลดลง พบว่าในช่วงหลังๆ ตั้งแต่ปี 50
เราเริ่มมี Neonatologist มากขึ้น จากเดิมเวลาที่จะไปดูในกลุ่ม Newborn เป็น
ยาตำของกุมารแพทย์เลย รู้สึกว่าไปเข้าเขต Newborn ไม่อยากเดินเข้าไป
เมื่อก่อนจะมีการเวียนกันเข้าไป Round เด็ก Newborn ตอนหลังมี
Neonatologist เข้ามาซึ่งปัจจุบันเรามี Neonatologist 3 ท่าน เริ่มมีทีมแล้ว
Newborn อย่างเดียวคงเอาไม่รอด แล้วก็ Cardiologist สามารถที่ทำ Wave
side Echo Cardiogram เราสามารถ Detect เด็กที่มีปัญหาเขียว เพื่อจะ Rou
Out เรื่องของ Cyanotic Heart ได้ เราเริ่มมีศัลยแพทย์เด็กมาช่วยช่วงแรกๆ
ได้มา 2 ท่าน อัตราเริ่มลดลงบุคลากรบางท่านไปเรียนต่อ บางท่านก็ย้าย แต่
ช่วงแรกเราเริ่มมีทีมจากบุคลากรทั้งหลาย นอกเหนือจากนั้นเราไม่ได้ดูแล
แค่ Staff อย่างเดียวเราต้องดูแลทั้งนักศึกษาแพทย์เวียนเข้ามาหมุนเวียนแต่ละ
กลุ่ม แต่ละปี จะต้องมีการสอนทั้งแพทย์ประจำบ้านด้วย จะต้องมีการมา
ทบทวนความรู้ในแต่ละปี และก็พยาบาลด้วย ทั้งนักศึกษาพยาบาลด้วย และม
ีการสอน CPR ในช่วงที่ผ่านมา และนี่คือเรื่องของบุคลากร ที่นี้เรื่องอุปกรณ์
ช่วงแรกมีเรื่องของ High Frequency มีอยู่เครื่องสองเครื่องส่วนใหญ่ก็จะตั้งไว้

เพราะใช้กันไม่เป็น ตอนหลังก็เริ่มเอานำมาใช้และมีการจัดหาเพิ่มขึ้น เราดูแลเด็กตัวเล็กลงเรื่อยๆ ตั้งแต่ 1,000 กรัม ปัจจุบันเริ่ม 700-800 กรัม เริ่มเข้า 500 กรัมและมีเครื่องเพิ่มมากขึ้น อุปกรณ์ต่างๆ Incubator ก็มากขึ้น Transport Incubator เครื่อง Monitor ต่างๆเพื่อจะมาช่วยบุคลากรของเรา ถัดไปเรื่อง Process คนก็มีแล้ว อุปกรณ์ก็มีแล้ว แต่พูดกันไม่รู้เรื่อง จะมีการเริ่มทั้งจากสูติแพทย์ กุมารแพทย์ ต้องมีทีมที่จะสื่อสารกันทำอะไรที่รู้สึกว่ามีผลกระทบ เช่น ส่งเด็กมาตัวเย็น และมีการเตรียมทีมซึ่งก็ยังไม่พอ เพราะกว่าจะสะท้อนกลับไปยังกลุ่ม เราก็มีกลุ่มย่อยลงมาทำทีม Quality Improvement สำหรับกลุ่ม Newborn ของเรา และหัวหน้าภาคก็ลงมาช่วยดูแล ถ้ามีปัญหาอะไรจะสะท้อน Feed back กลับไปทางสูติหลาย Chanel หรือว่ามีการรักษาทำไมพูดไม่เหมือนกัน คนละภาษาแล้ว เริ่มมีข้อโต้แย้งก็จะเข้ามาคุยกัน Process มีการประสานกันได้อย่างราบรื่น แต่ต้องเรียนตรงนี้ถึงทั้ง 3 ส่วนดีก็ไม่ได้ลด Mortality Rateลงได้ อีกปัจจัยหนึ่ง ถ้าได้รับคนไข้อย่างนี้จะรอดหรือเปล่าไม่รู้ Hydrop หรือออกมา Severe Sepsis ทำติด Monitor ก็ Burn แล้ว จากสภาพของเรา ANC 80% Poor ANC มักจะเป็นชาวต่างประเทศ เพื่อนบ้าน จะเอากลับบ้านด้วยหรือเปล่าเราก็มีปัญหาตรงนี้ที่จะรอดคอยความช่วยเหลือ

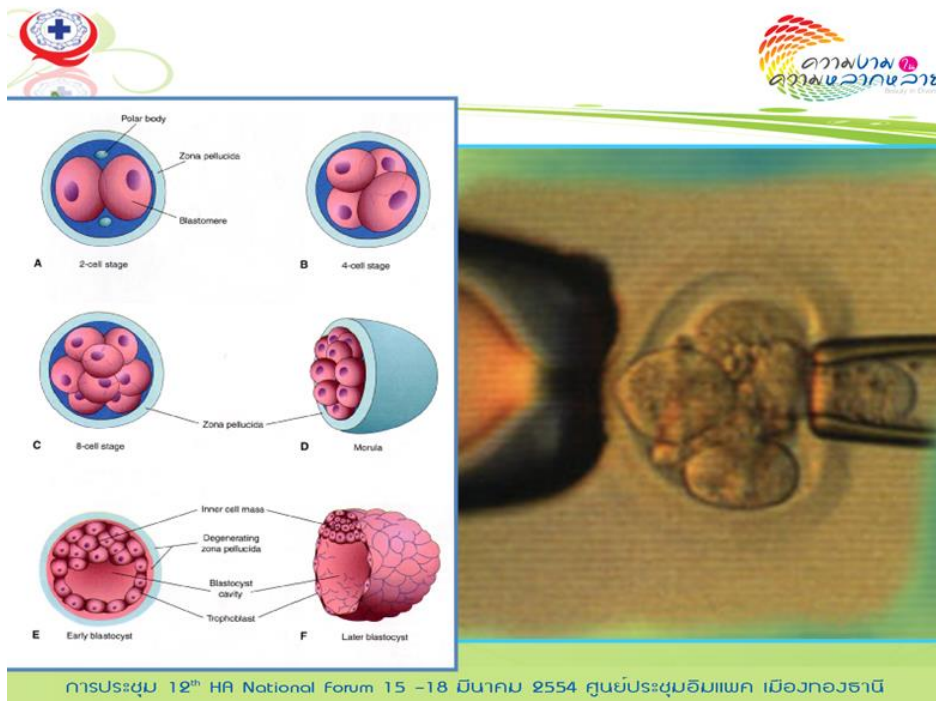


คิดว่าที่ได้มานั่งตรงนี้อาจจะเป็นความ Balance ตาซึ่งตรงนี้ทำให้ถึงตรงนี้ลงมา แม้ว่าท่านมีทีมตรงนี้ คนไข้จะตามมา อย่างเช่น ผู้เชี่ยวชาญเยอะเขาก็จะเริ่มส่ง ทำ Prenatal Diagnosis ได้ก็จะส่งหลังไหลพรังพรู Incident ของคนไข้ในกลุ่ม High Risk ก็จะเพิ่มมากขึ้น อุปกรณ์เครื่องมือมีเยอะใช้ไม่เป็น ต้องมาสื่อสาร มาให้ความรู้กันใหม่ Process ไปไม่ได้ ตรงนี้ไม่สามารถดึงตัวนี้ลงมาได้ วันนี้มานั่งตรงนี้เพราะว่าโอกาส เพราะมันถ่วงได้ วันอื่นๆหรือปีหน้าถ้าโรงพยาบาลของท่านถ่วงตรงนี้ได้สมดุลสามารถที่จะดึง Mortality Rate ลงมาได้คิดว่าไม่ยากที่ที่อื่นจะทำได้ กลับมาย้อนตรง Quarter ที่ 4 ปี 2009 สูง พอ Analyze คนไข้ 7 ราย Anomalies 5 ราย Diaphragmatic Hernia 2 ราย มี Anomalies มี Severe RDS 1 ราย มี Hydrop มี Cyanotic Heart เหล่านี้ตายภายในไม่ถึง 1 วัน ไม่กี่ชั่วโมงก็ตาย อีก 2 ราย 1 ราย เป็น Severe Sepsis เป็น Case NO ANC Severe Sepsis Shock ดี Shock ไม่ขึ้นก็ Dead อีกรายหนึ่งก็ Severe เหมือนกัน Meconium Aspiration Syndrome เป็น PPHN ถ้าเป็นไปได้มองในแง่ภาพรวมทั้งประเทศ ต่อให้ชั่วชะชะ ไม่สามารถมานั่งตรงนี้ได้ถ้าสามารถดึงตรงนี้อามาได้ก็คุ้ม มีโครงการมองตรงนี้ไปเรื่อยๆ ทุกคนมองเห็นแล้วกับปัญหา มาแต่ก็คงในแง่ตั้งรับ สิ่งที่ทำทลายคือในแง่ของ Prevention เรื่องของ ANC วันนี้โรงพยาบาลก็ลงสู่ชุมชน เอาชุมชนรอบๆมาคุยเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งพบว่าบ้านเราเป็นปัญหา จากตรงนี้ที่มาไม่ถึงอาจมาที่วัด ไล่ล้อมขอกราบ ขอบพระคุณค่ะ (รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์) เป็นตัวอย่างนะครับว่า 2 กลุ่มแรกที่ได้รับฟังจะเน้นไปที่การแก้ปัญหาไปที่จุดต่างๆ เปลี่ยน Process เล็กน้อย อีกกลุ่มเน้นที่เวลาให้ได้ Golden Period แล้ว Mortality ก็ดีขึ้น แต่ Perinatal นี้ต้องรอบด้านทั้งบุคลากร ทั้งเครื่องมือ ทั้ง Process รวมถึงเรื่องการ ANC การ Prenatal Diagnosis ซึ่งเป็นตัวอย่างของการ Monitor สิ่งที่เราทำอยู่ถ้ายังไม่ดี ต้องพัฒนารอบด้าน ก็ขอเชิญท่านวิทยากรท่านต่อไป

Perinatal Mortality Rate at Siriraj Hospital

(รศ.ดร.พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ) กราบสวัสดิ์ท่าน Moderator และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน มาพูด Session วันนี้เป็นอะไรที่คล้ายๆกับอาจารย์สิวิลักษณ์ใกล้เคียงกัน ขอทบทวนสิ่งที่จะพูดวันนี้ เป็นเรื่อง Perinatal Mortality Rate ขอทวนความหมายของ Perinatal Mortality Rate เป้าหมายของโรงพยาบาลศิริราช กระบวนการดำเนินการจะพูดในแง่ตรงนี้ว่าเราทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร มีอุปสรรคอะไรบ้าง และมีบทเรียนอะไรบ้าง Perinatal period ซึ่งจะคล้ายๆของอาจารย์สิวิลักษณ์ซึ่งทำให้ตัวเองอธิบายได้ง่ายขึ้น ของอาจารย์จะดูตอนหลังจากเกิดจนถึง 28 วันแรกซึ่งเรียกว่า Neonatal period และตรงก่อนคลอดเรียกรวมอยู่เป็น Perinatal period ถ้าต่างประเทศจะให้ 20 Weeks ถ้าบ้านเราแล้วแต่ Varied ไปตามแต่ละสถานที่ ว่าแต่ละที่เขาดูแลเด็กได้ Viable ได้ในอายุครรภ์เท่าไร เขียนตามทฤษฎีก่อน ระยะเวลาหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ รวมทั้งหลังคลอดไปจนถึง 28 วัน ตรงนี้เรียก Perinatal period ถ้าพูดถึง Perinatal Mortality Rate จะพูดถึงอะไรที่มีปัญหาเกิดขึ้นก่อนคลอดกับตรงช่วงหลังคลอด คือเด็กไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ตั้งแต่ก่อนคลอดเลย หรือว่ามีชีวิตรอดแต่มาเสียชีวิตใน 28 วันหลังคลอด Perinatal Mortality เพราะฉะนั้นก่อนคลอดออกมาไม่มีชีวิต พอคลอดออกมาไม่มีอาการของการมีชีวิต เรียกว่าการเกิดไร้ชีพ หรือ Stillbirth ฉะนั้น Perinatal Mortality Rate หมายถึง จำนวนการเกิดไร้ชีพ + จำนวนการตายของทารกแรกเกิด ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด สูตรก็คือ (จำนวนการเกิดไร้ชีพ + จำนวนการตายของทารกแรกเกิด 28 วันแรก) X 1000หารจำนวนการเกิดทั้งหมด เป้าหมายของโรงพยาบาลศิริราช น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 การเกิด ตรง Quarter ที่ส่ง สรพ. ช่วงแรกๆ คือหลักสิบ ก็มองว่ามีอะไรเกิดขึ้น ส่วนหนึ่งที่เห็นก็คล้ายๆอาจารย์สิวิลักษณ์ได้พูดขึ้นมา บางครั้งนี่การ ANC ที่ไม่ดี แต่ปัจจุบันจำนวนคนไข้ที่ไม่ค่อย ANC หรือ Poor ANC น้อยลง มาดูในแง่ที่ว่าถ้า ANC ดีแล้วเราช่วยเขาได้อย่างไร ต้องย้อนตั้งแต่ ANC การที่เรา Detect อะไรที่มีความผิดปกติตั้งแต่แรกได้ จะช่วยให้เราเตรียมตัวได้ทัน เช่น ที่คลอดออกมาเป็น Gastroschisis มี Bowl ออกมาข้างนอก แล้วเกิด Sepsis หรือว่าออกมาแล้วเป็น Hydrop ต้องมาช่วย บางที Outcome จะไม่ดี เรา Detect ตรงนี้ก่อนให้ได้เพิ่มมากขึ้น ปัจจัยอันหนึ่งที่จะช่วย คือการ

Detect สิ่งที่เกิดขึ้นให้ได้มากที่สุดก่อนคลอด นี่เป็นบริบทของโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลระดับศูนย์ หรือว่าชุมชนที่ใหญ่ๆ ในแง่ของการ Detect บางปัญหาที่ Common บางเรื่องที่ยากขึ้นๆ เราพยายามพัฒนาตรงนี้ด้วยเหมือนกัน ถ้ายากมากๆ ก็ปล่อยให้มันเป็นบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงเรียนแพทย์แล้วกัน ที่จะพูดเป็นของศิริราชเอง อีกอันที่คิดว่าเป็นตัวช่วย คือเราได้มีการ Co กัน ปัญหาที่เกิดขึ้นบางทีไม่ได้เตรียมกุมารแพทย์ไว้ ไม่ได้เตรียมทีมไม่ได้เตรียมของ ไม่ได้เตรียมอะไร ได้จัดตั้งการคุยกันระหว่างหมอสูติและหมอเด็ก เป็น Perinatal Conference จะทำเป็นทางการ และทีมที่เกี่ยวข้องนอกจากหมอสูติ หมอเด็ก บางครั้งเราเชิญอาจารย์หรือแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น ศัลยกรรมเด็ก ศัลยศาสตร์ระบบประสาทมาช่วยกันดูเพื่อจะช่วยให้การดูแลการเตรียมอย่างนี้อย่างไร นอกจากปัญหาของเด็กที่อาจจะเกิดปัญหาแล้ว เราเตรียมหลายๆอย่าง บางทีปัญหาอยู่ที่คุณแม่เกิด Complication ลูกอาจแปปไปด้วย เช่น เร็วๆนี้เราเจอเรื่อง Placenta per Keta คือภาวะที่รกเกาะฝังลึกมาก มักจะเป็นพวก Previous C/S เราจะเตรียมการหลายๆอย่างเพื่อลดการเสียเลือด ลดอันตรายกับแม่ การลดการเสียเลือดโดยวิธีการทางรังสี ซึ่งเราปรึกษารังสีแพทย์ด้วย ทั้งหมดที่เราพูดถึงแพทย์ ๆ เรา รวมทั้งทีมก็คือพยาบาลแต่ละส่วนมาดูแลด้วยกัน พยายามเตรียมให้มากขึ้น พยายามพูดคุยกันมากขึ้น นี่คือตัวอย่างเดียวจะมีรายละเอียดนิดหน่อย ทำให้ตัวเลขของเราลดลงมา แต่ยังคงขึ้นๆลงๆ บ้าง ตัวเลขที่เป็นเลขสองหลักลดลงไป เรามีการตรวจกรองความเสี่ยง นี่เป็นแนว Filed ใหม่ที่เริ่มรักษาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ไม่ถึงกับใหม่มาก แต่เริ่มทำ Active มากขึ้นในช่วงหลัง เตรียมการก่อนคลอดตั้งแต่อยู่ในครรภ์ โดยมีทีมสหสาขาเลย เราคุยกันตั้งแต่ก่อนคลอด เตรียมวางแผนการคลอดด้วยกัน การมีกุมารแพทย์และ NICU นี่ก็สำคัญ ซึ่งขณะนี้ปัญหาพอสมควร ซึ่งค่อนข้างยังแก้ยาก ตรวจกรองความเสี่ยงคู่สมรสดูว่าใครที่มีความเสี่ยงบ้าง



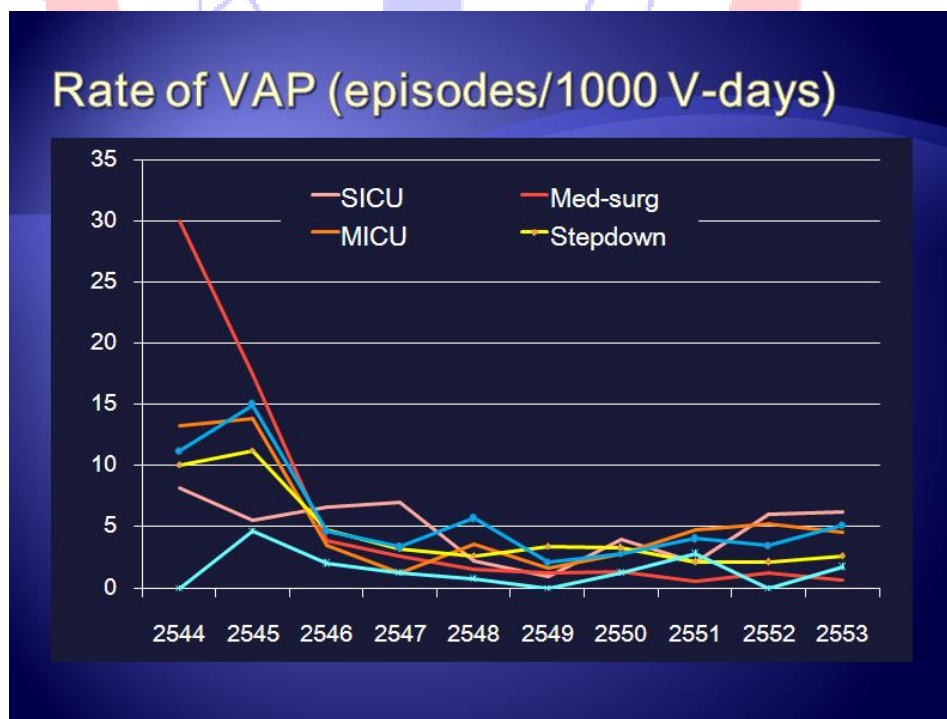
อนาคตการทำ จริงๆแล้วหลายที่ทำแล้วที่ทางเชียงใหม่พัฒนาตรงนี้ไปได้เยอะ ก็คือการวินิจฉัยก่อนจะฝังตัว ก่อนจะตั้งครรภ์ เป็นเรื่องการฝังตัวของ Embryo Zygrow แบ่ง 1 Cell ออกมาตรวจเพื่อดูว่าเขามี Genetic Disorder บางอย่างที่เป็น Serious ใหม่ เมื่อก็คือกระบวนการ ปัจจัยของความสำเร็จคือการสร้างทัศนคติ ของการร่วมมือกัน ทุกคนมีบทบาทหมดไม่ว่าแพทย์ พยาบาล เรามีทีมที่ เรียกว่า NCPR neonatal resuscitation team มีทั้งแพทย์ ทั้งพยาบาลช่วยกัน ต่อไปอีกคือ การพัฒนาทาง Detect ความผิดปกติ พยายามส่งไปฝึกอบรมดู งานทั้งหลาย ซึ่งบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีอยู่ ของเราก็ส่งไปอบรม วิชาการต่างๆ แล้วมาพัฒนา แล้วมาสร้าง Model ฝึกซ้อมขบวนการวินิจฉัย ก่อนคลอด ทำ Workshop สำหรับความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยี ตรงนี้อาจยากนิดหน่อยสำหรับบริบททั่วไป แต่ก็ยังเป็นจุดหนึ่งที่ทำให้ Outcome ของเด็กดีขึ้นได้ ในบางกรณี เช่น ภาวะที่เป็น Twins Transfusion Syndrome เด็กคนหนึ่งอาจได้รับเลือดมากจน Heart Fail คนหนึ่งเป็นผู้ให้เลือดก็เกิดโตช้า จะทำการรักษาช่วยให้ Blood Supply Balance ทำให้เด็กดีขึ้นก่อนจะคลอด ก่อนจะส่งไปให้กุมารแพทย์ หรือการรักษา Diaphragmatic Hernia ซึ่งค่อนข้าง

จะ Soniphicase ยังอยู่ในช่วง Learning Curve ไม่ใช่รักษาแต่ทำให้ปอดของเขาดีขึ้น ก่อนที่จะคลอดออกมา อีกอย่างหนึ่งก็เทคโนโลยี คือการวินิจฉัย บางที่ต้องบอกว่าเราได้เปรียบเหมือนกันที่มีเครื่องมือที่ดี เช่น Ultrasound บางที่เรามีเครื่องมือที่ Less Solution เราจะ Detect ได้ดีขึ้นเยอะ แต่ส่วนที่เรามี in General ทั่วไปก็ Detect ได้เยอะแล้ว การที่เราตั้งใจดูดีๆ จะช่วยได้ อย่างเช่น Gastroschisis เราอาจจะบอกได้ก่อนคลอด คุยกับกุมารแพทย์ เรามี Case อย่างนั้นะ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ก็เตรียมตัวทำให้ไม่ฉุกเฉินตอนที่คลอดออกมา นอกจากนั้นถ้ามีข้อบกพร่องอะไร เราจะกลับมาคุยกัน แต่ละ Case มีปัญหาอะไร มาคุยปัญหา หรือเรียกว่า Root Cause Analysis และอีกอันหนึ่งคือ คู่สมรส สามีกรรยาต้องเข้าใจกับเราว่าตรวจมากมายเพื่อผลที่ดีที่สุด ไม่ใช่มา ANC ที่เดียวหายไปเลย มาอีกที่มากลอด หลายๆที่อาจเคยเจอ เช่น ชาวต่างประเทศไปทำงานหลายที่ ตั้งครรภ์แล้วแะมาคลอด ก็อาจเกิดปัญหาเหมือนกัน ในรายที่ดูแลกันมาตั้งแต่ต้น และเขาให้ความร่วมมือดี ก็เกิดผลที่ดีตามมา อุปสรรค ข้อจำกัด จริงๆแล้วประเทศเรา คงเป็นเรื่องค่าใช้จ่าย อีกอย่างหนึ่งก็คือ บุคลากร การที่เราได้รับ Refer มามากทำให้นักต่อกุมารแพทย์ การที่รับ Refer คือมีอะไรซักอย่างแล้วผลต่อเนื่องกัน ก็พยายามช่วยในแง่ของการวินิจฉัย บางรายก็ส่งกลับคืนที่เดิมได้ แต่บางครั้งก็ต้องดูแลแบบ Intensive Care เยอะเหมือนกัน ยังคงเป็นปัญหาที่ค่อนข้างแก้ยากอยู่ ถ้าหากมีการเพิ่มจำนวนบุคลากร คน สถานที่ อุปกรณ์ ทั้งหมดทั้งปวงคงเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เป็นปัญหาใหญ่ บทเรียนที่ได้รับ เราได้รับความร่วมมืออย่างมาก เราช่วยกันเราจริงใจต่อกัน เรา Share ข้อมูลกัน แล้วก็การตั้งทีม ทุกระดับทั้งแพทย์ ทั้งพยาบาล แม้แต่ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานเช็นเปิล ถ้าเราให้เกียรติกันในการประสานงาน จะสำเร็จเยอะขึ้น อีกอย่างหนึ่งคือ ทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน เพื่อผู้ป่วยและครอบครัว ถ้าเป็นอย่างนี้เราจะเดินไปด้วยกันได้ เนื่องจากเวลาจำกัด จึงขอพูดเท่านี้ ขอขอบคุณค่ะ (รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์) ครับผม บริบทของเด็กก็จะคล้ายกันทั้ง 2 กลุ่ม ทางศิริราชเป็นตัวอย่างที่ดีเรื่องของ Trend โดยที่ไม่ต้องเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นเลย จากเลข 2 หลัก 12 ต่อ 1,000 ,14 ต่อ 1,000 ในปี 2008 มาในปี 2010 เหลืออยู่เพียง 5 ,6 ,4 Develop ตัวเองได้

ค่อนข้างดี โดยเน้นที่ความร่วมมือเป็นทีม การมีเจตคติที่ดี ทำงานกันตามเป้าหมายที่วางไว้ มาถึงวิทยากรท่านสุดท้าย นพ.กำธร มาลาธรรม ท่านจะมาแล้วว่าท่านทำอะไร อัตราป่วย VAP ท่านจึงต่ำมาก

Ventilator-associated pneumonia

(ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม) ผมมีเวลาค่อนข้างน้อย เอาสั้นๆ นะครับ มี 2-3 เรื่องที่จะให้ทุกท่านทราบก่อน คือเริ่มต้นที่ทำนี้ ไม่ได้ทำเพื่อส่งประกวด ไม่ได้ทำเพราะ UHOSNET หรืออะไรนะครับ ถึงแม้ท่านอาจารย์สุวรรณจะเป็นผู้นำเรื่อง KPI ของ UHOSNET ไม่ทราบมาก่อนเลย ผมทราบว่าจะต้องมา Presentation ในวันนี้ ไม่กี่วัน ท่านอาจารย์ได้โทรมาบอกว่า ให้มาเล่าให้ฟังหน่อย VAP นี่ทำอะไร ถ้าพูดถึงเรื่อง HA นี่ผมรู้น้อยสุดนะ พูดเรื่อง UHOSNET นี่ไม่เคยรู้เลยว่าทำอะไร เพราะฉะนั้น Declare conflict of Interest



ซึ่ง Scale ผมนี้ 10 ปีนะครับ ตั้งแต่ปี 2544 ซึ่งผมกลับจากต่างประเทศในปี 2543 สมัยนั้นอาจารย์สุขุมพร ท่านเป็นคณะกรรมการ IC ผมมารับไม้ต่อในปี

2544-45 จนถึง 2553 ขณะนี้หลาย ICU Medical ICU , SUR อันนี้เป็น ICU Combine อยู่ที่ศูนย์ประชุมสิริกิตต์ อันนี้เป็น Step down ผมงัดบาง Ward ออกเพื่อให้เห็นชัดขึ้น ICU Combine ศูนย์ประชุมสิริกิตต์ไม่ได้แยก Medical Surgical ในปีแรกอยู่ที่ 29.94 ต่อ 1,000 Ventilator day ในปีแรกที่ผมกลับมา มี ICU 8 เตียง ใน Ward ผมซึ่งเป็นหมดโรคติดเชื้อ 8 เตียง Consult 7 เตียง อีก 1 เตียงไม่ใช่ไม่ Infect แต่ไม่ Consult เพราะกลัวผมหมดแรง นั่นคืออดีต เราทำ Project หลายอย่างทั้ง VAP BSI ล้างมือเยอะเยอะเลย ในขณะนี้เวลาขึ้นมา รับ Service Consultation เกือบจะไม่ต้องเดินไปศูนย์สิริกิตต์เลย เพราะไม่มี Case Infect ให้เห็น 0.65 เมื่อก่อนสองหลัก ตอนนี้อยู่สามหลัก 0.65 Ward อื่นก็ประมาณนี้ต่ำกว่า 5 ตลอด ซึ่งผมก็ไม่แน่ใจว่าเราทำอย่างนั้นได้อย่างไร มานั่งนึกย้อนตั้งหลายวันว่าทำอะไรไปบ้าง ทำโดยไม่รู้ตัว

NHSN VAP Rates 2006-2009

Type of location	Pooled mean	10%	25%	50%	75%	90%
Medical cardiac	2.1	0	0	1.2	2.8	5.8
Medical major teaching	2.4	0	1	2.2	4.2	8.3
Medical/surgical major teaching	2.9	0	0.9	2	3.1	5.6
Pediatric medical	2.3					
Pediatric medical/surgical	1.8	0	0	0.7	2.7	4.6
Surgical	4.9	0	1.8	3.8	6.5	9.9
Adult step-down unit (postcritical care)	3	0	0	1.3	4.7	6

Am J Infect Control 2009;37:783-805

เรา Benchmark กับอเมริกา National Health Safety Network 2006-2009
Med ICU 2.4 ICU เรายังสูงกว่าอเมริกาน้อย ซึ่ง Med Sur Combine ของ

เราต่ำกว่าเยอะเลย 2.9 เราอยู่ที่ Percentile ประมาณ 10 กว่าๆ อยู่ระดับ Top เรามีอัตราการติดเชื้อซึ่งค่อนข้างต่ำมาก จุดเริ่มต้นเราเปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บ สมัยก่อนเก็บผู้ป่วยติดเชื้อก็เปอร์เซ็นต์ ทั้งแผลผ่าตัด ไม่ผ่าตัด รวมทุกอย่าง พอเป็นอย่างนั้นเรา Identify ไม่ได้ว่าปัญหาคืออะไร เราก็บอกว่าเราทำ Targeted Surveillance สมัยนั้น HA บอกให้ทำ Hospital Wide Surveillance ผมบอกว่าไม่ใช่ครับ ทำ Targeted Surveillance เพื่อที่จะ Identify ปัญหาให้ชัด ว่าคนไข้เราติดเชื้อ ไม่ติดเชื้อที่ Organ ไหน ซึ่งวิธีการป้องกันไม่เหมือนกัน เรา มุ่งเป้าที่ ICU เพราะกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงสุด ขนาดไม่ใหญ่เกินไป ซึ่งคนส่วนใหญ่หวังมากถึงความสำเร็จใหญ่โต ผมทำเล็กๆแล้วทำให้บุคลากรเห็น ความสำคัญของปัญหา Pneumonia มันแย่ Infection มันแย่ CAUTIมันแย่ แต่ ป้องกันได้ เพราะฉะนั้นตัวตั้งคือ จำนวนครั้งของการเก็บ Ventilated Pneumonia ในแต่ละเดือน เราก็อาศัย CDC Definition Of Nosocomial Infection นี่เป็น Evidence baseตัวหารก็คือ Ventilator day สมัยนั้นคนยังเก็บ ไม่เป็น มาดูว่า Ventilator day เก็บอย่างไร ไปดูว่าคน ใส่ Tube แต่ละคนกี่ วันๆ แล้วมารวมกัน ซึ่งอย่างนั้นยากมากเลยแต่ละคนเดี่ยวใส่เดี่ยวถอด มันยุ่ง มาก วิธีเก็บง่าย ๆ ก็คือไปดูเลยใน 1 Ward เดินไปดู 30 เตียง 1 วันมีคนใส่ เครื่องช่วยหายใจกี่คนในหอผู้ป่วยนั้น Sum Up มา 30 วันก็จะได้คนใส่ Ventilator day เหมือนกันแต่เก็บง่ายกว่าเยอะเลย 1 วันมีคนใส่กี่คน ไม่ใช่ 1 คนใส่กี่วันนะครับ ก็ได้ตัวเลขเดียวกันแต่เก็บยากเราเก็บอย่างนี้เก็บง่าย เพราะฉะนั้นวิธีการเก็บนี้มันง่ายมาก Indicator อื่นที่เราจะดูก็คือ Ventilator Utilization Ratio ก็คือ Ventilator day หารด้วย Patient day เพราะเรารู้ว่า Exposer ถ้าใส่ Tube นานจะเกิด Pneumonia เยอะ เพราะฉะนั้นเราอาจจะโกง ได้ Pneumonia เราน้อยๆ เราใส่ Tube น้อยๆ ซิ เราปล่อยตายเสีย แต่ว่าผมจะไม่ Show Data ให้ดูว่า Ventilator Utilization Ratio ในตลอดช่วง 10 ปีของเรา ที่ผ่านมามีได้น้อยลงซักเท่าไร คือแสดงว่าคนไข้เราหนักพอๆกับเมื่อ 10 ปีที่แล้ว เพื่อความแฟร์ไม่ใช่ไปโกงตัวเลข การวินิจฉัยสำคัญ ต้องใช้ X-Ray Clinical Lab ต้องมา Verify Diagnosis เพราะสมัยก่อนส่วนหนึ่งเราคือ Over Diagnosis พอ Culture ขึ้นปุ๊บ Diagnosis Pneumonia เลยทั้งที่ไม่ใช่ และ

นำไปสู่ Over Used ของ Antibiotic นำไปสู่อะไรทั้งหลาย เพราะฉะนั้นเราต้อง Verify Diagnosis ให้แน่ อันนี้ยังไม่ลงรายละเอียด นี่คือตัวอย่างก็สามารถไป Download ได้ตรงนี้ฟรี ถ้าใส่หาซื้อนี้ก็จะได้ของฟรีเป็น Definition หมอบอก Pneumonia นี่ไม่เอาเพราะมันมี Variation เยอะถ้าเป็นหลายครั้งเราเอาเฉพาะ ครั้งแรกเพราะถ้านับครั้งที่สอง ครั้งแรกต้องหายฟิล์มดีขึ้นมาแล้วมาเป็นใหม่นับ ครั้งที่สอง แต่ถ้าในระหว่างทางของเก่ายังไม่หายเลย คนไข้ยังได้รับเชื้อ ของใหม่รับของเดิม เพราะเวลาเรา Culture เรารู้บางที่เชื่อน้อยกว่าอีกตัวมันก็ไม่ขึ้นตัวแรกมันตายเหลือตัวสองซึ่งอยู่ใน Process เดียวกันยังไม่หมด เพราะฉะนั้นเราไม่นับ Guideline เราใช้ Evidence base guideline ก็คง เหมือนกับเรื่องอื่นที่วกกันมา 4-5 เรื่อง ต้องมา Evidence base อันนี้เป็นของ ฟรี Download ได้ อันแรกเป็น Original guideline อันที่สองขยายความว่ามี อะไรเพิ่มเติมบ้าง ผมเอามาให้ดูบางอย่างเท่านั้นอย่างนี้ Position คนไข้ผมไป Lecture ทั่วประเทศ คนไข้ ICU ข้อที่หนึ่งเป็นพวกหัวสูงเรา เราอย่าไปดูถูกเขา พวกนี้ไอโซทังนั้นต้องนอนหัวสูงถ้าไม่นอนหัวสูงก็จะเป็น Pneumonia นั้นเป็น วลีง่าย ๆ ที่พูดแล้วคนเข้าใจ Ambulate ได้เมื่อไร Ambulate เมื่อนั้น คือภาพที่ เห็นกับอันนี้ สมัย 10 ปีก่อนเวลาเราไปเดินน้อยคนที่จะได้แบบนี้ หัวราบๆ ทั้งนั้นเลย แต่เดี๋ยวนี้เข้าไปดู ICU ผมไม่กล้าบอก 100 % แต่ส่วนใหญ่ที่ใส่ Tube ประมาณ 30 องศา Up ทั้งนั้น ใช้เวลาพูดอยู่ 5 ปีไม่หยุด เห็นเมื่อใดบอก พยาบาล บอก Resident บอกนักเรียนแพทย์ Demonstrate ให้ดูว่าถ้าหัวราบๆ ท่อจะอยู่สูงกว่าทางเดินหายใจคนไข้ แล้ว Secretion จะไหลกลับสู่ปอดของ คนไข้ แล้วหมุนเตียงให้สูงให้ดูถ้าหมุนปับท่อจะอยู่เตี้ยลงมาเพราะ Secretion จะไหลลงข้างล่างไม่เข้าตัวคนไข้ นี่คือการป้องกัน Pneumonia ได้ เราเข้าไป พูดไปสอนกันอยู่ตลอดเวลา เราทำ Hand Hygiene Campaign ประมาณ 3 ปี หลังๆ นี่ไม่ใช่ในหนังสือ ไม่ใช่ลอกมา มือของใน นศพ. ใน Ward นั้นแหละ เอ้า ไหนขอ Culture มือหมอหน่อยซิ มือ Resident ให้ล้างมือแล้วก็ถ่ายรูปให้ดูนี่คือ ก่อนล้างมือและถ่ายรูปนี้ล้างมือเสร็จเชื้อเหลือนิดเดียวนับเป็น Coagulate Negative นิดๆ ติดมือแน่นล้างออกยาก แต่เชื้อพวกนี้ไม่ก่อโรค เชื้อก่อโรคหลุด ไปหมด นี่คือการ Hand hygiene ทำควบคู่กันไป อันนี้เราทำตลอดต่อเนื่อง

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พูดเรื่องนี้ เรื่องโน้น จัดอบรมบ้าง Round ช่างเตี้ยบ้าง แล้วก็ Feed back ข้อมูลให้ ICU เห็นว่าแต่ละเดือน Infection Rate เขาเป็นอย่างไร ขณะนี้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เป็น Routine ไปแล้วตอนนี้ไม่ต้องสอนเขาทำกันต่อเนื่อง ไม่ต้องสอนมีแต่พูดชมอย่างเดียว โอ ของคุณแจ่มมาก ๆ ไม่ต้องพูดเลยว่าทำอะไร ผมไม่ได้คนเดียวสิ่งที่ผมทำน้อยมากเมื่อเทียบกับคนเหล่านี้ทำ ใครบ้าง พยาบาล ICU ครับ ICN ของเรา นอกนั้นเป็นพยาบาลใน Ward อันนี้อีกที่หนึ่งตอน Hand Hygiene Campaign นี่ไม่ใช่พยาบาลเป็นมือที่สาม ที่เชิญมาช่วย Campaign เรื่อง Hand Hygiene จะเห็นว่าในทีมทั้งหมดที่ทำ มี ICN ช่วยเก็บข้อมูล มี Critical care specialist ที่ดูแลคนไข้อย่างดี และก็มี Nurse ใน Ward คณบดีและก็มีทีมให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีในสิ่งที่เราทำ มี Micrology Lab มีคนเบื้องหลังอีกมากมายที่ช่วยทำให้สิ่งนี้เกิดขึ้นในรามาธิบดี และใน ICU เรา สิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดแค่วันเดียว เป็นอย่างนี้มา 8 ปีแล้ว ก็คือก่อนที่ผมทำ ผมเข้ามาอยู่ได้ 2 ปีแล้วเริ่มโครงการ ขณะนี้ Maintenance ได้มาตลอด จะบอกว่าปัจจัยสำคัญของความสำเร็จทั้งหมด หนึ่ง ทำด้วยความมั่นใจ ตั้งใจ ต่อเนื่องยาวนาน และมีความเชื่อมั่นศรัทธาในผู้ร่วมงาน ผมไม่คิดว่าบุคลากรทางแพทย์จะตั้งใจให้คนไข้ติดเชื้อ Outcome ที่แย่ไม่มีหรอกครับ เราต้องเชื่อมั่นว่าบุคลากรมีความตั้งใจให้คนไข้มี Outcome ที่ดี เราต้องดึงพลังนั้นจากบุคลากรเอามารวมให้เป็นอันเดียว ถ้าไม่อันเดียวจัดไม่ซุงไม่ได้ เราต้องรวมเป็นแท่งใหญ่จึงจัดไม่ซุงได้ รวมจากหยดน้ำเป็นกระแสน้ำใหญ่เพื่อกวาดล้างสิ่งไม่ดีออกจากคนไข้ เราดึงพลังเขาเข้ามา แล้วก็ใช้ Evidence based guideline เป็นการใช้พลังที่มีทิศทางที่ถูกต้อง แล้วเราก็ Acknowledge เราชื่นชม เราไม่ได้ยกแต่สิ่งที่เขาทำเป็นสิ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งกับผู้ป่วย อันนี้สำคัญมากที่งาน IC จะสำเร็จ เราทำคนเดียวไม่ได้ เราจะไปเที่ยว Suction คนไข้ทุกคนได้อย่างไร หรือหมุนเตียงคนไข้ทุกคนได้อย่างไร ถ้าเรื่อง IC ไม่ได้อยู่ในหัวใจของผู้ให้บริการเบื้องหน้าคนไข้ ก็คือพยาบาลใน Ward หมอทุกคนที่ดูแลคนไข้ พยายามทำให้สิ่งนี้เข้าไปอยู่ในตัวของทีมของเราให้ได้ แล้วจะเกิดตัวเลขที่ผมโชว์ให้คุณดู ขอขอบคุณครับ

บทส่งท้าย

(รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์) จะเห็นว่าทั้ง 5 โรงพยาบาลทั้ง 5 กลุ่มแทบจะเรียกว่าทุกคน ก็คือคนที่ทำงานยืนหยัดอยู่หน้างานด้วยความถูกต้องอย่าง ต่อเนื่องยาวนาน อาจารย์ทั้ง 4 ท่านไม่ทราบว่ามีเปรียบเทียบที่เข้มข้น ขนาดนี้ และผมคิดว่าคนทำงานสาธารณสุขในทุกโรงพยาบาลมีจิตในด้าน คุณภาพที่เหมือนกัน ตัวเลขต่างๆก็นำเสนอ ตัวเลขเป็นเพียงเครื่องมือ อันหนึ่งที่จะบอกว่าเราอยู่ที่ไหน มีใครดีกว่าเราบ้าง ทำให้เราพัฒนางานเราเอง แต่จุดหลักเหมือนที่ท่านอาจารย์กำธรพูด อยู่ที่ความตั้งใจมุ่งมั่นของทีมงาน มี คำถามจาก Floor ใหม่ครับ ระหว่างที่คิดคำถามอยู่อยากจะเชิญชวนว่าทุก โรงพยาบาลสามารถที่จะสมัครเข้าเป็นในสมาชิกโครงการTHIP ของเราได้



ติดต่อได้ทางสรพ. หรือเข้าไปที่เว็บไซต์ที่ได้ไว้ก่อนหน้านี้ ถ้าสนใจก็สมัคร ผม อยากให้จำนวนสมาชิกมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะถ้าจำนวนสมาชิกเรามากพอ ความ เชื่อถือหรือความนิ่งของข้อมูลเราก็น่าจะมีมากขึ้น ถ้าไม่มีคำถามก็จะคืนเวทีให้ ทางพิธีกรสถาบันรับรองสถานพยาบาล ขอบขอบคุณครับ