

Clinical tracer highlight

การดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม (ของหน่วย Acute care surgery)

โรงพยาบาล	รามาริบัติ
สาขาวิชาหลัก	สาขาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุและเวชบำบัดวิกฤต (Acute Care)
สาขาวิชา สนับสนุน	1.ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2.ภาควิชารังสีวิทยา 3.ภาควิชาวิสัญญีวิทยา 4.ภาควิชาอายุรศาสตร์ 5.ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ (ORS) 6.หอผู้ป่วยวิกฤต (4IT) 7.หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ (4TW)
สภาพทางคลินิก	ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมของหน่วย Acute Care surgery ห้องฉุกเฉิน
วันที่จัดทำข้อมูล วันที่ปรับปรุง	17 กรกฎาคม 2560

1.บริบท

- ในประเทศไทยและต่างประเทศรวมถึงสหรัฐอเมริกาพบว่าปัญหาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินทางศัลยกรรมต่าง ๆ มีมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งความล่าช้าและจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น ผลลัพธ์ของการรักษาไม่ค่อยดี และยังส่งผลให้เกิดการคับคั่งของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน

- สาเหตุหลักๆที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่มาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีปัญหา คือ ยังขาดทีมศัลยแพทย์ดูแลโดยตรงทำให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งแนวโน้มในปัจจุบันเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากไม่ได้รับการดูแลหรือการผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสม

- โรงเรียนแพทย์ทั่วไปในสหรัฐอเมริกาและต่างประเทศหลายแห่งจึงแก้ไขปัญหาด้วยการปรับปรุงศัลยแพทย์ด้านอุบัติเหตุและเวชบำบัดวิกฤตทางศัลยกรรมให้รองรับ Emergency Surgery ไว้ในความรับผิดชอบได้

- ดังนั้นสาขาวิชาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุและเวชบำบัดวิกฤตทางศัลยกรรม ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีได้วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่มารับบริการและพบว่ามีปัญหาเช่นเดียวกัน จึงริเริ่มให้มีการจัดตั้งโครงการ Acute Care Surgery ให้เกิดขึ้น

2.ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

2.1 ผู้ป่วยได้รับการตัดสินใจในแนวทางการรักษาได้อย่างรวดเร็ว (Consultation time)

2.2 ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดลดลง (Waiting time to or)

2.3 อัตราการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง

2.4 อัตราผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ ที่ป้องกันได้ลดลง

2.5 อัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดภายใน 30 วัน (30 day Mortality)

๒๕๐ 2.6 ระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Hospital stay)

2.7 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ประเด็นความเสี่ยง	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ความปลอดภัยก่อนผ่าตัด	- ผู้ป่วยได้รับการตัดสินใจในแนวทางการรักษาได้อย่างรวดเร็ว (Consultation time) ภายใน 30 นาที	มากกว่า 80%
	- ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดลดลง (Waiting time to or) ภายใน 200 นาที	มากกว่า 80%
ความปลอดภัยในระยะผ่าตัด	- อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด	0%
	- อัตราการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง	0%

ความปลอดภัยหลังการผ่าตัด	-อัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัด ภายใน 30 วัน (30 day Mortality) -อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30วัน	น้อยกว่า 10% น้อยกว่า 10%
การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การผ่าตัดก่อนและหลังผ่าตัด	น้อยกว่า 10%

3.เป้าหมายการพัฒนา

3.1 เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรมแบบองค์รวมในลักษณะ สหสาขา วิชาชีพ

3.2 สามารถลดอัตราผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้

3.3 ช่วยลดความคับคั่ง (ER Crisis) โดยเฉพาะทางด้านผู้ป่วยศัลยกรรม

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ

หน่วยงาน	วัน/เวลา	สถานที่
ห้องฉุกเฉินภาควิชาเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	ทุกวัน 24 ชั่วโมง	ชั้น 1 อาคารอุบัติเหตุฯ
หน่วยงานรับส่งต่อผู้ป่วย (Referral Unit)	8.00-24.00 น ทุกวัน	เบอร์โทร.... Line กลุ่ม
แพทย์ประจำบ้านหน่วยอุบัติเหตุฯ	ทุกวัน 24 ชั่วโมง	เบอร์โทรแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 หน่วยอุบัติเหตุฯในตารางเวรที่อยู่ ใน Intranet

4.2 การประเมินผู้ป่วย

4.2.1 ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการประเมินจากแพทย์ประจำบ้าน, อาจารย์แพทย์ หน่วยอุบัติเหตุตั้งแต่การ
ซักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจเพิ่มเติม การส่งภาพวินิจฉัยทางรังสีที่ห้องฉุกเฉิน

4.2.2 การวินิจฉัยของผู้ป่วยจะได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนโดยใช้ตามแบบฟอร์มของคณะ ฯ

4.3 การวางแผนดูแลผู้ป่วย

4.3.1 ผู้ป่วยทุกรายหลังจากที่หน่วยอุบัติเหตุได้ประเมินแล้วจะได้รับการรักษารวมถึงการส่งตรวจเพิ่มเติม, การผ่าตัด, การส่งต่อไปรักษาที่อื่น, ให้อาบน้ำที่บ้าน ทันทีที่ห้องฉุกเฉิน

4.4 การดูแลผู้ป่วย

4.4.1 ระยะก่อนผ่าตัด

- ทีมแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ทุกท่าน รวมถึงอุปกรณ์ในการผ่าตัดและเลือดพร้อมที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง
- ตรวจทางผลการสืบค้นทั้งหมดที่เคยทำมาก่อน เช่น ผลเลือด หรือผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ทำมาก่อน
- ประเมินความพร้อมของคนไข้ในการดมยา เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ปอด ผลเลือดต่าง ๆ
- แก้ไขภาวะต่าง ๆ เช่น ภาวะขาดสารน้ำ เกลือแร่ที่ผิดปกติ ความผิดปกติ ของการแข็งตัวของเลือด บางกรณีอาจต้องปรึกษาแพทย์อายุรกรรม หรือแพทย์วิสัญญี
- การให้ยาปฏิชีวนะก่อนทำการผ่าตัด
- ประเมินความเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา (Caprini Score) ทุกรายพร้อมกับการป้องกันตามความเสี่ยง
- การให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโรคการดำเนินโรคการรักษาการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยง แก่ผู้ป่วยและญาติรวมถึงมีการบันทึกไว้ในใบแสดงความยินยอมในการเข้ารับการผ่าตัด

4.4.2 ระยะระหว่างผ่าตัด

- วางแผนร่วมกับวิสัญญีแพทย์เกี่ยวกับรายละเอียดขั้นตอนของการผ่าตัด

4.4.3 ระยะหลังผ่าตัด

- วางแผนประเมินผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีแพทย์ว่าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการดูแลระยะหลังผ่าตัดในหอ

ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหรือไม่ หรือสามารถไปหผู้ป่วยธรรมดาได้

- ทำ VTE Prophylaxis ทุกราย
- ทำ Discharge Planning กับผู้ป่วยทุกรายรวมถึงให้ข้อมูลการดูแลหลังผ่าตัด
- เฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดระบบทางเดินหายใจใน ระบบทางเดินปัสสาวะในกระแสเลือด

4.5 การจำหน่ายกลับบ้าน

-หลังจากเฝ้าระวังไม่ให้มีการติดเชื้อหรือผลแทรกซ้อนแต่อย่างใด ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งตัวกลับ โรงพยาบาลต้นสังกัด

4.6 การดูแลต่อเนื่อง

- ในระยะแรกนัดผู้ป่วยมาดูอาการทั่วไปและดูแลแผลผ่าตัดประมาณ 2 ถึง 4 สัปดาห์

5.ผลการพัฒนา

ข้อมูลตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี พ.ศ.			
		2558	2559	2560	2561
- ผู้ป่วยได้รับการตัดสินใจในแนวทางการรักษาได้อย่างรวดเร็ว (Consultation time) ภายใน 30 นาที	มากกว่า 80 %				
-ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดสั้นลง (Waiting time to or) ภายใน 200 นาที	มากกว่า 80 %				
-อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด	0%				
-อัตราการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง	0%				
-อัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดภายใน 30 วัน (30 day Mortality)	น้อยกว่า 10%				
-อัตราการการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน	น้อยกว่า 10%				
-ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดก่อนและหลังผ่าตัด	100%				
-ผู้ป่วยได้รับการประเมินและป้องกันภาวะอุดตันที่ขา ก่อนและหลังการผ่าตัด	100%				

6. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

กระบวนการและเทคนิคการผ่าตัดให้ดีขึ้นเพื่อที่จะให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรมมีผลการรักษาที่ดีขึ้น พัฒนางานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินในศัลยกรรม เพื่อก้าวสู่ความเป็นเลิศของศูนย์ดูแล Acute care surgery



Flow แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Care Surgery

