

แบบสรุปผลงานการปฏิบัติที่ดี (Best Practice)

ชื่อผลงาน . “Bed Sepsis Corner: แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis โรงพยาบาลยางสีสุราช”

ชื่อเจ้าของผลงาน นางนิโลบล ทิพย์ฤทธิ ,นางสาวเพชรรัตน์ เรืองวงษ์

หน่วยงาน กลุ่มงานการพยาบาล . . .สังกัด .โรงพยาบาลยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

1. หลักการและเหตุผล

ภาวะติดเชื้อกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ เพราะมีอัตราการตายสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรง และต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) และเป็นสาเหตุการตายสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด ประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี คิดเป็นอัตราการตาย ร้อยละ 32.03 สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกา ได้ร่วมมือกันพัฒนาและรณรงค์ให้ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Surviving sepsis campaign: SSC) สำหรับการรักษาเริ่มแรก ซึ่งแนวทางจากการรักษานี้เน้นการช่วยชีวิตเบื้องต้นและการดูแลในอีก 24 ชั่วโมง และต่อมามีการปรับเป้าหมายการรักษาโดยลดระยะเวลาจาก 6 ชั่วโมงให้เหลือเพียง 1 ชั่วโมง (Hour 1 bundle) ซึ่งถือเป็นสาระสำคัญที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ที่แสดงถึงความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้การลดอัตราการเกิดภาวะช็อก และอัตราการตาย ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด การค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น (Early recognition) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ (Early infection control, early resuscitation, and organ support) และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน โดยมีการประสานงานระหว่างทีมและการเฝ้าติดตาม กำกับการดำเนินการตามแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง

การจัดตั้ง **Bed Sepsis Corner** จึงเป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย โดยมีการจัดพื้นที่เฉพาะ อุปกรณ์พร้อม บุคลากรได้รับการอบรม และใช้แนวทาง Sepsis bundle ที่เป็นมาตรฐาน เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสงสัยภาวะ Sepsis/Septic shock ได้รับการดูแลที่รวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐาน
2. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย Sepsis ในโรงพยาบาลชุมชน
3. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและสามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลระดับสูงได้
4. เพื่อสร้างต้นแบบการพัฒนา Best Practice ที่สามารถขยายผลในรพ.สต.หรือโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้

3. ขั้นตอนการดำเนินงาน

- กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่มีภาวะสงสัย Sepsis หรือ Septic shock ทั้งผู้ที่มารับบริการที่ ห้องฉุกเฉิน (ER) และผู้ป่วยที่นอนรักษาอยู่ใน หอผู้ป่วย (Ward)

- ผู้ให้บริการ: แพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำ ER, พยาบาลประจำ ward, เภสัชกร, ห้องปฏิบัติการ และ ทีมสนับสนุน
- สถานที่:
 - ER Sepsis Corner: จุดเฉพาะในห้องฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยสงสัย sepsis ที่มารับบริการครั้งแรก
 - Ward Sepsis Corner: จุดเฝ้าระวังและตอบสนองอย่างรวดเร็ว (bed ที่กำหนดพร้อมอุปกรณ์ monitor และ Sepsis trolley)
- ระยะเวลา: ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 ชั่วโมงแรก (ER) และการติดตาม/เฝ้าระวังต่อเนื่อง (Ward)

● การจัดเตรียมพื้นที่ (Sepsis Corner)

ER Sepsis Corner

- เตรียมผู้ป่วยพร้อม monitor, oxygen, IV fluid, infusion pump
- Sepsis trolley พร้อม blood culture set, broad spectrum antibiotic, vasopressor
- Checklist Sepsis bundle ติดไว้ชัดเจน

Ward Sepsis Corner

- เตรียมผู้ป่วยที่จัดเตรียมพร้อม monitor
- Sepsis box/trolley (อุปกรณ์เก็บเลือด, IV fluid, antibiotic, infusion pump)
- Flow chart เฝ้าระวัง sepsis และแบบบันทึก Sepsis chart
- มีระบบแจ้งแพทย์/rapid response team หากผู้ป่วยมีสัญญาณเตือน

กระบวนการปฏิบัติ (Best Practice Process)

การคัดกรอง

- ER: ใช้ qSOFA/NEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคน หากเข้าเกณฑ์ → ส่งเข้า ER Sepsis corner
- Ward: พยาบาลประจำการใช้ early warning score เฝ้าระวังผู้ป่วย admit หากสงสัย sepsis → ย้ายผู้ป่วยไปยัง Ward Sepsis corner และแจ้งแพทย์ทันที

การดูแลภายใน 1 ชั่วโมงแรก (Sepsis bundle)

- เก็บเลือดส่งตรวจ (CBC, Electrolyte, BUN/Cr, Lactate, Blood culture ก่อน antibiotic)
- ให้ออกซิเจนเพื่อคง SpO₂ ≥ 94%
- เปิด IV line อย่างน้อย 2 เส้น และเริ่มให้สารน้ำ resuscitation (30 ml/kg crystalloid ภายใน 3 ชม.)
- ให้ broad spectrum antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง
- ประเมินความดันโลหิต → หาก MAP < 65 mmHg หลังให้สารน้ำ → พิจารณาให้ vasopressor

การติดตามและเฝ้าระวัง

- ER: ติดตาม vital sign ทุก 15 นาทีจนคงที่ ก่อนส่งต่อ/แผน admit
- Ward: เฝ้าระวังด้วย Sepsis chart ทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมิน urine output, lab (lactate, creatinine) และตอบสนองทันทีหากอาการแย่ลง

4. ผลการดำเนินการ / ผลสัมฤทธิ์ / ประโยชน์ที่ได้รับ

4.1 ผลการดำเนินการ (Process outcome)

- โรงพยาบาลมีระบบ Sepsis corner ครอบคลุมทั้ง ER และ Ward
- บุคลากรสามารถคัดกรองผู้ป่วยสงสัย Sepsis ได้เร็วขึ้น โดยใช้ qSOFA / NEWS / Early warning score อย่างเป็นระบบ
- ผู้ป่วย Sepsis ได้รับการดูแลตาม Sepsis bundle ภายใน 1 ชั่วโมงแรก มากขึ้นกว่าก่อนมีการจัดทำ Sepsis corner
- มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเป็นระบบ สามารถติดตามและประเมินผลได้

4.2 ผลสัมฤทธิ์ (Clinical outcome)

ร้อยละของผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำ resuscitation ตามเกณฑ์ (30 ml/kg ภายใน 3 ชั่วโมงแรก) สูงขึ้น

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ

ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (LOS) ลดลง และอัตราการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปด้วยภาวะวิกฤตลดลง

4.3 ประโยชน์ที่ได้รับ (Benefit)

ต่อผู้ป่วย: ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ลดโอกาสเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนจาก Sepsis

ต่อบุคลากร: มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ลดความสับสนในการดูแล เพิ่มความมั่นใจของทีมในการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน

ต่อองค์กร: โรงพยาบาลมีระบบบริการที่เป็นมาตรฐาน สอดคล้องกับนโยบายคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และสามารถใช้เป็นต้นแบบเผยแพร่แก่โรงพยาบาลชุมชนอื่นได้

5. ปัจจัยความสำเร็จ

1. การสนับสนุนจากผู้บริหาร

- ผู้อำนวยการและทีมบริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน และ Sepsis
- มีการจัดสรรทรัพยากร อุปกรณ์ และงบประมาณที่เหมาะสม

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกัน

- แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ห้องปฏิบัติการ และหน่วยสนับสนุน ร่วมกันออกแบบและดำเนินการ
- มีการประชุมวางแผนและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3. การมี Sepsis Team/ Sepsis Nurse

- พยาบาลหรือบุคลากรหลักที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก
- ทำหน้าที่กำกับ ติดตาม และเป็นแกนนำในการพัฒนากระบวนการ

4. ระบบคัดกรองและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

- มี Flow chart, Checklist, Sepsis bundle ที่เข้าใจง่ายและใช้ได้จริงทั้ง ER และ Ward
- บุคลากรทุกระดับเข้าใจตรงกัน

5. การอบรมและซ้อม

- บุคลากรได้รับการอบรมทักษะการดูแล Sepsis
- มีการซ้อมสถานการณ์จริง ทำให้ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้รวดเร็วและเป็นทีม

6. บทเรียนที่ได้รับ

1. การดูแล Sepsis ไม่สามารถสำเร็จได้ด้วยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่ต้องอาศัยการทำงานที่สอดประสานของทั้งทีม
2. ระบบแจ้งเตือนที่รวดเร็วช่วยชีวิตผู้ป่วย
 - เมื่อพยาบาล ward มีเครื่องมือประเมิน Early warning score และสามารถแจ้งแพทย์ได้ทันที ผู้ป่วยมีโอกาสรอดสูงขึ้น
3. ความพร้อมของอุปกรณ์คือกุญแจสำคัญ
 - การจัด Sepsis corner ลดความล่าช้าในการดูแลและค้นหาอุปกรณ์หรือยา
4. การสื่อสารและการซ้อมอย่างสม่ำเสมอช่วยลดข้อผิดพลาด
 - การซ้อม ทำให้ทีมมีความคล่องตัวและมั่นใจในการปฏิบัติจริง
 - การทบทวน Case หลังการดูแลช่วยปรับปรุงกระบวนการให้ดียิ่งขึ้น
5. การเก็บข้อมูลและ Feedback สร้างการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 - เมื่อมีการบันทึกเวลาและผลลัพธ์ของการดูแล สามารถนำมาวิเคราะห์และพัฒนาเป็น CQI ได้ต่อเนื่อง

7. การเผยแพร่/ การได้รับการยอมรับ/ รางวัลที่ได้รับ

เผยแพร่ผ่านการประชุม ร่วมกับรพ.สต. และผ่าน Website รพ.ยางสีสุราช

8. เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560–2579. กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (2560). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560–2579. กรุงเทพฯ:

กรมการแพทย์. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Sepsis & Septic shock) สำหรับโรงพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ยอดญาติไทย พ., ทิพย์ฤทธิ น., พรหมรัตน์ อ., & ดานา ก. (2566). การพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลยางสีสุราช. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ,

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2565). คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA Standard). กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. (2564). แนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลชุมชน. อุบลราชธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). แนวทางการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์: การดูแลผู้ป่วยติดเชื
รุนแรง. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
