

โรงพยาบาล	สตึก กม.10
สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	Pneumonia(ผู้ใหญ่)
วันที่	30 กันยายน 2562

1.บริบท

สถิติผู้มารับบริการ

สถิติปี Pneumonia ปี 2559 – 2562=385,381,263 และ 238 ราย Admit จำนวน 111,112,99 และ 118 รายrefer ที่ ER (respiratory failure) 12,8,21และ 21 ราย ร้อยละ 3.63 referที่ ward 9,20,19และ 12 รายร้อยละ3.5 โดยที่เป็น respiratory failure ในward (unplanned tube) 0,0,19และ12 รายคิดเป็นร้อยละ 1.82 ผู้ป่วยเสียชีวิตใน ward 26,19,31และ13 ราย คิดเป็นร้อยละ5.2 และมี unplanned dead ทั้งหมด 3 ราย ใน ปี 2560 1 ราย ปี 2561 1 รายและปี 2562 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.18

ข้อมูลแสดงขนาดปัญหา

พบเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ5.2 เป็นCase Palliative careญาติ NR ร้อยละ5.0 เป็นเคส unexpected death ร้อยละ0.18 เกิดจาก1.)..... ได้รับการรักษาด้วย ATB ล่าช้า ไม่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีอาการแย่งไม่ได้septic work upเพื่อหาสาเหตุและไม่ได้อำนาจเครื่องมือ PPS score ประเมิน case palliative careเพื่อวางแผนการรักษาร้อยละ5.0 2.)การประเมิน/การประเมินซ้ำเพื่อวางแผนการรักษาไม่ทันการณ์ ทำให้โรครุนแรงมากขึ้น ร้อยละ0.18 3.)มีภาวะแทรกซ้อน Aspirate pneumoniaมา admitในขณะที่อาการรุนแรงคือมีภาวะRespiratory failureร้อยละ1.16 4.)เป็นเคสรับกลับจากรพ.ชลบุรีด้วยโรคอื่น แล้วมีcomplication Pneumonia เพื่อ Palliative careร้อยละ 0.45

พบทวนUnplanned tube /refer เฉลี่ยร้อยละ1.82 วิเคราะห์สาเหตุผู้ป่วยเข้า criteria sepsis แต่ไม่ได้รับการดูแลและประเมินซ้ำแบบ Sepsisไม่ได้ประเมิน CURB65ตามCPG และ ไม่ได้ประเมินlabซ้ำ 2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ COPD พบว่า การรักษา COPD ยังไม่เหมาะสมขาดการพ่นยาตามอาการ Lung sign และHIV ที่เป็นseverePCP ,DM,CKD ร้อยละ 0.84

Re-admit ร้อยละ0.47 สาเหตุมีการวางแผนจำหน่ายแต่ยังไม่ครอบคลุมในการดูแล ผล culture ออกภายใน 72 ชม.

ศักยภาพ/บุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ

ไม่มีอายุรแพทย์ ไม่มีventilator หากเกิดภาวะ respiratory failure on ET tube refer โรงพยาบาลชลบุรี

2.ประเด็นคุณภาพความเสี่ยงสำคัญ

2.1 ผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดแยกที่เหมาะสมทำให้ได้รับการส่งต่อล่าช้า

2.2ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังSepsisขาดการประเมินอาการอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา/ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

2.3 การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้การสื่อสารภายในทีมล่าช้าหรือตกหล่น

ส่งผลเสียต่อแผนการรักษา

2.4 ไม่ได้ประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าช้า ทำให้ได้รับการปรับแผนการรักษาล่าช้า การวางแผนจำหน่าย เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านไม่ครอบคลุม

3.เป้าหมายการพัฒนา

Treatment goal	Objective	KPI
-ผู้ป่วยPneumonia ทุกรายได้รับการรักษาเหมาะสม	-ลดอุบัติการณ์การเกิด respiratory failure (unplanned tube refer) -ลดอุบัติการณ์ unplanned dead	-ร้อยละการเกิด respiratory failure (unplanned tube refer) -อุบัติการณ์ unplanned dead

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การประเมินและวางแผนการรักษา

4.1 ปี 2559 จัดทำ Check list และ CPG ประกอบการวินิจฉัยโรค Pneumonia เพื่อเป็นเกณฑ์ในการ Admit/Refer และประเมิน severity ของโรค (ประเมิน CURB65) ถ้า CURB65 score 0-1 ให้การรักษา OPD case ถ้า score 2 ให้ admit และ score 3-5 หรือ เข้า criteria ในการ admit ICU ให้ refer รพศ.

4.2 ปี 2559 วางระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะ respiratory failure และ sepsis เพื่อให้สามารถ early detection และใส่ ET tube refer ได้ทันเวลา โดยใช้ SOS score ประเมินผู้ป่วย pneumonia ทุกรายตั้งแต่แรกรับและ monitor ตาม SOS score

4.3 ปี 2559 พัฒนาระบบการใช้ Antibiotic การติดตามประเมินภาวะไวต่อยา และการดื้อยาโดยวางระบบการรายงานผล sputum culture และ Hemoculture ภายใน 3 วัน และมีการปรับเปลี่ยน antibiotics เมื่อไม่ response ต่อยา ใน 72 ชม. ตามผล sputum culture และ hemoculture

4.4 ปี 2558 จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Respiratory failure โดยจัดทำ Early warning sign เพื่อช่วยในการรายงานแพทย์ ส่งผลให้การรักษารวดเร็วขึ้น

4.5 ปี 2556 มีการใช้ PPS score มาประเมินในผู้ป่วย Palliative care จำแนกกลุ่มผู้ป่วยเพื่อปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การเสริมพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่อง

4.6 นิเทศและติดตามการใช้แบบประเมินและ CPG ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย

4.7 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มา Admit ด้วย Aspire pneumonia ที่มี COPD, Stroke, กลุ่ม Carcinoma, CVA และ Bed ridden เป็นโรคร่วมให้คำแนะนำและประเมินซ้ำเรื่องการดูแลให้รับประทาน อาหาร เพื่อลดการเกิดโรคแทรกซ้อน รวมทั้งส่งต่อ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมต่อ

5.ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562
อัตราการเกิด Respiratory failure ใน ward (unplanned refer)	0	0	0	5.2	3.37
อุบัติการณ์ Unplanned dead	0	0	0.28	0.27	0.18
อัตรา readmission	0	0.43	0	0.27	1.4

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

พบว่าอัตราการ Re-admit มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก Care giver ขาดความรู้และการประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และยังพบผู้ป่วยที่ respiratory failure มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2560-2562 จึงทบทวนและปรับ CPG โดยใช้ CURB 65 เป็นเกณฑ์คัดกรองและเน้นเรื่องการประเมินภาวะ Sepsis ในผู้ป่วยทุกราย ถ้า Infection + qSOFA positive 2 ใน 3 หรือ Infection + SOS > 4 ประสาน รพศ. เพื่อขอ Refer และยังพบอุบัติการณ์ unplanned dead สาเหตุคนไข้เป็น Palliative care เป็นส่วนใหญ่จึงขาดการประเมินซ้ำ

6.แผนการพัฒนายอย่างต่อเนื่อง

- 6.1 ส่งเสริมการใช้ CPG รวมทั้งมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามผลเพาะเชื้อเพื่อพิจารณาปรับยา Antibiotic ให้เหมาะสม
- 6.2 วางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหา Aspiration pneumonia ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามลงเยี่ยมแล้วส่งต่อให้รพ.สต.ดูแลต่อเนื่อง
- 6.3 ปรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Pneumonia ให้สอดคล้องกับการดูแลกลุ่ม Palliative care นำ PPS score มาใช้ประเมินในผู้ป่วย Palliative care ทุกราย
- 6.4 เพิ่มแผนการดูแลผู้ป่วย febrile Neutropenia สำหรับผู้ป่วยที่มีการลดลงของกลไกของเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil เข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะ Febrile Neutropenia
- 6.5 เพิ่มการเฝ้าระวังการใช้ยา Sedation ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ
- 6.6 มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายภายใน 48 – 72 ชั่วโมง ทางโทรศัพท์หรือการลงเยี่ยมบ้าน มีรายงานและการติดตามผู้ป่วยขาดนัด 7 วัน และมีการลงผลการติดตามลงในเวชระเบียนอย่างชัดเจน
- 6.7 เพิ่มยา Azithromycin ในรายการยาของโรงพยาบาล
- 6.8 การตรวจ Lab Melioidosis titer ของ โรงพยาบาลเองสามารถอ่านผลได้เร็วขึ้น