

โรงพยาบาล	โป่งน้ำร้อน
สาขา	ศัลยกรรม
สภาวะทางคลินิก	UGIH
วันที่จัดทำข้อมูล	มีนาคม 2560

1. บริบท

สถิติผู้มารับบริการ

สถิติปี 2558 – 2560 (ต.ค.59 - มี.ค.60) UGIH = 86, 92 และ 47 ราย Refer out ER จำนวน 51, 85, 35 ราย Admit จำนวน 35, 7, 12 ราย Admit & Refer จำนวน 8, 2, 2 ราย Shock จากบ้าน จำนวน 10, 8, 5 ราย Shock at ER จำนวน 3, 3, 2 ราย Shock at Ward จำนวน 2, 1, 0 ราย เสียชีวิต ปี 2560 ที่ ER 1 ราย ตามลำดับ

ข้อมูลแสดงขนาดปัญหา

ทบทวน UGIH shock ก่อนถึง ER ร้อยละ 10.22 จากเข้าถึงล่าช้า เพราะขาดความรู้ ผู้ป่วย shock ใน ER ร้อยละ 3.56 at ward ร้อยละ 1.33 จากการประเมินผิดพลาด และ Delay reassessment วิเคราะห์เป็นกลุ่มที่มีประวัติติดสุราเรื้อรัง ร้อยละ 51.43 cirrhosis ร้อยละ 14.29 รับประทานยา NSAID ร้อยละ 20.00 re-bleeding ร้อยละ 5.71 จากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ขาดความรู้ในการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการรับประทานยา

ปี 2560 ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย จากผู้ป่วยมีประวัติเป็น cirrhosis เกิด re-bleeding เข้าถึงล่าช้า

ศักยภาพ/บุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ

ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมหรือศัลยกรรม มีแพทย์ GP จำนวน 5 คน ไม่มีคลังเลือด อยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ 43 กม. ใช้เวลาเดินทาง 50 นาที

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การเข้าถึงบริการล่าช้าจากไม่ทราบอาการที่ควรมาพบแพทย์ทำให้เกิดภาวะ Shock ก่อนมาถึงโรงพยาบาล
2. การประเมินผิดพลาดขาดการ reassessment ที่เหมาะสม ทำให้วางแผนการรักษาไม่ครอบคลุม ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงด้วยภาวะ Shock

3. เป้าหมายการพัฒนา

Treatment Goal	Objective	KPI
- การประเมินและประเมินซ้ำที่รวดเร็วและการรักษาที่เหมาะสม	-ลดการเสียชีวิต -การรักษาที่เหมาะสม	1. อัตราภาวะช็อกในผู้ป่วย UGIH 2. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย UGIH

4. กระบวนการพัฒนาเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

1. ส่งข้อมูลผ่านชุมชนเพื่อประชาสัมพันธ์และให้สุศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราและใช้ยาชุดคลายกล้ามเนื้อเป็นประจำ ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังและเกิดความตื่นตัวและเข้าถึงการรักษาพยาบาล

การประเมิน ประเมินซ้ำและการวางแผนรักษา

2. ปี 2559 จัดทำ CPG UGIH กำหนดเกณฑ์การชักประวัติให้ครอบคลุมอาการ early warning sign ในการ Refer ER/IPD และ admit คือ

- Admit เมื่อ Hemodynamic stable (BP \geq 100/60 mmHg PR $<$ 100 /min RR $<$ 24 min) NG irrigate \leq 2000 ml. แล้ว clear Hct $>$ 25 %

- Refer เมื่อ Hemodynamic unstable after resuscitation (BP \leq 90/60 mmHg PR \geq 100 /min RR \geq 24 min) massive UGIH NG irrigation $>$ 2000 ml. not clear มี underlying disease เช่น cirrhosis CHF IHD ซึ่งมีแนวโน้มมีปัญหาการแข็งตัวของเลือด มีผลเลือดผิดปกติ เช่น Hct. \leq 25 %

3. กรณี admit ให้ observe V/S และ bleeding per NG tube ทุก 2 ชม. ภายใน 24 ชม. และ Lavage อย่างน้อย 2000 cc. กรณี re bleeding monitor Hct. ทุก 4 ชม.

4. กำหนดให้ขณะ Lavage ที่ ER ให้ monitor V/S ทุก 15 นาที ถ้ามีภาวะ Shock ให้ resuscitate IV fluid จน V/S stable ก่อน refer

5. Lab ขยายบริการเวลา 16.00-20.00 น. ตรวจสอบทุกอย่างเหมือนในเวลาราชการ และตั้งแต่เวลา 20.00-08.00 น. ตรวจ 6 รายการ ได้แก่ CBC, Electrolyte, Trop I, Urine Ketone, HIV for LR และ MB

การดูแลต่อเนื่อง

6. ทุกครั้งที่ admit วางแผนจำหน่าย และส่ง HHC

5.ผลลัพธ์การพัฒนา

ตัวชี้วัดสำคัญ	เป้าหมาย	2558	2559	2560 (ต.ค.59 - มี.ค.60)
1. ร้อยละผู้ป่วย UGIH มีภาวะ shock ก่อนมา	$<$ 5	11.63	8.70	10.64
2. ร้อยละผู้ป่วย UGIH มีภาวะ shock ใน ER	0	3.49	3.26	4.26
3. ร้อยละผู้ป่วย UGIH มีภาวะ shock ใน ward	0	2.33	1.09	0.00
4. จำนวนผู้ป่วย UGIH เสียชีวิต	0	0	0	1

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

ยังพบ shock แรกรับ อัตราเพิ่มขึ้น เกิดจากผู้ป่วยเข้าถึงล่าช้าจากขาดความรู้เรื่องโรคผู้ป่วย shock ใน ER มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก Delay Dx. ในผู้ป่วยไม่ได้ให้ประวัติอาเจียนเป็นเลือด/ถ่ายดำ และมีการ Delay reassessment ผู้ป่วยเกิดภาวะ shock ใน ward มีแนวโน้มลดลงจากการปรับ CPG เกณฑ์การ admit/Refer การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่ไว

6.แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1. ให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น cirrhosis, พืชสุราเรื้อรัง กลุ่มปวดกล้ามเนื้อและกินยา NSAID long term ให้ทราบ alert sign UGIH