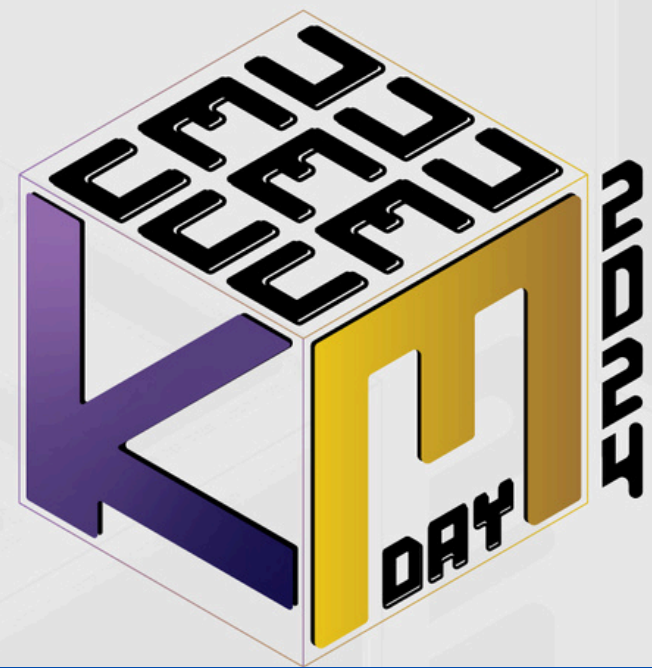




CMU KM DAY 2024

60 ปี มข. ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม
สู่ Innovation University



CHIANG MAI
UNIVERSITY

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกค้างของผ้าซับโลหิตในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด

แนวปฏิบัติที่ดีในด้าน: การพัฒนางานประจำ/ แนวปฏิบัติที่ดี/ จัดการความรู้

พว.พินาฏ กระจำนเตร, พว.พรนภัส การะเกตุ และคณะกรรมการประกันและพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์
งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

สรุปผลงานโดยย่อ

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกค้างของผ้าซับโลหิตในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด จากการทำ RCA ร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ และผู้บริหารของโรงพยาบาล นำไปสื่อสารให้กับบุคลากรห้องผ่าตัด ทีมศัลยแพทย์ และทีมวิสัญญีรับทราบ ทำให้บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติเป็นทิศทางเดียวกัน ลดความวิตกกังวลและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน 2567 ไม่พบอุบัติการณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด

บทนำ/ที่มาความสำคัญ

งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้นให้บริการผ่าตัดทุกระบบของร่างกาย โดยมีผู้ป่วยจำนวนเฉลี่ย 20,000 รายต่อปี การป้องกันไม่ให้เกิดมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วยจากการผ่าตัดถือเป็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สำคัญเรื่องหนึ่งท้องคการอนามัยโลก [World Health Organization, 2009] ได้กำหนดให้เป็นความปลอดภัยในโรงพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งได้จัดหมวดหมู่เป้าหมายความปลอดภัยที่สำคัญเป็นตัวอักษรคำว่าSIMPLE อยู่ในหมวดตัวอักษร S: Safe Surgery and Invasive Procedure และกำหนดแนวทางปฏิบัติคือ Surgical Safety Checklist ทางโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญต่อความปลอดภัยในเรื่องนี้เช่นเดียวกัน จึงกำหนดให้เป็นความเสี่ยงที่เป็น Sentinel Event ของโรงพยาบาล เนื่องจากการมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในตัวผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทรมาน เจ็บปวด เกิดการติดเชื้อ ผู้ป่วยต้องกลับมาผ่าตัดซ้ำ ได้รับการรักษาเพิ่มเติมจากที่วางแผนไว้ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น อาจถึงขั้นร้ายแรงทำให้ผู้ป่วยพิการถาวร หรือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยหรือญาติฟ้องร้อง และส่งผลเสียต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล และความไว้วางใจต่อคุณภาพการบริการ จากการทบทวนอุบัติการณ์การมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วยจากการผ่าตัด ของงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ตั้งแต่ปี2564-2567 พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป จำนวน 2 ราย เกิดอุบัติการณ์ระดับ F จำนวน 1 ราย ในปี 2564 เกิดอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 1 ราย ในปี 2567 โดยที่อุบัติการณ์ระดับ E ในปี 2567 เป็นเหตุการณ์ที่ทีมผ่าตัดทราบว่าผ้าซับโลหิตนับไม่ครบ และสงสัยว่าจะค้างอยู่ในตัวผู้ป่วยแต่ค้นหาไม่พบ และใช้ Fluoroscope ตรวจสอบตามแนวทางปฏิบัติการนับผ้าซับโลหิต แต่ไม่พบ จึงเย็บปิดแผลผ่าตัดและส่ง post-op X-ray หลังออกจากห้องพักฟื้นก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย พบผ้าซับโลหิตในตัวผู้ป่วย ศัลยแพทย์ต้องนำผู้ป่วยกลับมาผ่าตัดซ้ำ ทางคณะกรรมการ QA & CQI ร่วมกับผู้บริหารของงานจึงได้ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์ เพื่อนำเสนอข้อมูลแก่ทีม RCA ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพและผู้บริหารของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

วัตถุประสงค์

- เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติ กรณีที่ทีมผ่าตัดค้นหาผ้าซับโลหิตที่ตกค้างในตัวผู้ป่วยไม่พบ
- เพื่อให้ทีมผ่าตัดมีแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

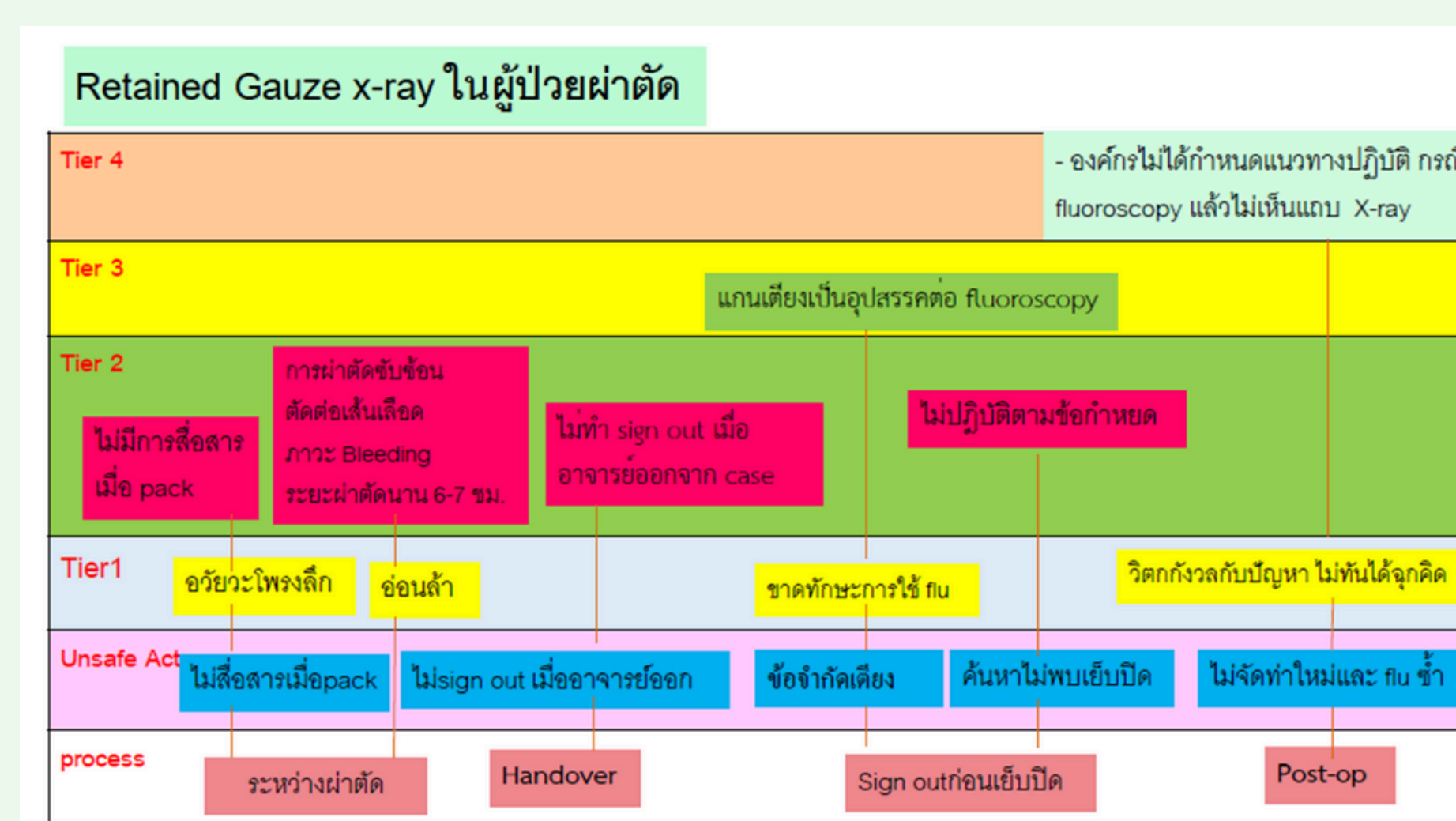
ตัววัดความสำเร็จ

อุบัติการณ์การตกค้างของผ้าซับโลหิตในตัวผู้ป่วยระดับ E-I = 0 ราย

วิธีการ/กระบวนการ

RCA 5 ขั้นตอนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2567

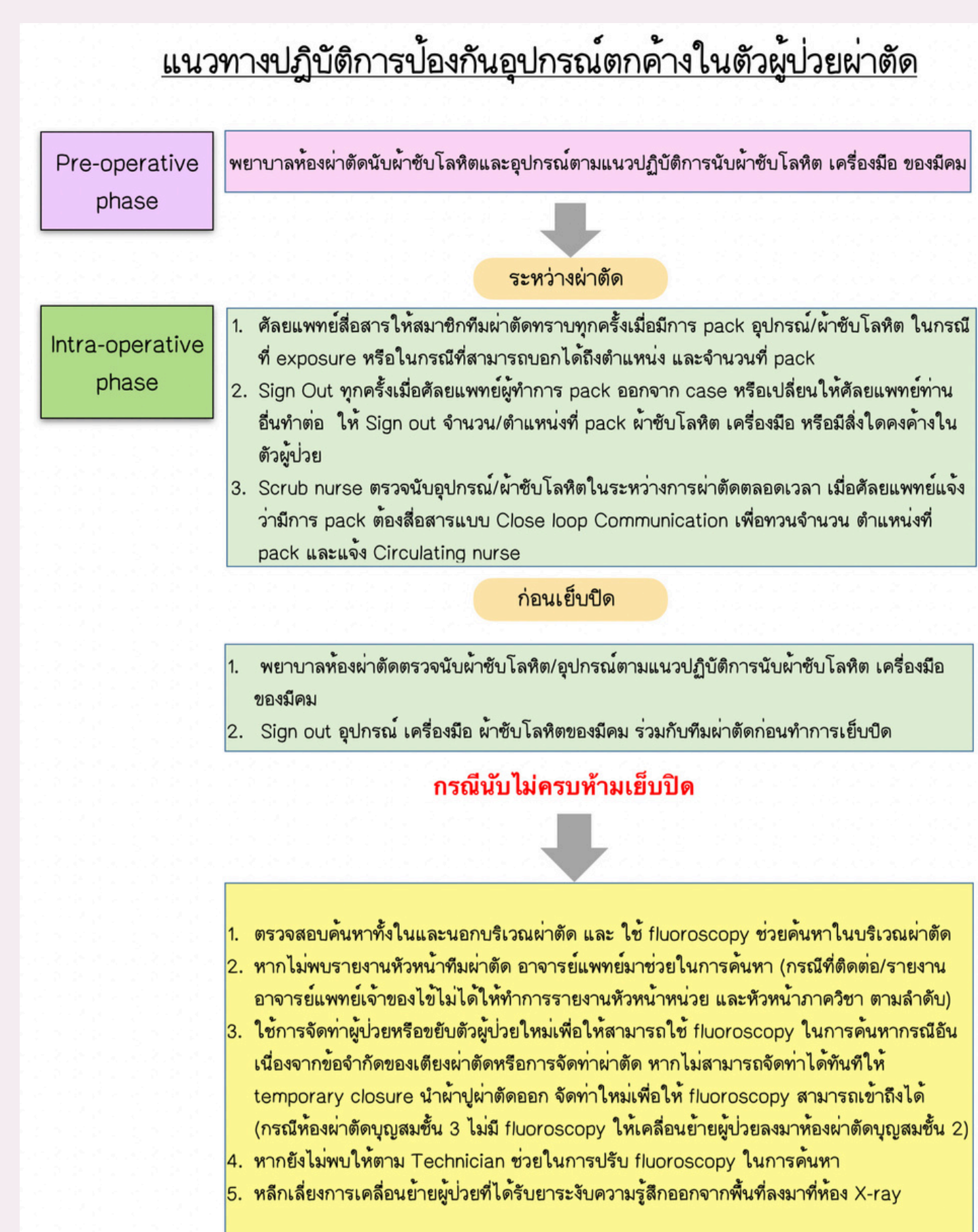
ทางคณะกรรมการ QA & CQI ร่วมกับผู้บริหารของงาน จึงได้ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์ โดยใช้หลักการ RCA 5 ขั้นตอน ร่วมกับ Tier 5 ระดับ นำเสนอข้อมูลแก่ ทีม RCA ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพและผู้บริหารของโรงพยาบาล



ปัจจัย	แนวทางการพัฒนา
1. Communication and Handover	1.1 ทีมแพทย์สื่อสารให้ทีมวิสัญญีทราบชุดเครื่องมือการ pack ผ้าซับโลหิต ระบุตำแหน่ง และจำนวนที่ pack 1.2 Sign Out ทุกครั้งเมื่ออาจารย์หรือทีมแพทย์ที่เป็นหัวหน้าทีมผ่าตัดออกจาก case และเปลี่ยนให้ทีมแพทย์ท่านอื่นทำผ่าตัดต่อให้ Sign Out ว่ายังมี การ pack หรือมีสิ่ง โลหิตค้างในตัวผู้ป่วยหรือไม่ 2.1. กรณีตรวจสอบค้นหาและ fluoroscopy ไม่พบ รายงานหัวหน้าทีมผ่าตัด อาจารย์แพทย์ช่วยในการค้นหา (กรณีที่ ติดตัวรายงานอาจารย์แพทย์เจ้าของไข้ไม่ได้ให้ทำการรายงานหัวหน้ารายงานและหัวหน้าภาควิชาตามลำดับ) 2.2. กรณีเนื่องจากข้อจำกัดของเตียงผ่าตัดหรือการจัดท่าผ่าตัด ใช้การจัดทำผู้ป่วยหรือย่นตัวผู้ป่วยใหม่หากไม่สามารถจัดทำได้ทันทีให้ temporary closure นำผ้าคลุมผ่าตัดออกจัดทำใหม่เพื่อใช้ fluoroscopy ตามารเข้าถึงได้ 2.3. หากยังไม่พบให้ตาม Technician ช่วยในการปรับ fluoroscopy 2.4. หลังเล็งเห็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับรายงานความผิดปกติและข้อควรช่วยเหลือ ให้ออกจากพื้นที่ลงมาถึง X-ray
3. Education Training	3.1 มีพิธีการการใช้ fluoroscopy แก่ทีมแพทย์โดยเพิ่มเข้าไปในการอบรมเชิงปฏิบัติการฝึกผ่าตัดและฝึกการพยาบาลทีมวิสัญญีและทีมวิสัญญี 3.2 มีอบรมเรื่อง non-technical skill ให้กับ Residents

แผนดำเนินงานและการนำไปใช้

ในการทำ RCA ครั้งนี้ได้กำหนดแนวทางพัฒนา



- ประกาศใช้เป็นนโยบายของโรงพยาบาลในเดือนกุมภาพันธ์ 2567
- สื่อสารแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบและปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน
- ยังพบอุบัติการณ์ตกค้างของผ้าซับโลหิตในตัวผู้ป่วยแต่สาเหตุจากปัจจัยอื่น นำมาวิเคราะห์ RCA หาแนวทางแก้ไขต่อไป

วิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญ

แนวทางปฏิบัติที่พัฒนามาเพื่อกำหนดขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคลากรทีมผ่าตัดปฏิบัติงานได้อย่างมีความเข้าใจตรงกันในทิศทางทางเดียวกัน ไม่มีความวิตกกังวลเมื่อเกิดปัญหา และสามารถนำไปใช้กับสิ่งแปลกปลอมชนิดอื่นที่ไม่ใช่ผ้าซับโลหิต ที่สงสัยว่าจะมีการตกค้างในร่างกายผู้ป่วย ได้เช่นเดียวกัน และแนวทางปฏิบัตินี้จะสามารถป้องกันความเสี่ยงของการมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในตัวผู้ป่วยได้หาก ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นทีมผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ให้ความร่วมมือกันภายในทีม รวมทั้งการใช้ร่วมกับเครื่องมือคุณภาพต่างๆ อาทิ เช่น Suandok Speak up Speak us, Suandok strong recommendation, I-SWITCH model และ Non-technical Skills เป็นต้น จะทำให้การป้องกันความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน 2567 ไม่พบอุบัติการณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด

การติดต่อกับทีมงาน Email: pkarakate5622@gmail.com