



ประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ  
ของโรงพยาบาลอรัญประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดสระแก้ว ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

<u>ลำดับ</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นางสาวไพลิน บุญเกษะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มงานอายุรกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายณัฐชัย นำพูลสุขสันต์)  
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ  
ของโรงพยาบาลอรัญประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวไพลิน บุญยะยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มงานอายุรกรรม นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๒๓๗๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มงานอายุรกรรม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๒๓๗๘	เลื่อนระดับ   ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน " การสั่งใช้ยาโอมิพราโซลอย่างสมเหตุสมผลในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอรัญประเทศ					
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน " การพัฒนางานดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือ Sepsis "					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					

R.

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การสั่งใช้ยาโอเมปราชโซลอย่างสมเหตุสมผลในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐประเทศ  
The rational drug use of omeprazole in outpatient department of secondary health care

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มิถุนายน พ.ศ.2564 – 31 มีนาคม พ.ศ.2565

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์โดยใช้ความรู้ความสามารถความชำนาญทักษะ

และประสบการณ์ในฐานะอายุรแพทย์ โดยทำการศึกษาเพื่อให้เกิดการพัฒนา งาน จากการศึกษาการสั่งใช้ยาโอเมปราชโซลอย่างสมเหตุสมผลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประเทศ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล: ปัจจุบันมีจำนวนมากที่มีการสั่งจ่ายอย่างไม่สมเหตุสมผล ปรากฏจากข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากยาที่ไม่จำเป็นและสร้างความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเป็นยาที่มีการสั่งจ่ายสูงติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศไทย มูลค่าการสั่งจ่ายยาคิดจากโรงพยาบาล 33 แห่ง รวมสูงถึง 632 ล้านบาท แม้ว่าจะมีการศึกษาในหลายประเทศ เล็งเห็นถึงความสำคัญของภาวะดังกล่าวนี้ แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะแก้ไขภาวะเหล่านี้ได้อย่างแท้จริงและทั่วถึง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐประเทศ ยอดการสั่งจ่ายยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารชนิดรับประทาน (ยาโอเมปราชโซล) ปี พ.ศ. 2563 เป็นจำนวนยาสูงถึง 1,050,056 เม็ด มูลค่า 1,593,718 บาท มูลค่าสูงติดเป็นอันดับ 3 ของยาทั้งหมดในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล หลีกเลียงและลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโอเมปราชโซลเมื่อใช้เป็นระยะเวลานาน เช่น ภาวะไตวาย ไตอักเสบ กระดูกพรุน หรือภาวะพร่องวิตามินบี 12 ผู้ทำการศึกษาในฐานะอายุรแพทย์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการสั่งจ่ายยาโอเมปราชโซลในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประเทศ ข้อบ่งชี้ในการสั่งจ่าย ปริมาณและระยะเวลาการใช้ยาเป็นไปตามการวินิจฉัยและแนวปฏิบัติในการใช้ยาหรือไม่อย่างไร เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวใช้ประกอบในการประชุมเพื่อการสั่งจ่ายยาโอเมปราชโซลที่เหมาะสม มีการใช้งบประมาณที่เหมาะสมและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์: ศึกษาการสั่งจ่ายยาโอเมปราชโซลอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

เป้าหมาย: สืบค้นข้อมูลความสมเหตุสมผลของการสั่งจ่ายยาโอเมปราชโซล ชนิดรับประทานในผู้ป่วยแผนกบริการผู้ป่วยนอกที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปของโรงพยาบาลรัฐประเทศ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึง 1 เมษายน พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วย 551 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน: ศึกษาและทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยคัดเลือกผู้ป่วยจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประเทศ และได้รับยาโอเมปราชโซลชนิดรับประทานอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2563 – 1 เมษายน พ.ศ. 2564 เพื่อป้องกันและรักษาภาวะต่างๆ ตามแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย หรือตามข้อบ่งชี้ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกา บันทึกข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลการวิจัย (Case record form) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการคำนวณค่าสถิติเบื้องต้น วิเคราะห์เป็นสถิติพรรณนา ได้แก่จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า

เป็ยงเบนมาตรฐาน วัน เดือน ปี ที่เริ่มต้นการวิจัย 1 มิถุนายน 2564 หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

#### 5.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษาพบผู้ป่วยนอกจำนวน 310 รายได้รับยาโอมีพราโซลตามข้อบ่งชี้ (ร้อยละ 56) คือ เพื่อป้องกันแผลในระบบทางเดินอาหารจากการใช้ยา NSAIDs, สเตียรอยด์, แอสไพรินจำนวน 164 ราย (ร้อยละ 29.76 ) เพื่อรักษาภาวะดิสเปปเซียจำนวน 124 ราย (ร้อยละ 22.50) , เพื่อรักษาภาวะกรดไหลย้อนจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 2.17 ) และเพื่อรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 1.63) พบการสั่งจ่ายยาโอมีพราโซลชนิดรับประทานแบบไม่มีข้อบ่งชี้จำนวน 241 ราย (ร้อยละ 43.73) และพบความสัมพันธ์ของการสั่งจ่ายยาโอมีพราโซลแบบไม่มีข้อบ่งชี้ กับ เพศ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมันในเลือดสูง, การใช้ยาแบบพุ่มเพื่อย, การใช้ยาแอสไพรินและการใช้ยา NSAIDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มีการสั่งจ่ายยาโอมีพราโซลโดยไม่มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอรัญประเทศ ร้อยละ 43.73 สาเหตุหลักคือการสั่งจ่ายยาโอมีพราโซลจากการดึงข้อมูลยาเก่ามาใช้ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีข้อบ่งชี้หรืออาการที่จำเป็นต้องได้รับยาแล้ว เป็นการเพิ่มความเสี่ยงการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นระยะเวลานานและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์กระบวนการงานเดิมว่าสาเหตุใดจึงเกิดการสั่งจ่ายยาโอมีพราโซลแบบไม่สมเหตุสมผลศึกษาและพัฒนาต่อยอด ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเดิมและออกแบบกระบวนการงานใหม่ เช่นการรณรงค์เรื่องการสั่งจ่ายยาโอมีพราโซลอย่างสมเหตุสมผลแก่เจ้าหน้าที่เน้นที่แพทย์และเภสัชกร โดยให้ความรู้แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ทั่วไป ในเรื่องข้อบ่งชี้การสั่งจ่ายยาโอมีพราโซล รวมถึงแจ้งอัตราการสั่งจ่ายยาโอมีพราโซลที่เกินความจำเป็นแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มการตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการได้รับผลข้างเคียงจากยาและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

#### 7.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ข้อบ่งชี้ของการสั่งจ่ายยาโอมีพราโซลโดยส่วนมาก ยกตัวอย่างเช่น กรดไหลย้อน แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น หรือในผู้ป่วยที่มีภาวะอาหารไม่ย่อย หากรับประทานยาโอมีพราโซลเกิน 2 เดือนแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดของภาระงานคลีนิคแพทย์ ทำให้ไม่สามารถที่จะส่องกล้องทางเดินอาหารในผู้ป่วยทุกรายตามข้อบ่งชี้ได้ เป็นผลให้การแปลผลวิจัยอาจคลาดเคลื่อน เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาบางราย ไม่ทราบวินิจฉัยที่ชัดเจน

#### 8.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ข้อมูลจากผลงานวิจัยเป็นข้อมูลจากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วน
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาโอมีพราโซลบางรายไม่ได้รับการส่องกล้องทำให้ไม่ทราบผลวินิจฉัยและไม่ทราบระยะเวลาการสั่งจ่ายยาโอมีพราโซลที่แน่ชัด

#### 9.ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการทบทวนการสั่งจ่ายยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพื่อเป็นการลดโอกาสเสี่ยงการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และลดภาระค่าใช้จ่าย

#### 10.การเผยแพร่ผลงาน

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ปีที่ 37 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2564 ISSN2586-8624

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน: ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วิรัตน์ บุญครอง

(แพทย์หญิงไพรัตน์ บุญกะยะ)

นายแพทย์ชำนาญการ

14 / พฤษภาคม 2565

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายแพทย์อุดม จันทามงคล)

นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่ 24 / พ.ค. / 2565)

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายแพทย์สรวิศ ชลาสัย)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(วันที่ 25 / พ.ค. / 2565)

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายแพทย์ราเชษฎ์ เจริญพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

(วันที่ 27 / พ.ค. / 65)

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) .....

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่ 6 / มิ.ย. / 2565)

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
**(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่องการพัฒนางานดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือ Sepsis
2. หลักการและเหตุผล

ภาวะ Sepsis เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยความผิดปกติทั้งทางด้านกายภาพ พยาธิวิทยา และชีวเคมีที่เกิดจากการติดเชื้อ เป็นสาเหตุหลักของปัญหาด้านสุขภาพและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากกว่าสองหมื่นล้านยูเอสดอลลาร์ คิดเป็นร้อยละ 5.2 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2554 และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลประเทศไทย อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทย ได้วิเคราะห์ข้อมูลในปี พ.ศ.2559 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด จึงนับว่าภาวะ Sepsis เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขประเทศไทย

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง (Severe sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในปัจจุบันอ้างอิงตาม Survival Sepsis Campaign (SSC) Guideline 2012 โดยแนวทางการรักษาดังกล่าวมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมตามการศึกษา หรือข้อมูลใหม่อย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากข้อมูลงานวิจัยและแนวทางการดูแลรักษาที่เผยแพร่ล้วนมาจากกลุ่มประเทศแถบยุโรป อเมริกา หรือออสเตรเลีย ซึ่งมีความพร้อมทางด้านบุคลากร ทรัพยากร และเทคโนโลยี ดังนั้นการนำมาใช้ในบริบทของสาธารณสุขประเทศไทยไทยดังเช่นโรงพยาบาลอรัญประเทศซึ่งเป็น โรงพยาบาลทั่วไปขนาด M1 จึงต้องมีการประยุกต์ ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

และจากข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ของโรงพยาบาลอรัญประเทศ นับตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ.2562 จนถึง กันยายน พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 167 คน มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 43 คน คิดเป็นอัตรายาตายร้อยละ 25.75 ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามตัวชี้วัดดังนี้

- 1.จำนวนการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย จำนวน 160 คน คิดเป็น 95.81%
- 2.จำนวนการเจาะเลือดเพื่อนำไปเพาะเชื้อ ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 154 คน คิดเป็น 92.22%
- 3.จำนวนการได้รับสารน้ำปริมาณ 1500 มิลลิลิตรเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการวินิจฉัย จำนวน 149 คน คิดเป็น 89.22%
- 4.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต ภายใน 3 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย จำนวน 75 คน คิดเป็น 44.91%

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของโรงพยาบาลอรัญประเทศน้อยกว่าความเป็นจริง เมื่อเทียบกับปริมาณผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาและเทียบกับศักยภาพของโรงพยาบาลอรัญประเทศที่สามารถรับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้มากถึง 120-150 เตียง และยอดตัวชี้วัดยังแสดงให้เห็นถึงการได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานอย่างดีมากเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามที่กระทรวงได้กำหนดไว้คือ กำหนดให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชนิด

Community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30 ในกลุ่มผู้ป่วย ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุจะพบว่าเกิดจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ผู้ทำการรักษาและพยาบาลของโรงพยาบาลอรัญประเทศนั้นยังไม่สามารถ



ที่จะวินิจฉัยภาวะ Sepsis ได้ตั้งแต่ต้น มีการตกลงของข้อมูลในเอกสารเวชระเบียน ทำให้ยอดของการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงน้อยกว่าความเป็นจริงและทำให้ยอดตัวชี้วัดเข้าเกณฑ์แม้ยังไม่ได้มีมาตรการปฏิบัติการ เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นแล้วนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข เพื่อที่จะพัฒนาระบบการดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานของประเทศ ให้แพทย์พยาบาลสามารถให้การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ทันเวลา ให้การรักษาที่เหมาะสมในเวลาที่กำหนด เพื่อลดอัตราการตายและลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดจากการรักษาไม่ทันการณ์

### 3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ก่อนจะมีการพัฒนางานดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือ Sepsis การเก็บยอดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากกลุ่มโรคนี้อาศัยจากข้อมูลทางเวชระเบียน ซึ่งหากพิจารณาตามความเป็นจริงแล้ว อัตราการเกิดโรคนี้ทางข้อมูลของโรงพยาบาลรัฐประเทศเก็บได้ต่ำกว่าความเป็นจริงมากหากเทียบกับสัดส่วนของประเทศไทยและโลก ทั้งนี้อาจมีการตกลงของข้อมูลตอนสรุปเอกสารเวชระเบียน กรอกข้อมูลลงระบบคอมพิวเตอร์ แพทย์ผู้ทำการรักษาและพยาบาลยังไม่สามารถที่จะวินิจฉัยภาวะ Sepsis ได้ จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยน้อยผิดปกติตั้งตัวเลขที่แสดงข้างต้น และการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้อีกก็เป็นไปตามแบบแผนการรักษาตามแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยของแพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมในทุกเคสที่ตกลง ทำให้ข้อมูลตัวชี้วัดไม่ใช้ค่าที่แท้จริง จากข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับภาระงาน

ในฐานะอายุรแพทย์ จึงได้มีการจัดตั้งแนวคิดการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือ Sepsis ขึ้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีมาตรฐานตามนโยบายของกระทรวง พัฒนาระบบการรักษา ดังนี้

- จัดประชุมและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเรื่องงานดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือ Sepsis ให้ แพทย์ใช้ทุน เจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยวิกฤติ แผนกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลรัฐประเทศ วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2563 โดยเนื้อหาการนำเสนอเน้นถึงความหมายของ Sepsis
- พัฒนาระบบให้ทีมแพทย์และพยาบาลที่ทำการรักษาตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงและโอกาสของการเสียชีวิต โดยใช้เครื่องมือคัดกรอง (Screening Tool) คะแนน qSOFA (Quick SOFA score) ที่ถูกแนะนำให้ใช้ใน SEPSIS-3 consensus document 2016 คิดคะแนนจาก 3 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย
  - ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนหรือซึม (Alteration of conscious) Glasgow coma score  $\leq 13$ ,
  - ความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure)  $\leq 100$  mmHg,
  - อัตราการหายใจ  $\geq 22$  ครั้งต่อนาที

ผู้ป่วยที่มีคะแนนอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ มีโอกาสจะมีภาวะ Sepsis สูง ทั้งนี้การนำคะแนนมาใช้เพื่อให้แพทย์และพยาบาลสามารถวินิจฉัยภาวะ Sepsis ได้ทันทั่วทั้งที่โดยอาศัยเพียงการซักประวัติและตรวจร่างกาย ไม่จำเป็นต้องอาศัยผลตรวจเลือด โดยเน้นการใช้คะแนน qSOFA บริเวณจุดคัดกรองผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่แผนกห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการตระหนักรู้ได้ทันทีหลังวัดสัญญาณชีพว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดหรือไม่

- พัฒนาระบบทีมพยาบาลในการใช้คะแนน Modified Search Out severity (mSOS) เพื่อการตรวจจับอาการเตือนจากสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและปริมาณปัสสาวะ ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ โดยจะคิดคะแนน SOS ทุกครั้งในการวัดสัญญาณชีพและลงบันทึกในฟอร์มปรอทของเวชระเบียนผู้ป่วย เริ่มนำร่องทดลองใช้ที่แผนกผู้ป่วยวิกฤติ ICU ทุกเคสส่งเสริมการใช้ Standing order ในการตรวจรักษาผู้ป่วย



ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อระบุเวลาที่วินิจฉัย Sepsis ให้ชัดเจน และระบุเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อให้ทีมรักษาตระหนักถึงความสำคัญของเวลา

- ส่งเสริมการสรุปเวชระเบียนทั้ง Progress note และ Diagnosis ของแพทย์ให้ถูกหลักตามหลักคำจำกัดความคำศัพท์แพทย์และตามหลัก ICD 10 สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการดูข้อมูลการรับรู้ร่วมกันแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยว่าเคยได้เป็นเคส Sepsis เนื่องจากคำว่า Sepsis หรือภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด ตามคำนิยามศัพท์ของแพทย์นั้นไม่จำเป็นต้องเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดเสมอไป อาจเป็นการติดเชื้อจากอวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด ระบบทางเดินปัสสาวะ หรือช่องท้อง แล้วการติดเชืวดังกล่าวส่งผลให้เกิดอวัยวะล้มเหลวต่างๆตามมา เช่นระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ระบบหมุนเวียนเลือดล้มเหลวความดันโลหิตต่ำ เหล่านี้ก็เรียกรวมว่าภาวะ Sepsis กล่าวคือ Sepsis ใช้เรียกในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ หรือสงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อ ซึ่งไม่จำเป็นต้องติดเชื้อในกระแสเลือดบางครั้งแพทย์ที่ทำการรักษาไม่ได้บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนว่าเป็น Sepsis แต่ให้การรักษาแบบ Sepsis ยกตัวอย่างเช่นผู้ป่วย ปอดติดเชื้อที่มีระบบทางเดินหายใจล้มเหลว แพทย์บันทึกลงในเวชระเบียนว่า Pneumonia with respiratory failure ตามหลัก ICD10 และไม่ได้เขียนคำว่า sepsis แม้ว่าผู้ป่วยในกรณีนี้จะ เป็น sepsis แล้วก็ตาม เนื่องจากการสรุปเวชระเบียนตามหลัก ICD 10 ที่จะเขียนคำว่า Sepsis ลงในช่อง Diagnosis ได้ต่อเมื่อผลเพาะเชื้อในเลือดพบเชื้อเท่านั้น ด้วยความแตกต่างข้างต้นนี้อาจเป็นเหตุทำให้แพทย์ไม่เขียนหรือวินิจฉัยภาวะ Sepsis ในผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะเข้าเกณฑ์ Sepsis ตามนิยามศัพท์แพทย์แล้วก็ตาม ทำให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสารและการนับจำนวนเคสได้

หลักเกณฑ์ตามแนวทางการสรุปและให้รหัสโรคติดเชื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพดังนี้  
ทบทวนเวชระเบียนให้ได้ประเด็นครบถ้วนตามหัวข้อดังนี้

- ชนิดของเชื้อ: Bacteria, Virus, HIV, Parasite, Mycoses หรือไม่ทราบเชื้อ
- อวัยวะที่เกิดโรค
- With/ without complication
- Confirmed Lab เช่น การตรวจย้อม Gram stain, การเพาะเชื้อ และมีการประเมินผลโดยแพทย์
- ในบางกรณีเป็นการวินิจฉัยจากอาการเป็นหลัก

การวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา

- ส่งเสริมการใช้ Standing order ในการตรวจรักษาผู้ป่วยป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อระบุเวลาที่วินิจฉัย Sepsis ให้ชัดเจน และระบุเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อให้ทีมแพทย์และพยาบาลรักษาตระหนักถึงความสำคัญของเวลา และให้การรักษาเป็นไปตามที่กระทรวงกำหนดโดยกำหนดการเก็บตัวอย่างเลือดไปเพาะเชื้อ 2 ชุดเสมอก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ให้สำรอน้ำทางเส้นเลือดดำในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม
- เนื่องจากภาวะ sepsis ต้องการการดูแลรักษาจากทีมแพทย์และพยาบาลใกล้ชิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเป็นการจัดสรรเตียงในหอผู้ป่วยหนักอย่างยุติธรรม จึงพิจารณาพัฒนาระบบแนวทางการบริหารเตียงในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลรัฐประเทศ โดยใช้คะแนน APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) เป็นดัชนีประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ใช้ในการจัดสรรเตียงผู้ป่วยในกรณีเตียงเต็ม (เตียงจำนวน 8 เตียง) โดยกำหนดแนวทางร่วมกับองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลรัฐประเทศ ดังนี้

แผนกอายุรกรรม + เด็ก + สูตินรีเวช รวมจำนวน 5 เตียง

แผนกศัลยกรรม + ศัลยกรรมกระดูก + หู คอ จมูก รวมจำนวน 3 เตียง

หมายเหตุ

- กรณีเตียงว่าง แต่ละแผนกสามารถใช้เกินโควตาที่กำหนดได้
- กรณีเตียงเต็ม ให้แผนกที่ไข้เตียงเกินโควตา คินเตียงให้แก่แผนกที่ได้รับการจัดสรร แต่หากไม่สามารถ คินเตียงได้จริงๆเนื่องจากบริบทของเคส ให้ใช้คะแนน APACHE II ตัดสิน
- ให้อำนาจ Incharge nurse ICU ในการตัดสินใจรับเคสเข้าและย้ายออก

#### 4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถให้การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis ได้ทันท่วงทีโดยอาศัยคะแนน qSOFA
2. ยอดผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพิ่มขึ้น จากการแก้ไขปัญหาการตกหล่นของบันทึกข้อมูลเวชระเบียน และการวินิจฉัยที่ไม่ครบถ้วนของทีมแพทย์ที่ทำการรักษา
3. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐประเทศลดลง
4. เพิ่มคุณภาพการให้บริการ การรักษาที่มีมาตรฐานของทีมแพทย์และพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานกระทรวงโดยอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ คะแนนประเมินต่างๆ
5. การจัดสรรเตียงแก่ผู้ป่วยอย่างยุติธรรมในการเข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโดยใช้คะแนน APACHE II

#### 5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อรัฐประเทศน้อยกว่าร้อยละ 30
2. ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยภาวะ Sepsis ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย เป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด
3. มีการเก็บตัวอย่างเลือดไปเพาะเชื้อก่อนได้รับยาปฏิชีวนะเป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
4. มีการให้สารน้ำทางเส้นดำปริมาณ 1500 มิลลิตร ภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย Sepsis เป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด

(ลงชื่อ) .....

*ภก.น. บุณยะยะ*

(แพทย์หญิงโพธิ์น บุณยะยะ)

นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) ...17.../...พฤษภาคม.../...2565.....

ผู้ขอประเมิน