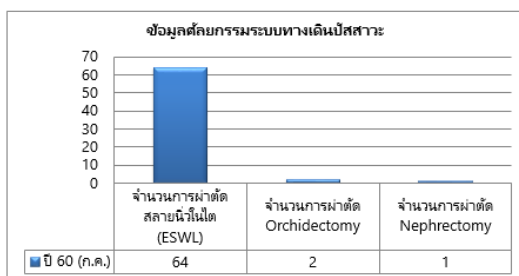
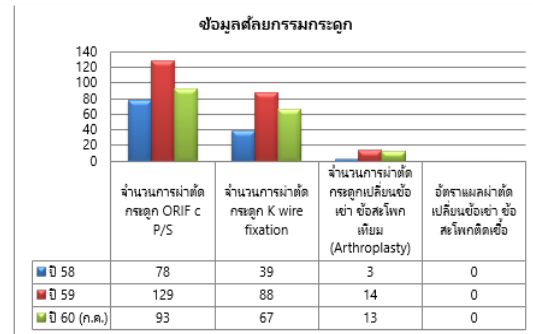
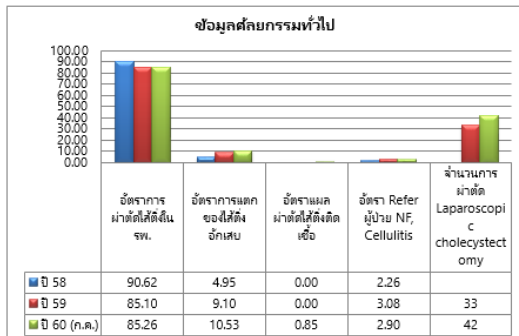


การดำเนินงานสาขาศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ และศัลยกรรมกระดูก
โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

1. ผลการพัฒนาาระบบบริการ



ข้อมูล Refer	ปี 2559			ปี 2560 (ถึง ก.ค.)		
	ศัลยกรรมกระดูก	ศัลยกรรมทั่วไป	รวม	ศัลยกรรมกระดูก	ศัลยกรรมทั่วไป	รวม
1. Refer in						
โพนทราย	41	22	63	22	51	73
หนองโพธิ์	45	15	58	36	2	38
หนองฮี	21	14	35	13	12	25
เกษตรวิสัย	84	14	98	48	4	52
รพ. อื่นๆ	1	0	1	2	0	2
รวม Refer in	190	65	255	121	69	190
2. Refer out						
รพ.ร้อยเอ็ด	158	493	651	183	599	782

2. Key Success Factor

1. ได้รับการสนับสนุนแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ทีมให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย

2. มีการ Pre – Post conference ร่วมกันระหว่างทีมการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. มีเครื่องมือที่สำคัญ เช่น เครื่องดมยาสลบ, NIBP monitor CO₂, เครื่อง Fluroscope, กล้องส่องผ่าตัด (Laparoscope), เตียงผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป, Compact air drive, Border braun splint, Skin traction, Foley's cath 3 ทาง, Foley's guide

4. สัมพันธภาพที่ดีของทีม

5. ด้านการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล

5.1 แพทย์

- สาขาศัลยกรรมให้บริการทุกวันจันทร์ ให้บริการตรวจ OPD และผ่าตัด Consult ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

- สาขาระบบทางเดินปัสสาวะให้บริการทุกวันพุธ ให้บริการตรวจ OPD ทำ IVP และผ่าตัด

- สาขาศัลยกรรมกระดูกให้บริการตรวจ OPD วันจันทร์ พุธ ศุกร์ ผ่าตัดวันพุธ และพฤษภาคม

5.2 ทีมผ่าตัดและทีมดูแลผู้ป่วย ศึกษาดูงานและฝึกประสบการณ์ที่รพ.แม่ข่าย ด้านการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ, NF, Cellulitis, Infected wound, Gall stone และ โรคระบบทางเดินปัสสาวะ การช่วยผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก

5.3 มี CPG การดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ และใช้ Alvarado score ในการประเมิน

5.4 ประชุม ชี้แจง ทบทวน คู่มือ/แนวทาง/เกณฑ์ ดูแลผู้ป่วย และการส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อให้โรงพยาบาลลูกข่าย และรพ.สต.เรื่อง Appendicitis, NF, Cellulitis, Infected wound, Gall stone, โรคระบบทางเดินปัสสาวะ

5.5 จัดประชุมวิชาการ abdominal pain , กลุ่มโรคที่มีการติดเชื้อของระบบกล้ามเนื้อและผิวหนัง การดูแลแผล การดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก ให้กับ เจ้าหน้าที่ รพ. โรงพยาบาลลูกข่าย และ รพ.สต.

3. แนวทางการรับ – ส่งต่อ

แนวทางการ Refer in

1. จาก รพ.สต.ส่งผู้ป่วยพร้อมใบ Refer
2. รพ.ลูกข่าย โทรประสานงานกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรับผู้ป่วย

แนวทางการ Refer out

1. กรณีปกติ ส่งผู้ป่วยพร้อม ใบ Refer
2. กรณีฉุกเฉิน ประสานกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.แม่ข่ายก่อนส่ง
3. กรณี Refer จากห้องผ่าตัดมีเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดไปส่งด้วยทุกครั้ง

4. ปัญหา/อุปสรรค

1. ไม่มีศัลยแพทย์ทั่วไป และศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะประจำโรงพยาบาล
2. ความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แพทย์ GP ให้บริการผ่าตัด
3. ไม่ทราบแพทย์เวร รพ.แม่ข่ายกรณีส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน

5. แผนพัฒนาปี 2561

1. พัฒนา CPG โรคไส้ติ่งอักเสบ และการวินิจฉัยโดยใช้ Alvarado score
2. พัฒนาระบบ Refer ทั้งลูกข่ายและรพ.สต.ระบบการส่งต่อและศักยภาพของโรงพยาบาล (มีวิสัญญีแพทย์ , แพทย์เฉพาะทาง)
3. พัฒนาความรู้ ทักษะ แบบ Focus group โดยนำ เรื่อง /โรค /หัตถการ ที่เป็นปัญหา/ปฏิบัติไม่ครอบคลุม มาใช้ในการพัฒนาทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. เช่น เรื่องการดูแลแผล
4. พัฒนาระบบการจัดเก็บ / ส่งข้อมูล ระหว่าง รพ.ลูกข่าย / จังหวัด

สภาวะคลินิก CA breast โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

พญ.บุญรัตน์ ไชยชาณูรัมย์, นางสาวอาภรณ์ ถนัดคำ

นางจันทร์โย ภูคำ

บริบท

จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 – พ.ศ. 2554 รวมทั้งสิ้น 42 ราย พบข้อมูลที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมาด้วยก้อนที่เต้านมในขนาดที่โต ≥ 2 cm. (T2-4) แล้ว 34 ราย (80.95%) $< T2 = 14.29$ % ก้อนที่โต ≥ 2 cm. พบว่ามะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ $\geq 50\%$ ซึ่งเพิ่มระยะของการเป็นมะเร็งให้สูงขึ้น และมีผลต่อพยากรณ์ของโรคด้วย แต่ถ้าพบก้อน $< T2$ โอกาสกระจายไป LN $< 20\%$ นอกจากนั้นยังพบว่าเมื่อคลำได้ก้อนแล้ว มาพบแพทย์ ภายใน 1 เดือน เพียง 40.47% บางคนปล่อยทิ้งไว้ 1-2 ปี ก็มีซึ่งมีผลต่อขนาดของก้อนและระยะของโรคด้วย

ประเด็นสำคัญ

เนื่องจากผู้ป่วยมาด้วยก้อนที่โตแล้ว และยังปล่อยเวลาเนิ่นนานออกไปเป็นจำนวนมาก ทั้งๆที่ ก้อนเต้านมเป็นอวัยวะที่ตรวจได้ง่าย ดังนั้น ประเด็นสำคัญของปัญหานี้ น่าจะเกิดจากการเข้าถึง (รวมถึงความตระหนัก) เมื่อคลำได้ก้อนเต้านม

เป้าหมายในการพัฒนา

- ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อคลำได้ก้อนเต้านมเร็วขึ้นภายใน 1 เดือน ที่คลำได้ $\geq 50\%$
- พบ $< T2$ (Tis,T1) $\geq 20\%$ ของ CA breast

กระบวนการ การพัฒนา

1) การจัดการประชุมวิชาการ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญ ของการพัฒนาแนวทางการตรวจรักษาผู้ป่วยก้อนเต้านม (Breast mass) เพื่อทราบปัญหาาร่วมกัน เช่น เจ้าหน้าที่ทุก รพ.สต. ,เจ้าหน้าที่ รพ.เกษตรวิสัย (OPD,ER,PCU

2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ

- เชิงรุก : ให้ความรู้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.,อสม.,ประชาชนผู้สนใจทั่วไป
: แจกสื่อประชาสัมพันธ์มะเร็งเต้านม , ออกรายการวิทยุชุมชน
: PCU ประสานกับ อสม. จัดกิจกรรมตรวจหาก้อนเต้านมตามตำบลต่างๆ เพื่อค้นหา ก้อนเต้านม
- เชิงรับ : พัฒนา guideline ในการดูแล breast mass เบื้องต้น

ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560
1.ร้อยละผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ หลังคลำพบก้อนเต้านม ภายใน 1 เดือน	≥50%	28.57%	33.34%	44.45%	53.85%	48.15%	47.62%
2.พบก้อน Tis,T1 มากขึ้น	≥20%	9.09%	8.34%	13.34%	30.76%	51.85%	52.38%

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์ หลังคลำได้ก้อนภายใน 1 เดือน พบมากขึ้นเรื่อยๆ จากปี พ.ศ.2555 ,พ.ศ.2556 ,พ.ศ.2557 ,พ.ศ.2558 คิดเป็น 28.57% ,33.34% ,44.45% ,53.85% ตามลำดับ และยังพบก้อน Tumor ขนาดเล็ก Tis (Tis = Tumor insitu) , T1 (Tumor < 2 cm.) มากขึ้น จากปี พ.ศ.2555 , พ.ศ. 2555 , พ.ศ. 2558 คิดเป็น 9.09% ,8.34% ,13.34% ,30.76% ตามลำดับ ซึ่งน่าจะเกิดผลดีและมีผลต่อ 5-year survival ในโอกาสต่อไป จึงมีแผนพัฒนาต่อเนื่องดังนี้

1. ส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กรณีคลำพบก้อนให้รีบมาพบแพทย์ทันทีหรืออย่างน้อยภายใน 1เดือน
2. การหาแนวทางในการทำ Screening mammogram หรือเอ็กซเรย์เต้านมเพื่อจะได้พบมะเร็งเต้านมในระยะแรกๆเพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มอัตราการอยู่รอดต่อไป

สภาวะคลินิก Acute and Acute complicated Appendectomy โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

พญ.บุญรัตน์ ไชยชาตธรรมย์, นางสาวอาภรณ์ ถนัดคำ

นางจันทร์โย ภูคำ

บริบท

โรงพยาบาลได้ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ทั้งไส้ติ่งอักเสบปกติ Acute Appendicitis และ Acute Complicated Appendicitis ตั้งแต่เริ่มเปิดให้บริการห้องผ่าตัด ปี 2522 เป็นต้นมา โดยรับบริการผู้ป่วยในเขตอำเภอเกษตรวิสัยและอำเภอปทุมรัตต์ อำเภอจตุรพักตรพิมาน อำเภอสว่างแดนดิน และอื่นที่เข้ามารับบริการ

จากกรณีศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ในช่วง พ.ศ. 2554-มี.ค. 2555 ในผู้ป่วย Acute appendicitis 50 ราย ผู้ป่วย Acute Complicated Appendicitis 37 ราย พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยทั้งหมดมาพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง 74.26 % และได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง คิดเป็น 68.97 % ในผู้ป่วย Acute Complicated Appendicitis มาพบแพทย์ช้า คือหลังมีอาการ >1 วัน 56.76% ส่วนมาภายใน 24 ชั่วโมง มีเพียง 43.24 % นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดหลัง Admission > 6 ชั่วโมง 27/87 ราย (31.03%) และในจำนวนนี้พบว่า 51.85% เป็น Case Acute Complicated Appendicitis

ในปี 2556 พบ case rupture appendicitis คิดเป็น 11.18% (56/501) โดยอยู่ในเขตอำเภอเกษตรวิสัย 6.19% (31/501) ปทุมรัตต์ 2.99% (15/501) สว่างแดนดิน 1.40% (7/501) อื่นๆ 0.6% (3/501) ผลขึ้นเนื้อพบ Validity ของการ Diagnosis =94.37%

ในปี 2557 พบ Rupture appendicitis	(38/379)	คิดเป็น 10.03 %
ในปี 2558 พบ Rupture appendicitis	(44/559)	คิดเป็น 7.78 %
ในปี 2559 พบ Rupture appendicitis	(55/494)	คิดเป็น 11.13 %
ในปี 2560 พบ Rupture appendicitis	(41/358)	คิดเป็น 11.45 %

(เดือน ตุลาคม 2559 – 31กรกฎาคม 2560)

ประเด็นสำคัญ

- การเข้าถึงบริการล่าช้าและการวางแผนการรักษา

เป้าหมายในการพัฒนา

- ผู้ป่วยมารับบริการหลังมีอาการภายใน 24 ชม. \geq 75%
- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม. หลัง admission \geq 75%
- อัตราการเกิด Rupture appendicitis <10%

กระบวนการ การพัฒนา

1) รมรณรงค์อบรมวิชาการให้ความรู้เรื่องโรคไส้ติ่งอักเสบ พร้อมทั้งแนวทางในการวินิจฉัย ให้เจ้าหน้าที่ที่มีโอกาสพบผู้ป่วยเป็นด่านแรก เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. , พยาบาลเวร , ER ,OPD

2) ประชุมองค์กรแพทย์เพื่อ set มาตรฐานผู้ป่วยที่วินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบให้เร็วยิ่งขึ้น ภายใน 6 ชม. เพื่อลดโอกาสเกิด Acute complicated appendicitisซึ่งจะมีผลต่อ Hospital course ทั้ง ATB, Length of stay, Wound complication

3) ประสานกับรพ.เครือข่าย Service plan ในจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้ง รพ.ร้อยเอ็ด ,รพ.เกษตรวิสัย ,และ รพ.ที่ refer ผู้ป่วยมา รพ.เกษตรวิสัย เพื่อให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เร็วขึ้น

4) การพัฒนาแพทย์ใช้ทุนที่อยู่เวรให้สามารถผ่าตัดไส้ติ่งได้และมีความมั่นใจในการทำ โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายช่วยฝึกหัด Intern ก่อนออกสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็วขึ้น เนื่องจากมีแพทย์หลายคนสามารถทำการผ่าตัดได้

5) องค์กรพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด เพื่อสามารถช่วย intern ทำการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเปิดห้องผ่าตัดได้ 2 ห้องพร้อมกัน

ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.
		2556	2557	2558	2559	2560
1.ผู้ป่วยมารับบริการภายใน 24 ชม. หลังมีอาการ	≥75 %	-	-	75%	-	84.8%
2.ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมงหลัง Admission	≥75 %	-	-	73.44%	-	86.66%
3.อัตราผู้ป่วย Rupture Appendicitis	< 10%	11.18%	10.03 %	7.87%	11.13%	11.45%

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

จากการศึกษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ 64 รายในช่วง ต.ค. 57- เม.ย. 58 เป็น acute appendicitis 44 ราย Acute complicated appendicitis 20 ราย พบว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง มากขึ้น จาก 71.26 % เป็น 75 % ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม. หลัง admission เพิ่มขึ้นจาก 68.97 % เป็น 73.44 % ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กำหนด สำหรับ Validity ของการDiagnosis Acute appendicitis โดยสุ่มตัวอย่าง = 100% (85/85) จากการศึกษานี้ผู้ป่วย Rupture appendicitis ในปี 2557 และ 2558 พบว่า case ที่เกิด Rupture appendicitis ส่วนใหญ่ เป็นผู้ในเขต คือ 6.33% (24/379) และ 4.83% (27/559) ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยนอกเขตที่เกิดRupture appendicitis มีจำนวนลดลงคือ 3.69%(14/379) และ3.04% (17/559) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาภูมิลำเนาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Acute and Rupture appendicitis พบดังนี้

Acute and Rupture appendicitis	ปี2556	ปี2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ทั้งหมด	501	379	559	494	358
ในเขตอำเภอ	337	264	372	335	255
นอกเขตอำเภอ	164	115	187	159	103
-ปทุมรัตน์	91	86	123	104	60
-สุวรรณภูมิ	45	25	25	21	24
-จตุรพักตรพิมาน	7	4	9	11	5
-อื่นๆ	8	-	9	21	14
-นอกจังหวัด	16	-	21		

Rupture appendicitis	ปี2556	ปี2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ทั้งหมด	56 (11.18%)	38 (10.03%)	44 (7.87%)	55(11.13%)	41(11.45%)
ในเขตอำเภอ	31 (6.19%)	24(6.33%)	27 (4.83%)	31(6.27%)	29(8.10%)
นอกเขตอำเภอ	25 (4.99%)	14 (3.69%)	17 (3.04%)	24(4.85%)	12(3.35%)
-ปทุมรัตน์	15 (2.99%)	9 (2.37)	11 (1.98%)	17	10
-สุวรรณภูมิ	7 (1.4%)	2 (0.53%)	1 (0.18%)	2	-
-จตุรพักตรพิมาน	1 (0.2%)	2 (0.53%)	1(0.18%)	2	-
-อื่นๆ	2 (0.4%)	1(0.26%)	5 (0.89%)	3	2

จากตารางจะเห็นได้ว่า การเกิด Rupture appendicitis ทั้งในเขตอำเภอ และนอกเขตอำเภอลดลง แต่ในปี 2559,2560 พบมี Rupture appendicitis ในเขตเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดในภาพรวมมากขึ้น จึงมีแผนพัฒนาต่อเนื่องดังนี้

- ประสานกับเครือข่ายสุขภาพ ทั้ง โรงพยาบาลลูกข่าย ,รพ.สต. เพื่อส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการเร็วขึ้น
- ทำ CPG ตั้งแต่เริ่ม Admit จนถึง การทำผ่าตัดให้ได้ภายใน 6 ชม. โดยพัฒนาความรวดเร็วในแต่ละจุดบริการ
- ศึกษาข้อมูล ผู้ป่วย Rupture appendicitis ปีงบประมาณ 2560 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา
- ศึกษาวันระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบและผู้ป่วยอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน

สภาวะคลินิก การผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy : LC)

พญ.บุญรัตน์ ไชยชาตธรรมย์, นางสาวอาภรณ์ ถนัดคำ

นางจันทร์โย ภูคำ

บริบท

ผู้ป่วยโรคทางเดินน้ำดีที่เข้ามาผ่าตัด เช่น Gall stone, Gall bladder polyp , Chronic calculus cholecystitis วิธีการผ่าตัดโดยการทำ Open cholecystitis และ Laparoscopic cholecystectomy (LC) เป็นโรคที่ผ่าตัด 1 ใน 10 อันดับ ของจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

โรงพยาบาลเกษตรวิสัยได้พัฒนาการผ่าตัดด้วยกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) มาใช้กับผู้ป่วย แทนการผ่าตัดชนิดผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาปรับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด โดยการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมในระยะแรกๆ และต่อมาให้ผ่าตัดแบบ Laparoscopic cholecystectomy : LC ก่อน ถ้าไม่สำเร็จจึงทำ OC และจะทำ OC เฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนเท่านั้น นอกนั้นต้องเริ่มที่การทำ LC ก่อน

สถิติการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดี

ลำดับ	รายการ	2555	2556	2557	2558	2559
1	จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งหมด	89	85	101	97	138
2	Open cholecystectomy : OC	66	33	33	16	6
3	Laparoscopic cholecystectomy : LC	23	52	74	81	132
4	Fail LC	6	1	7	2	0
5	ร้อยละของการคิด Fail LC	20.68	1.87	8.64	2.4	0

ข้อดีของการผ่าตัดด้วย LC

1. แผลผ่าตัดเล็ก ไม่เจ็บแผลมาก
2. ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน
3. ไม่ต้องทำแผล

วิธีดำเนินการ

- ศึกษาดูงาน case demonstrated LC ใน รพ.แม่ข่ายเพื่อพัฒนาวิธีการและการจัดสรรอุปกรณ์ที่ทันสมัยมากขึ้น
- ส่งเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดฝึกอบรมการช่วยผ่าตัดที่ รพ.แม่ข่ายเพื่อความราบรื่นในการช่วยผ่าตัด LC มากขึ้น
- การให้ ATB Treatment ในผู้ป่วย Acute calculous cholecystitis ก่อน 6 สัปดาห์ แล้วค่อยนัดผ่าตัด LC เพื่อลด adhesion รอบๆถุงน้ำดี
- การจัดหาชุดอุปกรณ์ LC เพิ่มขึ้นให้เพียงพอ เนื่องจากบางรายต้องทำ OC เพราะอุปกรณ์ LC ขำรุด หรืออบ gas ไม่ทันใช้

- ศัลยแพทย์ศึกษาเทคนิควิธีการอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนา Skill การทำ LC และส่งเสริมให้มี ศัลยแพทย์เพิ่มอีก 1 คน เพื่อให้ผู้ป่วย Gall stone ได้รับการผ่าตัดตาม Standard guideline ให้มากที่สุด
- การทำ peritoneoscopy ก่อนทำ LC เพื่อประเมิน adhesion ในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ ในช่องท้องมาก่อน
- ติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัด

ผลการพัฒนา ปี 2560 เดือน ตุลาคม 2559 – เดือน กรกฎาคม 2560

จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งหมด 148 ราย

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
1	Open cholecystectomy : OC	0%	10 ราย	6.75%
2	Laparoscopic cholecystectomy : LC	100%	138 ราย	93.24%
3	Fail LC	<10%	8 ราย	5.47%
	-Bleeding		2 ราย	1.36%
	-Inflamation		5 ราย	3.42%
	-CBD stone		1 ราย	0.68%
4	อัตราการเกิดอันตรายต่อท่อน้ำดีขณะผ่าตัด	<0.4%	0 ราย	0%
5	อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	<1%	1 ราย	1.35%
6	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหลังผ่าตัด	0%	0 ราย	0%
7	กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังการผ่าตัด	0%	0 ราย	0%

ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ

- ทีมผ่าตัดมีทักษะในการผ่าตัด, การดมยาสลบ
- การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อม
- ผู้บริหารให้การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ให้เพียงพอ
- โรงพยาบาลแม่ข่ายให้การสนับสนุน ในการการศึกษาดูงานการผ่าตัด
- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดถุงน้ำดีอักเสบต้องได้รับการรักษาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัด

ปัญหาและอุปสรรค

- เครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ ราคาแพง บางครั้งต้องรอเครื่องมือเพื่อส่งอบแก๊สหรือส่งนี้
- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ถุงน้ำดีอักเสบ มีนิ่วในท่อน้ำดี ต้องใช้วิธีผ่าตัดชนิด OC
- เกิดอันตรายต่อท่อน้ำดี, มีเลือดออก ทำให้ต้องเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดจาก LC เป็น OC แทน

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาคำแนะนำและทักษะการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

2. ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ลดอัตราการผ่าตัด LC เป็น OC โดยการ screen ผู้ป่วยที่มีภาวะการอักเสบของถุงน้ำดี หรือมีประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง
3. เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้เพียงพอ
4. ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ไม่เกิน 1 วัน