

สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



◎ ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ภาวะรกเกาะลึก เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่อันตราย ส่งผลให้มารดาเกิดการตกเลือด หนักรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา เป็นสถาบันที่รับส่งต่อผู้ป่วย ของภาคใต้ ได้มีพัฒนาคุณภาพบริการ โดยตั้งคณะทำงาน ชื่อว่า Prince of Songkla-Placenta Accreta Spectrum (PSU-PAS) team ขึ้นในปีพ.ศ.2560 เป็นทีมสหสาขา พร้อมดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่วินิจฉัยจนสิ้นสุดการรักษานานจนพ้นจากโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้มารดาและการปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ

◎ วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. พัฒนาคูณภาพการวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึกก่อนคลอดด้วยอัลตราซาวด์ให้แม่นยำ โดยมีความไวไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
2. อัตราการเสียชีวิตของมารดาร้อยละ 0
3. อัตราการตกเลือดหนักรุนแรง (>5000 มล.) ในการผ่าตัดภาวะรกเกาะลึกไม่เกินร้อยละ 30
4. อัตราการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะไม่เกินร้อยละ 10
5. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดไม่เกินร้อยละ 5

◎ การออกแบบกระบวนการ

มีการกำหนดแนวปฏิบัติ ซึ่งมีการประเมินผล ทบทวน ปรับปรุงอยู่เสมอ ตามวงจร PDCA ดังนี้

P lan: กำหนดแนวปฏิบัติการดูแลมารดาที่มีภาวะรกเกาะลึก ในปีพ.ศ.2560 ดังนี้

- พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงที่คลินิกฝากครรภ์ ให้ครอบคลุมทุกราย
- ตรวจยืนยันการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์มารดา และการกในครรภ์ทุกราย
- ให้สตรีรอดพ้นเพื่อกระตุ้นการเจริญของปอดก่อนคลอดหากอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์
- ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยทีมสหสาขา PSU-PAS team เพื่อเตรียมความพร้อม
- ผ่าตัดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยาหรืออย่างน้อย 1 คน
- กำหนดวันผ่าตัดในช่วงอายุครรภ์ที่เหมาะสม
- ปรึกษาศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (urologist)/ รังสีแพทย์สาขารังสีร่วมรักษา (intervention radiologist) ในรายที่คาดว่าจะมีความจำเป็น
- จอง ICU ในรายที่คาดว่าจะอาจเกิดการตกเลือดหนักรุนแรง
- ประสานงานกับทีมวิสัญญีและทีมห้องผ่าตัดเพื่อรับมือกรณีเกิดภาวะวิกฤตที่คาดว่าจะมีการเสียชีวิตหนักรุนแรง
- พัฒนาเทคนิคการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการตกเลือดหนักรุนแรง และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง

D o:

- กำกับให้มีการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติโดยมีการกำกับติดตามประเมินผล ผ่านกิจกรรมวิชาการ Obstetrics Statistics ของสาขาวิชาเป็นประจำทุกเดือน และรายงานผลสรุปในที่ประชุมสาขาวิชาทุก 3 เดือน
- กำหนดเป็น Objective Key Result (OKR) ของสาขาวิชา ที่ต้องรายงานต่อคณะฯ
- ทำวิจัยชนิด R2R กำกับเพื่อพัฒนาคูณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง
- จัดอบรมการวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึกจากภาพอัลตราซาวด์ให้แก่แพทย์ประจำบ้านสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยาและรังสีวิทยา
- จัดอบรมการวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึกแก่แพทย์ทั่วไป (เริ่มปี 2565)

A ct: จากการติดตามผลการดำเนินงาน มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติเพิ่มเติมเป็นระยะ:

ด้านการวินิจฉัย

- ใช้อัลตราซาวด์ 3 มิติร่วมกับอัลตราซาวด์ 2 มิติและ Color Doppler ultrasound เพื่อเพิ่มความไวและความแม่นยำในการวินิจฉัย
- ตรวจวินิจฉัยโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 คน เพื่อลดความผิดพลาด
- ส่งตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging, MRI) เพิ่มเติม ในรายที่ผล การตรวจอัลตราซาวด์ไม่ชัดเจน

ด้านการผ่าตัด

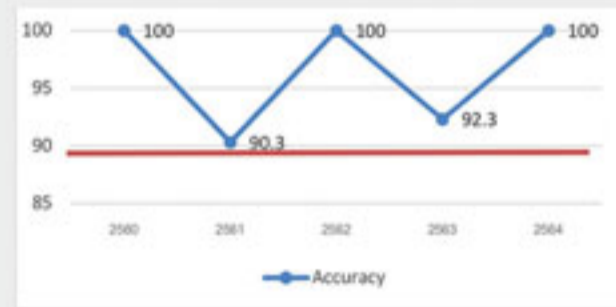
- กำหนดการผ่าตัดคลอดโดยอายุครรภ์ที่เหมาะสมคือ 34-36 สัปดาห์
- ใช้เครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูงคือ vascular sealing instrument เพื่อลดการเสียเลือด
- ใช้เทคนิคการผ่าตัดเพื่อลดการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ โดยใช้ posterior approach แทนวิธีการตัดมดลูกแบบดั้งเดิม
- ใช้เทคนิคการผูกเส้นเลือดก่อนตัดมดลูก เพื่อลดการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด
- การผ่าตัดใช้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 คนในรายที่สงสัยว่ามีภาวะรกเกาะลึกหนักรุนแรง

C heck: จากผลการกำกับติดตามประเมินผลพบว่า

- มารดาทุกรายได้รับการซักประวัติเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะรกเกาะลึก
- มารดาที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะรกเกาะลึก ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ทุกราย
- ได้รับการตรวจยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์ทุกราย
- ได้รับการผ่าตัดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยาหรืออย่างน้อย 1 คน ทุกราย
- มารดาส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดตามวันที่กำหนด (ไม่ได้ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหนักรุนแรงสูง)

◎ ผลการดำเนินการ

1. ความไวในการวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึกด้วยอัลตราซาวด์ ได้ตามเป้าหมายคือ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ทุกปี (benchmark ต่างประเทศ ร้อยละ 90)

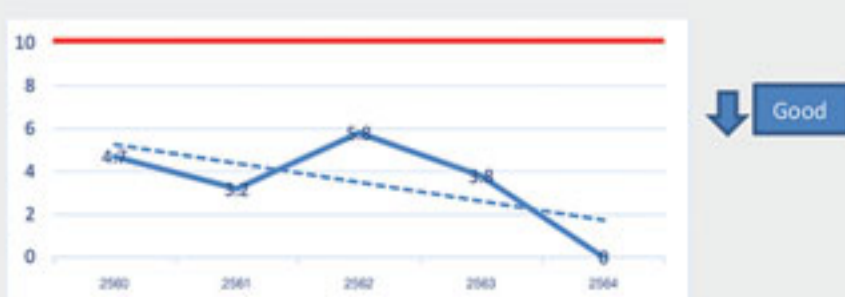


2. ไม่มีมารดาเสียชีวิตเลย (benchmark ต่างประเทศ ร้อยละ 0.05)

3. อัตราการเสียเลือดเกิน 5000 มล. เป็นไปตามเป้าหมายคือ ไม่เกินร้อยละ 30 และมีแนวโน้มลดลง ยกเว้นปี 2563 ซึ่งมีภาวะรกเกาะลึกชนิดรุนแรง (placenta increta and percreta) จำนวนมาก



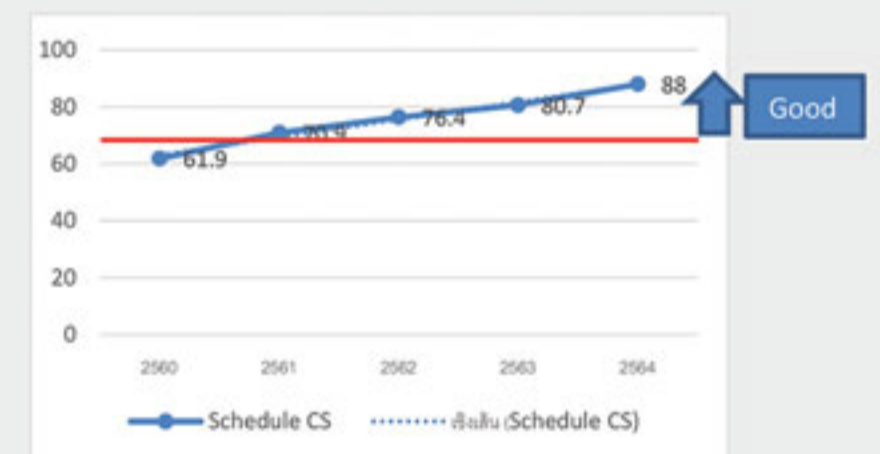
4. อัตราการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ไม่เกินร้อยละ 10 ได้ตามเป้าหมาย และในปี 2564 ไม่มีการ ได้รับบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะเลย (benchmark ต่างประเทศ ร้อยละ 29)



5. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด ไม่พบการติดเชื้อหลังผ่าตัดเลย ยกเว้นปี 2562 เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด 1 ราย (1/17) ภาพรวมทั้งหมดบรรลุตามเป้าหมาย 0.8% คือไม่เกินร้อยละ 5 (benchmark ต่างประเทศไม่เกินร้อยละ 7)



6. อัตราการผ่าตัดคลอดตามที่กำหนดไว้ (scheduled cesarean section) เพิ่มขึ้น เนื่องจากร้อยละ 61.9 เป็นร้อยละ 88 (เป้าหมาย ร้อยละ 70)



◎ จุดเด่นที่เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ

ผลงานได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะโรค (Disease Specific Certification) Placenta accreta spectrum disorders จาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สพข.) เป็นแห่งแรกของประเทศไทย เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565

◎ บทสรุป

ทีมนำสูงสุดมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง กำหนดนโยบายการพัฒนาการดูแลรักษาโดยเฉพาะ โรคยากและซับซ้อนและสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อนมนุษย์ชาติ ผู้เชี่ยวชาญอุทิศตนในการทำงานตลอด 24 ชั่วโมง ทีมสหสาขาที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญและทุ่มเทในการพัฒนางาน เกิดนวัตกรรม และ new skills ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยมากขึ้น เสียเลือดน้อยลง และภาวะแทรกซ้อนต่ำ

◎ เอกสารอ้างอิง

1. Maison N, Rattanaburi A, Pruksanusak N, et al. Intraoperative blood volume loss according to gestational age at delivery among pregnant women with placenta accreta spectrum (PAS): an 11-year experience in Songklanagarind Hospital. J Obstet Gynaecol. 2022 Apr;42(3):424-429. doi: 10.1080/01443615.2021.1910638.
2. Hongsakul K, Suwanlee J, Rookkapan S, et al. Outcome of Transient Hypogastric Artery Balloon Occlusion with Cesarean Hysterectomy in Abnormal Adherent Placenta: Case Series. J Health Sci Med Res [Internet]. 2019 Sep. 3 [cited 2023 Feb. 1];37(4):289-96. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhsmr/article/view/174556>
3. Watthanasathitnukun W, Pranpanus S, Petpichetchian C. Two-dimensional ultrasound signs as predictive markers of massive peri-operative blood loss in placenta previa suspicious for placenta accreta spectrum (PAS) disorder. Plos one. 2022 ;17(10):e0276153. DOI: 10.1371/journal.pone.0276153
4. หนังสือรับรองและรายงานผลการเยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) 30 กันยายน 2565