

คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการเรียนรู้

ONE PAGE INFORMATION

เกร็ดความรู้จากการประชุมวิชาการ

ประชุมเรื่อง “INFECTION PREVENTION & CONTROL UPDATE” รู้เท่าทันความก้าวหน้าของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ จัดงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อให้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องโดยสรุปได้แก่

สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection หรือ NI) หมายถึงการติดเชื้อที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อขณะที่ได้รับการตรวจ/รักษาในโรงพยาบาล การติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ อันเนื่องจากการปฏิบัติงานโดยโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลได้แก่

1. การติดเชื้อปอด (Ventilator-associated pneumonia - VAP) : เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และแบคทีเรียที่พบบ่อย เช่น *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*
2. การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Catheter-associated urinary tract infections - CAUTIs): เกิดจากการใช้สายสวนปัสสาวะ และแบคทีเรียที่พบบ่อย เช่น *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*
3. การติดเชื้อในกระแสเลือด (Central line-associated bloodstream infections - CLABSIs): เกิดจากการใช้สายกลาง (central line) และแบคทีเรียและเชื้อราที่พบบ่อย เช่น *Staphylococcus aureus*, *Candida spp.*
4. การติดเชื้อในแผลผ่าตัด (Surgical site infections - SSIs) : เกิดจากการปนเปื้อนในระหว่างหรือหลังการผ่าตัด และเชื้อที่พบบ่อย เช่น *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp.*

ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลได้แก่ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่สะอาด การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม สภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และการรักษาความสะอาดของมือไม่ดี

การป้องกันสามารถทำได้โดย: การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด การให้การศึกษากับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีเหตุผล และการตรวจสอบและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมาตรการเหล่านี้มีความสำคัญในการลดอัตราการติดเชื้อและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

Update evidence-based practice guidelines

Hand hygiene ยังคงใช้แนวปฏิบัติ WHO ปี ๒๐๐๙ โดยยังถือว่าเป็นวิธีการป้องกันและลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ดีที่สุด ยังคงใช้ ๕ Moments for Hand hygiene แนะนำให้ล้างมือ ๖-๗ ขั้นตอน อย่างน้อย ๒๐ วินาที และเน้นเรื่องหลังการสัมผัสผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Clostridium difficile*, *Bacillus anthracis*, *Norovirus* ไม่ควรใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ โดยให้ล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น ๔% Chlorhexidine gluconate เป็นต้น /**การใส่ถุงมือ** ถุงมือมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ขณะใส่ทำกิจกรรมกับผู้ป่วย ถุงมือไม่สามารถป้องกันมือจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ได้ทั้งหมด เนื่องจากถุงมืออาจรั่ว มีลักษณะใช้งานหรือ เกิดการปนเปื้อนขณะถอดถุงมือ การใส่ถุงมือต้องทำความสะอาดมือก่อนและหลังการใส่ถุงมือ และเปลี่ยนถุงมือเมื่อเปลี่ยนกิจกรรมหรือเปลี่ยนผู้ป่วย

การป้องกันและควบคุม COVID-1๙ ใช้แนวปฏิบัติปี ๒๐๒๓

๑. กำหนดอัตราการระบายอากาศสำหรับสถานพยาบาลในบริบทของโควิด-๑๙: ♦ ๑๒ ACH การเปลี่ยนแปลงอากาศต่อชั่วโมง (ACH) สำหรับห้องป้องกันการแพร่กระจายของอากาศ ♦ ๖ ACH สำหรับหอผู้ป่วยทั่วไปและแผนกผู้ป่วยนอก
๒. กำหนดให้ใช้สิ่งกีดขวางทางกายภาพ เช่นกระจกหรือหน้าต่างพลาสติกสำหรับพื้นที่ที่ ผู้ป่วยมาถึงเป็นครั้งแรก เช่น พื้นที่คัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย โต๊ะลงทะเบียนที่แผนกฉุกเฉิน และ หน้าต่างร้านขายยา
๓. กำหนดให้ใส่การสวมหน้ากากอนามัยแบบทั่วไป และการใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
๔. ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจหรือหน้ากากอนามัย ร่วมกับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอื่น ๆ (PPE) โดยเน้นการใส่และถอดให้ถูกวิธี
๕. ใช้มาตรการ airborne precautions ในขณะดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็น Covid-๑๙ ทุกราย
๖. การป้องกัน การระบุ และการจัดการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่สงสัยว่าติดเชื้อ ได้แก่ การใช้การทดสอบแอนติเจนอย่างรวดเร็วเพื่อลดระยะเวลาการแยกตัว การแยกตัว ๑๐ วันสำหรับบุคคลที่มีอาการเนื่องจากการติดเชื้อ SARS-CoV-๒ และการแยกตัว ๕ วันสำหรับบุคคลที่ไม่มีอาการของการติดเชื้อ SARS-CoV-๒

VAP (Ventilation associated pneumonia) ใช้แนวปฏิบัติปี ๒๐๒๒ เน้นการจัดท่า semi-recumbent position หัวสูง ๓๐-๖๐ องศา และการทำความสะอาดปากให้ใช้การแปรงฟัน ไม่ใช่ chlorhexidine เนื่องจากมีงานวิจัยหลายชิ้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย

CAUTI (Catheter-associated urinary tract) ใช้แนวปฏิบัติปี ๒๐๒๒ ยังเน้นในเรื่องการใส่สายสวนปัสสาวะเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น แพทย์ลองพิจารณาวิธีอื่นแทนการใส่ หรือเมื่อใส่แล้วให้มีการประเมินความจำเป็นทุกวัน และการถอดสายสวนโดยเร็ว

CABSI (catheter associated blood stream infection) ใช้แนวปฏิบัติปี ๒๐๒๔ แนวปฏิบัติขณะใส่ยังไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม ส่วนการเปลี่ยน administration set ถ้าเป็น ๑) IV set เปลี่ยน ๗ วัน ๒) Blood/TPN/Lipid formulations ๒๔ ชั่วโมง ๓) Propofol infusions ๖-๑๒ ชั่วโมง

SSI (Surgical site infection) ใช้แนวปฏิบัติปี ๒๐๒๒ เน้นในเรื่องการให้ยาต้านจุลชีพเป็น prophylaxis ให้เหมาะสม การใช้ ๒% chlorhexidine with ๗๐% alcohol ในการทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด

ลงชื่อ.....

(...อาจารย์จุฬาร ยาพรม...)