

13.9 งานป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ(AMR) และโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

1. สถานการณ์

จังหวัดอุตรดิตถ์เริ่มดำเนินการตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 มาจนถึงปัจจุบัน ในปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและตัวชี้วัดในการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา มีการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยได้ โดยมีเป้าหมายขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Province) ดำเนินงานขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (RDU Coordinator) ที่มีการผสมผสานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน (RDU Hospital) สถานพยาบาลและร้านขายยา (RDU in Private sector) หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน (RDU Community) ซึ่งผลการดำเนินงานในช่วงไตรมาส 1 ของปี 2566 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital ระดับ 3 (10-12 ข้อ) จำนวน 6 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 66.67 ส่วน RDU PCU ดำเนินการผ่าน จำนวน 7 อำเภอ ซึ่งมีอำเภอที่ไม่ผ่านได้แก่ อ.ท่าปลา (ร้อยละ 75), อ.พิชัย (ร้อยละ 76.92) และ RDU community ดำเนินกิจกรรมโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ จัดสรรงบประมาณให้ทุกอำเภอจัดโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเป้าหมาย ตามแนวทางที่กำหนด

สถานการณ์การดำเนินงานจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ(AMR) ในจังหวัดอุตรดิตถ์ ในโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 จ.อุตรดิตถ์ มีโรงพยาบาลระดับ A จำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลศูนย์อุตรดิตถ์ โดยคณะกรรมการ AMR ของโรงพยาบาลได้ขับเคลื่อนให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management: IAM) ในปี 2566 พบอัตราเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น อัตราพบเชื้อดื้อยา 8 ชนิด ในกระแสเลือด เพิ่มร้อยละ 2.70 จากปี 2564 พบปัญหาเชื้อแกรมลบที่ดื้อยาในกระแสเลือด *A. baumannii*, *E. Coli*, *K. pneumonia* และ *P.aeruginosa* เพิ่มมากขึ้น

ตัวชี้วัดปี 2566	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค. 65) เทียบกับปีปฏิทิน 64 (ม.ค.-ธ.ค.64)	ผลงานร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	
	ม.ค.-ธ.ค. 2565	54.36 %
	ม.ค.-ธ.ค. 2564	52.93 %
	ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (+ คือ เพิ่มขึ้น , - คือ ลดลง)	+2.70 %
	ม.ค.-ธ.ค. 2565	

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

2.1 การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ปี 2566

2.1.1) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU Hospital)

ผลการดำเนินงาน RDU Hospital ในปีงบประมาณ 2566 ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 มีโรงพยาบาลผ่านการประเมินระดับ 3 (≥ 10 ข้อ ใน 12 ข้อ) จำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 100.00) โดยมีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านมากที่สุด ได้แก่ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW) และร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (AD) ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากข้อมูลไม่ถูกต้องและขาดการตรวจสอบข้อมูลก่อนขึ้น HDC ทำให้แปลผลตัวชี้วัดคลาดเคลื่อนจากโปรแกรมในโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 ร้อยละการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU Hospital)

หน่วยบริการ	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค				5) ร้อยละผู้ป่วยใช้ RAS blockade 2 ชนิด ร่วมกันในการรักษาความดันโลหิตสูง	6) ร้อยละผู้ป่วย DM ใช้ Metformin เพื่อควบคุมน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	7) ร้อยละผู้ป่วยที่มีการใช้ยา กลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	8) ร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไตชั้น 3	9) ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา ICS	10) ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุใช้ยา Long-acting BZD	11) จำนวนสตริตติ้งครรท์ที่ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots	12) ร้อยละผู้ป่วยเด็กเป็นโรคทางเดินหายใจและได้รับ non-sedating antihistamine	สรุปผลการประเมิน		
	1)ระบบหายใจ ช่วงบนฯ (URI)	2) อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD)	3) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW) <input type="checkbox"/>	4) การใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติ (APL)									ปี 2566	ปี 2565	
รพศ.อุดรดิตถ์	18.19	22.31	40.01	9.48	0.00	93.22	0.07	0.98	82.56	0.50	0.00	20.94	ผ่าน	ผ่าน	
รพ.ตรอน	7.51	13.95	48.54	0.00	0.00	95.56	0.19	0.44	88.54	0.14	0.00	3.53	ผ่าน	ผ่าน	
รพ.ท่าปลา	21.58	19.46	48.51	2.86	0.00	95.23	0.10	9.07	80.34	0.29	0.00	3.49	ผ่าน	ผ่าน	
รพ.น้ำปาด	12.63	20.54	55.04	0.00	0.00	90.06	0.15	0.28	85.09	0.11	0.00	11.35	ผ่าน	ผ่าน	
รพ.ฟากท่า	9.47	9.69	42.63	8.33	0.00	94.31	5.04	0.61	80.77	0.55	0.00	0.18	ผ่าน	ผ่าน	
รพ.บ้านโคก	8.53	7.33	50.51	14.55	0.00	99.33	0.11	9.83	95.65	0.11	0.00	2.18	ผ่าน	ผ่าน	
รพ.พิชัย	17.63	17.64	37.19	8.70	0.00	95.49	0.10	8.83	82.03	0.05	0.26	0.73	ผ่าน	ผ่าน	
รพ.ลับแล	14.13	16.32	24.63	0.00	0.00	90.16	0.00	0.61	91.84	0.15	0.00	2.69	ผ่าน	ระดับ 2	
รพ.ทองแสนขัน	8.89	14.02	39.01	6.67	0.00	95.47	1.18	0.69	83.91	0.85	0.00	2.23	ผ่าน	ผ่าน	
เกณฑ์เป้าหมาย	- รพช. (<= ร้อยละ 20) - รพศ. (<= ร้อยละ 30)	<= ร้อยละ 20	<= ร้อยละ 50	- รพช. (<= ร้อยละ 10) - รพศ. (<= ร้อยละ 15)	ร้อยละ 0	>= ร้อยละ 80	<= ร้อยละ 5	<= ร้อยละ 10	>= ร้อยละ 80	<= ร้อยละ 5	0 ราย	<= ร้อยละ 20	ระดับ 3 (10-12 ข้อ) ระดับ 2 (6-9 ข้อ) ระดับ 1 (1-5 ข้อ)		
สรุปผลการดำเนินงาน : A) รพ. ผ่าน RDU ระดับที่ 3 (10 - 12 ข้อ) จำนวน ...9... แห่ง (ร้อยละ 100.00) B) จังหวัดอุดรดิตถ์มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหมด จำนวน9.... แห่ง															

ที่มา: ข้อมูล Service Plan สาขา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU) ฐานข้อมูล HDC
ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

2.1.2) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU)

ผลการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU) จังหวัดอุดรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2566 ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 โดยมีการติดตามตัวชี้วัดทั้งหมด 2 ตัว ได้แก่

- 1) ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนในผู้ป่วยนอก(RI - PCU) ซึ่ง รพ.สต. ในสังกัด กสธ. ดำเนินงานผ่านทั้งหมด 49 แห่ง (ร้อยละ 100) และ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ผ่าน 40 แห่ง (ร้อยละ 100)
- 2) ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ รพ.สต. (AD - PCU) ซึ่ง รพ.สต. ในสังกัด กสธ. ผ่านตัวชี้วัดทั้งหมด 49 แห่ง (ร้อยละ 100) และ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ผ่าน 37 แห่ง (ร้อยละ 92.50)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด กสธ. และหน่วยงานในสังกัด อบจ.

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี 2566									
		1.เมืองอุดรดิตถ์	2.ตรอน	3.ท่าปลา	4.น้ำปาด	5.ฟากท่า	6.บ้านโศก	7.พิชัย	8.ลับแล	9.ทองแสนขัน	
1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนในผู้ป่วยนอก ระดับ รพ.สต. (RI - PCU)											
รพ.สต. ในสังกัด กสธ. (49 แห่ง)	เป้าหมาย	12	0	4	11	1	0	7	10	4	49
	ผลงาน	12	0	4	11	1	0	7	10	4	49
	ร้อยละ	100.00	0.00	100.00	100.00	100.00	0.00	100.00	100.00	100.00	100.00
รพ.สต. ในสังกัด อบจ. (40 แห่ง)	เป้าหมาย	9	6	8	1	3	5	6	1	1	40
	ผลงาน	9	6	8	1	3	5	6	1	1	40
	ร้อยละ	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ รพ.สต. (AD - PCU)											
รพ.สต. ในสังกัด กสธ. (49 แห่ง)	เป้าหมาย	12	0	4	11	1	0	7	10	4	49
	ผลงาน	12	0	4	11	1	0	7	10	4	49
	ร้อยละ	100.00	0.00	100.00	100.00	100.00	0.00	100.00	100.00	100.00	100.00
รพ.สต. ในสังกัด อบจ. (40 แห่ง)	เป้าหมาย	9	6	8	1	3	5	6	1	1	40
	ผลงาน	8	6	7	1	3	5	5	1	1	37
	ร้อยละ	88.89	100.00	87.50	100.00	100.00	100.00	83.33	100.00	100.00	92.50

ที่มา: ข้อมูล Service Plan สาขา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU) ฐานข้อมูล HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

2.1.3) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)

การดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ของจังหวัดอุดรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2566 มีเป้าหมายคือ พัฒนาเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคหรือประชาชนและวัดผลจากร้านชำ RDU อย่างน้อย 1 แห่ง/อำเภอ ซึ่งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่งจัดกิจกรรมในรูปแบบตำบลตัวอย่างตามแนวทาง RDU community มีตัวอย่างกิจกรรม เช่น จัดอบรมเครือข่าย คบส. ผู้ประกอบการร้านชำ และการจัดตั้งศูนย์แจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอ พร้อมส่งเสริมการพัฒนาร้านชำ RDU โดยต่อยอดจากการพัฒนาร้านชำคุณภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 มีร้านชำที่ได้รับการประเมิน 719 แห่ง ผ่านเกณฑ์ 542 แห่ง (ร้อยละ 75.38)

ตารางที่ 3 แสดงผลการดำเนินงานกิจกรรม RDU Community และจำนวนร้านชำ RDU

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี 2566									
		1.เมืองอุดรดิตถ์	2.ตรอน	3.ฟากปลา	4.น้ำปาด	5.ฟากท่า	6.บ้านโคก	7.พิชัย	8.ลับแล	9.ทองแสนขัน	
1. ร้อยละร้านชำผ่านเกณฑ์ประเมินการใช้อย่างสมเหตุผล (ร้านชำ RDU)											
ร้านชำ RDU	ตรวจ	147	47	131	13	38	27	270	23	23	719
	ผ่านเกณฑ์	119	34	91	1	29	23	199	23	23	542
	ร้อยละ	80.95	72.34	69.47	7.69	76.32	85.19	73.70	100.00	100.00	75.38

ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

ส่วน RDU Private Health Sectors สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ดำเนินการติดตามให้ รพ.เอกชน และคลินิกเวชกรรม ในจังหวัด ทำการประเมินตนเองในเว็บไซต์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และการประเมินร้านยา ขย.1 ให้เป็นไปตามกฎหมาย GPP ซึ่งกำหนดให้ร้านยาทุกแห่ง ต้องผ่านการประเมินในหมวดการให้บริการเภสัชกรรม และสามารถต่ออายุใบอนุญาตฯ ตามที่กฎหมายกำหนด ในปี 2565 โดยส่งเสริมการพัฒนาร้านยาตามแนวทาง RDU community และการบริหารเภสัชกรรมตามมาตรฐาน GPP หมวด 5 เพื่อใช้ข้อมูลผลการประเมินเป็นฐานในการวางแผนพัฒนาต่อไป โดยข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 มีร้านยาที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ จำนวน 74 แห่ง

2.1.4) การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในจังหวัดอุดรดิตถ์ (RDU Province)

การพัฒนาจังหวัดใช้อย่างสมเหตุผล มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล และแก้ปัญหาในชุมชน อย่างเป็นระบบ ซึ่งเกณฑ์ตัวชี้วัดที่วัดผลมีทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัด RDU hospital ตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ และตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ซึ่งประเมินเฉพาะร้านชำ ซึ่งในปี 2566 แต่ละจังหวัดจะต้องมีการพัฒนาอำเภอส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU District) ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ตัวชี้วัด อย่างน้อยร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมด โดยผลการดำเนินงาน ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 มีอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU District จำนวน 9 อำเภอ (ร้อยละ 100) ส่วนตัวชี้วัดอื่นในส่วน Private Health Sectors ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน และร้านยา ที่เป็นยังไม่นำมาวัดและประเมินผลในปีนี้ แต่ให้มีส่งเสริมให้ประเมินตนเอง และพัฒนา ตามแนวทางการใช้อย่างสมเหตุผล อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 4 แสดงผลการพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลในระดับอำเภอ (RDU District)

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี 2566									
		1.เมืองอุดรดิตถ์	2.ตรอน	3.ฟากปลา	4.น้ำปาด	5.ฟากท่า	6.บ้านโคก	7.พิชัย	8.ลับแล	9.ทองแสนขัน	
2. จำนวนอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาอำเภอใช้อย่างสมเหตุผล (RDU District)											
อำเภอ (9 อำเภอ)	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	ผลงาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	ร้อยละ	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

2.2 การพัฒนางานป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)

2.2.1) การพัฒนาเพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา (MDROs): ใช้หลักการ “CHIPPEE”

C: Communication-ติดป้ายสัญลักษณ์

H: Hand hygiene

I: Isolations Isolate room/cohort zone

P: PPE gown+glove

P: Policy เชื่อมงวดกับการปฏิบัติ

E: Environment แยกของใช้ + ทำลายเชื้อใน

E: Education ผู้ป่วย/ญาติ

ผลดำเนินงาน ทุกส่วนของหลักการ CHIPPEE ดำเนินการได้ในเกณฑ์ที่ดีถึงร้อยละ 90 ขึ้นไป ยกเว้นเรื่อง Hand hygiene ก่อนสัมผัสผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ ดำเนินการได้เพียงร้อยละ 63.2 ต้องกำกับและกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ซึ่งรณรงค์ด้วยการให้ทุกหน่วยงาน ทุกหอผู้ป่วยประกวด clip ล้างมือ

สำหรับการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีผลดำเนินงาน คือ % MDR-HAI case : HAI case มีแนวโน้มคงที่ แต่ % MDR-HAI site : HAI site และ MDROs incidence/100 Pts มีแนวโน้มลดลง

2.2.2) งานจุลชีววิทยา มีการรายงานผล culture&sensitivity แบบ Cascade Report C&S และจัดทำ Stratified Antibioqram เผยแพร่ทุกปีในเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ ในรูปแบบ QR code Antibioqram ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์และโรงพยาบาลชุมชน



ABG - Uttaradit Hospital 2022

ปี 2565 เข้าร่วมใช้โปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลเชื้อดื้อยาระดับประเทศด้วย AMASS (Antimicrobial Resistance (AMR) Surveillance report) ของกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาให้ใช้ร่วมกันทุกโรงพยาบาล เพื่อให้สรุปภาพรวมเชื้อดื้อยากระดับประเทศ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชื้อดื้อยาของ รพ. อุตรดิตถ์ เปรียบเทียบกับปี 2564 พบว่าปี 2565 มีจำนวนการติดเชื้อ *A. baumannii* และ *P. aeruginosa* มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2564 และพบแนวโน้มเชื้อดื้อยาในกลุ่ม broad spectrum antibiotics เพิ่มขึ้น

- เชื้อแกรมลบทั้ง 4 ชนิดในกระแสเลือด ได้แก่ *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *K. pneumonia* และ *E. Coli* ดื้อยาในกลุ่ม Carbapenems เพิ่มขึ้น

แพทย์ต้องใช้ยาสูตรผสม sulbactam และ colistin inj. เพิ่มมากขึ้น ในการรักษาการติดเชื้อจาก *A. baumannii* ส่งผลให้ DDD ยาทั้ง 2 ชนิดเพิ่มมากขึ้น

- เชื้อ *K. pneumonia* มีแนวโน้มเชื้อดื้อยา third cephalosporins มากขึ้น อาจไม่สามารถครอบคลุมเชื้อได้ดี

- เชื้อ *E. Coli* มีแนวโน้มเชื้อดื้อยา third cephalosporins มากขึ้น และไม่สามารถใช้ยาfluoroquinolone รักษาได้ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชื้อดื้อยาของ รพ. อุดรดิตถ์

Organism	Drug-resistant	2564	2565
A.baumannii	Carpenems	69.11 %	84.91 %
P.aeruginosa	Carpenems	18.18 %	28.00 %
	Piperacilin/tazobac.	22.50 %	29.17 %
K.pneumoniae	Carpenems	6.78 %	11.11 %
	3rd-cep.	23.73 %	24.68 %
E.coli	Carpenems	0.51 %	0.76 %
	3rd-cep.	30.10 %	30.13 %
	Quinolone	65.31 %	64.56 %
Salmonella spp.	3rd-cep.	4.17 %	2.22 %
	Quinolone	37.50 %	20.00 %
S.aureus	Methicillin	4.59 %	3.33 %
S.pneumoniae	Penicillin	0.0 %	0.0 %
	3rd-cep.	0.0 %	0.0 %
	Erythro/Clinda.	33.33 %	25.00 %
Enterococcus spp.	Vacomycin	0.0 %	0.0 %
Total		52.93 %	54.36 %

* อัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดที่ดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1. *Acinetobacter baumannii* / 2. *Pseudomonas aeruginosa*/ 3. *Klebsiella pneumoniae*/ 4. *Staphylococcus aureus*/ 5. *Escherichia coli*/ 6. *Salmonella spp.*/ 7. *Enterococcus faecium*/ 8. *Streptococcus pneumoniae*)

2.2.3.) การดำเนินการ Antimicrobial Stewardship Program (ASP) : โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

คณะกรรมการจัดการซื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และคณะกรรมการ PTC มีนโยบายสนับสนุนการใช้อย่างเหมาะสม รวมถึงการสั่งใช้ยาต่างๆให้เหมาะสมโดยมีนโยบาย ดังนี้

- มีการใช้ผลตรวจระดับ Procalcitonin test ร่วมกับการพิจารณาอาการคลินิก เพื่อพิจารณาการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพหรือพิจารณาหยุดใช้ยา
- กำกับกับการสั่งใช้ยา restricted pre-authorization ใบ R1-R4 โดยคณะกรรมการ PTC ช่วยกำกับและทบทวนรายชื่อแพทย์ ผู้ประสานแต่ละ PCT ในการช่วยให้มีการสั่งใช้ยาที่เหมาะสม

ผลดำเนินการ

- การทบทวนขนาดการสั่งใช้ยา restricted antibiotics ในโรงพยาบาล พบขนาดการสั่งใช้ยาเหมาะสมปี 2564, ปี 2565 และปี 2566 ร้อยละ 96.0, 97.5 และ 97.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงเปรียบเทียบมูลค่ายาต้านจุลชีพปี 2563 ถึง 2566

ปีงบประมาณ	2563	2564	2565	2566 (7 เดือน)	2566 (คาดการณ์ 12 เดือน)
มูลค่ายาต้านจุลชีพ (บาท)	17,640,069.68	17,245,840.92	19,054,210.6	15,355,764.1	26,324,167.08
			2	3	

ตารางที่ 7 ผลการติดตาม Defined Daily Dose ในโรงพยาบาลอุดรธานี

Antibiotic inj.	Defined Daily Dose				
	ต.ค.-ธ.ค. 64	ม.ค.-มี.ค.65	เม.ย.- มิ.ย.65	ก.ค.-ก.ย.65	ต.ค.-ธ.ค. 65
ยาสูตรผสม betalactam +beta lactamase inhibitors					
Ampicillin sod+Sulbactam sod.	0.23	0.72	0.28	1.53	3.22
Piperacillin +Tazobactam	6.14	5.82	7.14	7.80	9.38
Cefoperazone+sulbactam	0.38	0.52	0.48	0.69	1.33
ยาที่ใช้รักษา <i>A. baumannii</i>					
Colistin	1.89	3.10	1.83	2.59	4.02
Third cephalosporins					
Ceftazidime	6.45	5.79	5.02	5.94	6.48
Ceftriaxone	23.19	22.00	20.76	24.26	27.16
Carbapenems	-	-	-	-	-
Ertapenam i	0.13	0.16	0.11	0.18	0.35
Imipenem +cilastatin sod.	0.35	0.27	0.26	0.33	0.05
Meropenem	8.43	11.13	10.35	11.34	15.02
อื่นๆ					
Fosfomycin sod.	0.18	0.22	0.38	0.81	0.53
Vancomycin	1.08	0.64	0.46	0.79	0.82
รวม DDD ATB inj.	87.58	88.33	83.94	99.20	116.63
จำนวนวันนอน	52,623	51,792.00	54,307.00	54,285.00	49,695

3. การวิเคราะห์ปัญหา และปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) ขาดการส่งเสริมการใช้ Checklist การสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วย RI, AD, FTW
- 2) การลงวินิจฉัยไม่ถูกต้อง เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเยอะและแพทย์ไม่คุ้นชินกับระบบจึงเกิดความผิดพลาดได้ง่าย
- 3) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติยังขาดความเข้าใจในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่วางจำหน่ายในร้านค้า
- 4) ปัญหาผู้ประกอบการร้านค้าซื้อผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องจากรถเร่ แผงลอยต่างๆ มาจำหน่ายในร้าน
- 5) ขาดการสนับสนุนสื่อที่ทันสมัยสำหรับการใช้ยาในรพ. รพสต.และการจำหน่ายยาในร้านชำ
- 6) การดำเนินงานในชุมชนไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้ไม่เกิดความสำเร็จอย่างยั่งยืนได้
- 7) ขาดการกำกับสั่งจ่ายยา restricted pre-authorization ใบ R1-R4 อย่างเคร่งครัดจากคณะกรรมการ PTC และแพทย์ staff แต่ละ PCT
- 8) เพิ่มการส่งเสริมการสั่งจ่ายยาแบบ de-escalation หลังทราบผลรายงานผลเพาะเชื้อ
- 9) แพทย์ลาศึกษาต่อเฉพาะทางด้านอายุรกรรมสาขา infectious disease ขณะนี้มีเพียงแพทย์เฉพาะทางด้านกุมารเวชกรรมสาขา infectious disease ซึ่งผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่
- 10) อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) โรงพยาบาลรายงานผลตัวชี้วัดใน Dash Board RDU Uttaradit อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังตรวจสอบและทบทวนการรายงานเทียบกับผลตัวชี้วัดในระบบ HDC เป็นประจำทุกเดือน
- 2) RDU Coordinator ตรวจสอบจำนวนผู้มารับบริการที่ถูกต้องของ รพ.สต. และกำกับการส่งจ่ายยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาที่กำหนดไว้
- 3) สสจ. ติดตามและประสานงานแก้ไขความไม่สอดคล้องของร้อยละผลงานตัวชี้วัด RDU Hospital และ RDU PCU ในฐานข้อมูล HDC อยู่เสมอ
- 4) กรณีพบปัญหามีการเสนอประเด็นปัญหาและหารือแนวทางแก้ไขต่อที่ประชุม PTC และองค์กรแพทย์ ทันที
- 5) ทีม RDU และ IT มีความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาข้อมูลในระบบที่ไม่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว
- 6) เกสัชกรโรงพยาบาลช่วยตรวจสอบการลงวินิจฉัยในขั้นตอนการจ่ายยาอีกครั้ง ในตัวชี้วัดที่เป็นปัญหา
- 7) กิจกรรมรณรงค์ RDU มีการบูรณาการร่วมกับมาตรฐานร้านชำคุณภาพ ทำให้การพัฒนาเกิดผลสำเร็จจำนวนมาก
- 8) คณะกรรมการ PTC และแพทย์ staff แต่ละ PCT ร่วมมือกำกับการสั่งจ่ายยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล
- 9) สนับสนุนเปลี่ยนการรักษา แบบ de-escalation
- 10) ลดการใช้ยา broad spectrum antibiotics หลังทราบรายงานผลเพาะเชื้อที่ตอบสนองต่อยาต้านจุลชีพอื่น

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา**4.1 แนวทางการแก้ไขปัญหา RDU**

ปัญหา และสาเหตุของปัญหา ปี 2566	แนวทางการแก้ไขปัญหา
การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> - ให้อำเภอมีการตรวจสอบข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ หากพบปัญหาให้ค้นหาสาเหตุร่วมกับ IT พร้อมหารือแนวทางแก้ไขต่อที่ประชุม PTC - ให้โรงพยาบาลรายงานผลตัวชี้วัดใน Dash Board RDU Uttaradit และตรวจสอบรายงานเทียบกับผลตัวชี้วัดใน HDC ทุกเดือน - สสจ. ติดตามและประสานงานแก้ไขทันที กรณีพบการรายงานตัวชี้วัด RDU Hospital และ PCU ในฐานข้อมูล HDC ผิดปกติ
การใช้ยาปฏิชีวนะใน RI, AD, APL และ FTW	<ul style="list-style-type: none"> - ให้มีการใช้ check list ประเมินการใช้ยาใน รพ. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและคืนข้อมูลให้แก่ผู้สั่งจ่ายและองค์กรแพทย์สม่ำเสมอ - ประชุมชี้แจงขอความร่วมมือแพทย์ลงวินิจฉัยให้ครบถ้วน โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคและไม่ได้สั่งยาปฏิชีวนะ ต้องระบุ ICD-10 ให้ถูกต้องและ Coder ระบุ ICD-10 ให้สอดคล้องกับแพทย์วินิจฉัย - ส่งเสริมให้มีการนำเสนอข้อมูลหรือให้ความรู้และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ออกจากโรคโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ พร้อมส่งเสริมให้ใช้ยาสมุนไพรทดแทน
การใช้ยา ICS ในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้มีการระบุ ICD-10 ให้ถูกต้องโดยแพทย์ระบุ Diagnosis ที่ชัดเจน และ Coder ระบุ ICD-10 ให้สอดคล้องกับแพทย์วินิจฉัย - ส่งเสริมให้เภสัชกรช่วยตรวจสอบการลงข้อมูลวินิจฉัยในขั้นตอนการจ่ายยาอีกครั้ง
การใช้ยาปฏิชีวนะใน RDU PCU	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ RDU Coordinator กำกับการส่งจ่ายยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาที่กำหนดไว้
การดำเนินงาน RDU community	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้ทุกอำเภอจัดทำกิจกรรมอย่างยั่งยืนโดยบูรณาการกับงานอื่นที่ดำเนินงานอยู่แล้ว เช่น รพ.สต.ติดตาม, ร้านชำมาตรฐาน

4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา AMR

ปัญหา และสาเหตุของปัญหา ปี 2566	แนวทางการแก้ไขปัญหา
อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - กำกับ การสั่ง ใช้ยา restricted pre-authorization ใน R1-R4 อย่างเคร่งครัด - การเชื่อมโยงข้อมูลกับ service plan sepsis - การแสดงค่า MIC ของยาต่อเชื้อเพื่อเลือกยาที่เหมาะสม - การเชื่อมโยงข้อมูลกับ service plan sepsis

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) พัฒนางานร่วมกันกับการดำเนินนโยบายเรื่องการติดเชื้อสาขาอื่นๆ เช่น สาขา Sepsis/สาขา Infection
- 2) ควรปรับตัวชี้วัดการทบทวน DDD ของ antibiotics ควรรายงานเป็น ม.ค.-มิ.ย. และ ก.ค.-ธ.ค. แทน (ปัจจุบันรายงาน DDD ต.ค.-มิ.ค. และ เม.ย.-ก.ย.) เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์อัตราเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดที่รายงาน ม.ค.-มิ.ย. และ ม.ค.-ธ.ค. ของทุกปี นำไปพัฒนาลดเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ
- 3) ควรมีการส่งต่อข้อมูลจากหน่วยงานที่มีการใช้ยาต้านจุลชีพนอกโรงพยาบาล เช่น ฝ่ายเภสัชกรรมมีการใช้ยาต้านจุลชีพในการเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

ผู้รับผิดชอบ

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. น.ส.นิภาพันท์ มานักข์อง
ตำแหน่ง เกษษกรชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
โทรศัพท์ 081-6743197 | <ol style="list-style-type: none"> 2. น.ส.วิภา น้อยท่าช้าง
ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ |
| <ol style="list-style-type: none"> 3. นายชินภัทร์ วิรัตน์ชยางกูร
ตำแหน่ง เกษษกรปฏิบัติการ
สสจ.อุดรดิตถ์
โทรศัพท์ 083-5713899 | |

หัวหน้ากลุ่มงาน

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. นาย วิษณุ เกตุรักษา
ตำแหน่ง เกษษกรชำนาญการพิเศษ
สสจ.อุดรดิตถ์
โทรศัพท์ 089-1404431 | <ol style="list-style-type: none"> 2. น.ส.เทียมใจ ตั้งเจริญไพศาล
ตำแหน่ง เกษษกรชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานเกษษกรรมฯ รพ.อุดรดิตถ์ |
|---|---|