

โรงพยาบาล	โป่งน้ำร้อน
สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
วันที่	มีนาคม 2560

1. บริบท

สถิติผู้รับบริการ

ปี 2558-2560 มีผู้ป่วย ACS จำนวน 42, 63 และ 18 ราย เป็น NSTEMI 28, 48, 15 ราย STEMI 14, 15, 3 ราย STEMI เสียชีวิต 2, 0, 0 ราย NSTEMI เสียชีวิต 0, 1, 0 ราย ตามลำดับ

ข้อมูลแสดงขนาดปัญหา

ผู้ป่วย STEMI มี U/D เป็น DM HT ร้อยละ 50.00 มีประวัติขาดยา ร้อยละ 6.25 เป็นเคส IHD ร้อยละ 25.00 กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมิน CVD risk แต่ได้รับยา ASA ร้อยละ 60 ผู้ป่วย STEMI มีอัตราการคัดกรองผิดพลาด ร้อยละ 6.25 เกิดจากไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG การสื่อสาร CPG ผู้ปฏิบัติไม่ทั่วถึงทำให้เกิด Delay Dx.

ทบทวน On set to door time < 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 75.00 สาเหตุที่มาช้าเกิดจากการขาดความรู้ และการเดินทางมาไม่สะดวก

Door to refer time < 30 นาที ร้อยละ 18.75 ที่เกิน 30 นาที เกิดจากกระบวนการให้และดูแลหลังให้ยา SK ร้อยละ 41.4 คือ ปี 2558 เริ่มดำเนินการให้ยา SK ใน รพช. ใหม่ ๆ พยาบาลขาดความรู้ความชำนาญในการบริหารยา การรอ observe V/S stable ก่อนส่งต่อรถมารับจาก CCU ร้อยละ 20.7 และ CPR ก่อน refer ร้อยละ 13.8

ปี 2558 เริ่มมีการฉีด Sk ใน รพช. พบว่า STEMI ได้รับยา Sk ร้อยละ 37.5 และได้รับยา Sk ภายใน 30 นาที ร้อยละ 33.33 ที่เกิน 30 นาที เกิดจากพยาบาลยังขาดความรู้ความชำนาญในการบริหารยา ปี 2559 มีปัญหาหอ CCU, รพช. ตอบกลับล่าช้า 15-20 นาที จำนวน 3 case

STEMI เสียชีวิตใน รพช. พบในปี 2558 จำนวน 2 ราย เกิดจากรายแรกเข้าถึงล่าช้ามากทำงานบนเขาใช้เวลาเดินทาง 1 ชม. ไปค่ายทหารและ รพ.สต. ก่อนจึงมาโรงพยาบาล รายที่สอง เจ็บหน้าอก 10 นาที แรกรับมี Cardiogenic shock ได้รับการประเมินและวินิจฉัยภายใน 5 นาที แต่มีภาวะ cardiogenic shock แล้ว cardiac arrest ใน ER ขณะประสานโรงพยาบาลพระปกเกล้าหลังทำ CPR ญาติขอยุติเนื่องจากผู้ป่วยอายุมาก (78 ปี)

ปี 2559 มี NSTEMI เสียชีวิต 1 ราย จาก MISS Dx. โดยผู้ป่วยมี U/D DM มาด้วยอาการซึม ตัวเย็น ไม่เจ็บหน้าอก hypoglycemia STE V2-4 trop I -ve ได้รับการ work up sepsis แล้วเกิดอาการหอบเหนื่อย cardiac arrest

ปี 2559 STEMI จำนวน 15 ราย ได้ Sk จาก รพช. 6 ราย ได้รับการทำ PCI ที่ CCU 8 ราย ทุกรายใช้เวลา > 90 นาที จาก Delay refer

ศักยภาพบุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ

ไม่มีอายุรแพทย์ สามารถตรวจ Trop I ได้ ปี 2558 สามารถฉีดยา SK ได้

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. การเข้าถึงล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต
2. สมรรถนะของผู้ให้บริการ ระบบการติดตามให้มีการใช้ CPG อย่างต่อเนื่องทำให้กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว เหมาะสมและทันเวลา
3. ประสิทธิภาพระบบ consult แม่นยำ

3. เป้าหมายการพัฒนา

Treatment Goal	Objective	KPI
- ผู้ป่วยเข้าถึงรวดเร็ว - ประเมินและดูแลรักษา ถูกต้อง ส่งต่อรวดเร็ว	-ได้รับการคัดกรองประเมิน ถูกต้อง -ลดอัตราการเสียชีวิต	-On set to door time (3 ชม. > ร้อยละ 50 -Door to EKG time \leq 10 นาที > ร้อยละ 90 -Door to Refer time \leq 30 นาที > ร้อยละ 50

4. กระบวนการพัฒนาเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ/การดูแลรักษา

1. ปี 2558 ประชาสัมพันธ์อาการ alert signs ACS ด้วยช่องทางต่างๆ ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ในคลินิก NCD ในชุมชน หน้าสมุดประจำตัวผู้ป่วย การสอนแนะนำประจำ visit ป้ายประชาสัมพันธ์ เสี่ยงตามสาย วิทยุชุมชนและการเข้าถึงระบบ EMS 1669
- 2.ปี 2558 ส่งเสริมให้มีการใช้และปฏิบัติตาม CPG โดยจัดทำแบบฟอร์ม Chest pain path way บันทึกการดูแลผู้ป่วยรายคนและแบบฟอร์มการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตาม CPG
3. ปี 2558วางระบบคัดกรอง OPD จัดพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยในเวลาราชการ ER จัดพยาบาลคัดกรอง
4. ปี 2559 ปรับปรุง CPG เพื่อให้มีแนวทางการคัดกรองอาการชัดเจนครอบคลุมมากขึ้นโดยปรับเกณฑ์การส่งทำ EKG ในกลุ่ม atypical chest pain ให้ครอบคลุมกลุ่มหอบเหนื่อย และกลุ่มเวียนศีรษะ
5. พัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติ โดย
 - แพทย์สอนวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วย ACS แก่พยาบาล OPD, ER, WARD และงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนปีละ 1 ครั้ง
 - พยาบาล EROPD, Wardและเวรเปลทบทวนความรู้หน้างาน และ on the job training
6. ร่วมกับแม่ข่าย เพิ่มความรวดเร็วของระบบ consult โดยให้รพช. เพิ่มการ ส่ง EKG ทาง line พร้อมโทรแจ้ง CCU และภายใน 10 นาที ถ้า CCU ยังไม่ตอบกลับให้โทรติดตาม
7. ทบทวนและปรับแนวทางการประเมินและรักษาผู้ป่วย ACS กรณีมีโรคประจำตัวเป็น DM อาจไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ให้ตรวจ EKG, Trop I ถ้าพบผลผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งให้รักษาแบบ ACS

5. ผลลัพธ์การพัฒนา

ผู้ป่วย	เป้าหมาย	2558	2559	2560 (ต.ค.59-มี.ค.60)
1. อัตรา STEMI คัดกรองแรกได้รับผิดพลาด	0	7.15	6.67	0.00
2. อัตรา STEMI on set to door time < 3 ชม.	> 50%	71.42	80.00	66.67
3. อัตรา STEMI Door to EKG time \leq 10 นาที	> 90%	92.86	86.66	100.00
4. อัตรา STEMI : Door to Refer time \leq 30 นาที	> 50%	7.14	26.67	33.33
5. อัตรา STEMI เสียชีวิตใน รพช.	0	14.29	0.00	0.00
6. อัตรา STEMI ได้ Sk ภายใน 30 นาที	> 50%	50.00	16.67	ไม่มีผู้ป่วย ได้รับยา Sk

วิเคราะห์ผลการพัฒนาพบว่า

อัตราการคัดกรองผิด Delay Dx. ลดลง Door to EKG time \leq 10 นาทีเพิ่มขึ้น จากการปรับปรุง CPG และให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติแต่พบอัตราการได้รับ SK ใน 30 นาทีพบลดลง ปี 2559 ร่วมกับแม่ข่าย เพิ่มความเร็วของระบบ consult โดยให้ รพช. เพิ่มการ ส่ง EKG ทาง line พร้อมโทรแจ้ง CCU และภายใน 10 นาที ถ้า CCU ยังไม่ตอบกลับให้โทรติดตาม ปี 2560 ยังไม่มีผู้ป่วย STEMI

6. แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1. เพิ่มอัตราการเข้าถึงเร็วโดยการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่เครือข่ายบริการสาธารณสุข