



ประเด็นที่ 5
ลดแออัด ลดรอยคอย ลดป่วย ลดตาย
ตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565
จ.อยุธยา

แพทย์หญิงสิริมา ทิพย์รัตน์
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลอ่างทอง



สาขา
หลอดเลือดหัวใจ

NODE รพ.พระนครศรีอยุธยา

รพ: บางบาล อุทัย บางปะอิน วังน้อย สมเด็จพระสังฆราช
ท่าเรือ ภาษี มหาราช บางปะหัน บ้านแพรก

- Cardiologist 3
- Med 21 (ลาศึกษา4)
- Cardio Nurse 9
- Mobile Echo 1
- EST 2
- Holter 1
- RCU 20 bed / ไม่มี CCU
- **SK ทุก รพ.**
- Cardio clinic / Warfarin clinic / Heart Failure clinic

NODE รพ.เสนา

รพ: ผักไห่ บางไทร ลาดบัวหลวง บางซ้าย

- Cardiologist 0
- Med 4
- Cardio Nurse 0
- ICU 12 bed
- **SK ทุกรพ.ยกเว้น บางซ้าย**

รพ.บางปะอิน แผนพัฒนาศักยภาพเพิ่ม NODE

- Med 3
- ICU 4 bed
- OPD รพ.เอกชน เดือนละ 1 ครั้ง (อังคารที่ 2)

รพ.วังน้อย

- Med 1 (ปี 66=1)
- OPD รพ.เอกชน เดือนละ 2 ครั้ง (ศุกร์ที่1,3)

ผลการดำเนินงานการรักษา STEMI จังหวัดพระนครศรีอยุธยาปี 2565

ตัวชี้วัด	เป้าหมายร้อยละ	ข้อมูลราย	ปี 2565			
			ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	รวม
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ STEMI	<8	จำนวนเสียชีวิต	1	3	4	8
		จำนวนSTEMI	41	39	40	120
		ร้อยละ	2.44	7.69	10.00	6.67
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย	>60	ได้SKทัน	2	4	0	6
		จำนวนได้ SK	6	9	0	15
		ร้อยละ	33.33	44.44	0.00	40.00
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้ทำ PPCI ภายใน 120 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย	>60	ส่งPPCIทัน	13	10	14	37
		จำนวนส่งPPCI	35	24	35	94
		ร้อยละ	37.14	41.67	40.00	39.36

ผลงานด้านการป้องกัน 1ต.ค.64-30มิ.ย.65

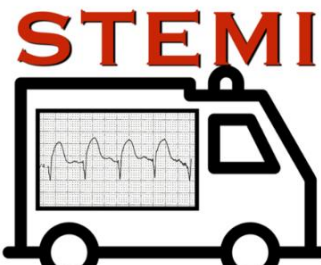
- DM ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 25.65
- HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 35.08
- DM / HT ได้รับการประเมิน CVD Risk ร้อยละ 69.10
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม CVD Risk Score $\geq 20\%$ ใน DM / HT ตั้งแต่รพ.สต.
 - กิจกรรมให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาหารลดเค็ม ลดแป้ง คำปรึกษา/คลินิกเลิกบุหรี่
 - หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/แก้ไขความเสี่ยง CVD Risk ลดลง ร้อยละ 38.51

ทบทวนสาเหตุผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต ปี 2565 รอบ 2 ม.ค.-มิ.ย.65 (จำนวน 7 ราย)

- **Case ที่ 1** STEMI อายุ 84 ปี U/D DM, HT, DLP on ETT ญาติ No CPR
- **Case ที่ 2** STEMI + CHF unstable clinical รอ refer on ETT cardiac arrest ญาติ No CPR
- **Case ที่ 3** STEMI Inferior wall MI + Covid infection cardiac arrest
- **Case ที่ 4** STROKE + Sepsis + AF + STEMI U/D DM HT ขาดยา ต้มยาสมุนไพรทานเอง ญาติ No CPR
- **Case ที่ 5** STEMI + Pneumonia + CHF on ETT cardiac arrest
- **Case ที่ 6** STEMI + CHF on ETT cardiac arrest
- **Case ที่ 7** STEMI อายุ 78 ปี ให้ SK cardiac arrest ขณะ Refer

ผู้ป่วยมีความสงสัยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
เจ็บเค้นอกสงสัยเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- เจ็บเค้นอกรุนแรงติดต่อกันมากกว่า 20 นาที
- เจ็บเค้นอกรุนแรงขึ้นกว่าที่เคยเป็นมาก่อน
Onset chest pain ≤ 12 hours

ประเมินเร่งด่วนโดยแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน (<10 min)
- ตรวจสอบสัญญาณชีพ
- ประเมิน ECG 12 lead และ ตรวจซ้ำ
- ชักประวัติและตรวจร่างกายที่สำคัญ
- ส่งเลือดตรวจ TnT, CBC, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR



แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เริ่มใช้ 1 สิงหาคม 2565

- (1) ติดต่อ PCI Center (จากเดิม ≤ 30 นาที เป็น ≤ 20 นาที)
- สถาบันโรคทรวงอก
 - รพ.ธรรมศาสตร์
 - รพ.ราชธานี (ยกเว้นสิทธิ์ข้าราชการ)
 - *รพศ.สระบุรี (เฉพาะ รพช.ท่าเรือ / รพช.ภาษี)
- (2) ติดต่อ แพทย์ ICU รพศ.อยุธยา

ติดต่อแพทย์ ICU รพศ.
อยุธยา
เพื่อพิจารณาให้ SK

Refer PCI center
ที่รองรับ
ติดต่อยกเลิก
PCI center อื่นๆ
ที่ติดต่อมานานไว้

Monitor ผ่าน ระบบ
Telemedicine

ให้ SK, TNK

- 1) Drip SK ที่ รพช./ER
- 2) Refer ICU รพ.อยุธยา

ไม่ให้ SK (มีข้อห้าม)

- 1) Refer / Admit ICU รพ.อยุธยา
- 2) ติดต่อ Refer PCI center (รพ.ธรรมศาสตร์ / รพ.แพทย์รังสิต / รพ.มงกุฎวัฒนะ / รพ.ยันฮี)

ชื่นชมการพัฒนางาน: ปรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) จ.พระนครศรีอยุธยาและใช้ระบบ Telemedicine ช่วยในการ Refer ผู้ป่วย

วิเคราะห์แนวทางที่ปรับเปลี่ยน

STEP1 ดูผลEKG และติดต่อPCI Center

- 1.ER รพช: แพทย์ใช้ทุนปี1,2,3
- 2.ER รพ.พระนครศรีอยุธยา รพ.เสนา: แพทย์ใช้ทุนปี1/STAFF EP
- 3.Ward ผู้ป่วยใน แพทย์ใช้ทุนปี1/ STAFF แผนกอื่นๆ /STAFF MED

STEP 2 ติดต่อแพทย์ ICU รพ.อยุธยา

- จาก ตก. :หากไม่ได้รับการ ติดต่อกลับจาก PCI center ภายใน 20 นาที เพื่อปรึกษาอายุรแพทย์พิจารณาสั่งยา SK ที่ ER ของ รพช
- จากการนำเสนอ :ทำคู่ขนาน **กับติดต่อPCI Center**

8.30-24.00น. ติดต่อแพทย์ ICU **โดยโทรผ่านศูนย์Refer**

ในเวลาราชการ-แพทย์หัวใจ นอกเวลา-แพทย์เวรอายุรกรรม

หลังเที่ยงคืน-8.30น. ติดต่อแพทย์ ICU **โดยโทรผ่าน ER**

- อัตรากำลังนอกเวลาราชการของ รพช
- ระบบการหมุนเวียน INTERNและความสามารถในการดู EKG/Clinical ก่อนrefer กรณี **PCI Center** ต่อบรรลุเร็วแต่ยังรอการติดต่อ **ICU รพ.อยุธยา**
- ความรวดเร็วด้านการติดต่อประสานงาน refer PCI Center หรือการบริหารยา SK ที่ WARD ผู้ป่วยใน NON -MED

ระบบการส่งต่อ กำหนดศูนย์Cath Lab เป็นอันดับแรก

:สถาบันโรคทรวงอก รพ.ราชธานี (ยกเว้นสิทธิราชการ)

- บางรพ.ระยะทาง/เวลาเดินทางเกินกำหนด

:รพ.สระบุรี (รพ.ท่าเรือ รพ.ภาชี) : เปิด 5/16

ข้อเสนอแนะ

- 1.การ Consult และ Confirm Dx. โดย staff MED/Cardiologist ของโรงพยาบาลหรือศูนย์หัวใจ ในกลุ่มLINE STEMI : ถ้าเตียงว่างช่วยต่อบรรลุ Refer ทันที สามารถลดระยะเวลาส่งต่อ
- 2.การ Mapping ZONE STEMI ควรกำหนดตามบริบทของโรงพยาบาล ระยะทางไม่ควรเกิน 60กม.จากศูนย์หัวใจในหรือนอกจังหวัด

ระยะทาง - เวลาเดินทาง ศูนย์หัวใจ : พิจารณาระยะทางไม่เกิน 60 กม.

	รพ.ราชธานี		สรอ		รพ.พระนั่งเกล้า		ธรรมศาสตร์		ศูนย์พระเทพฯ		รพ.อยุธยา		รพ.สระบุรี		รพ.แพทย์รังสิต	
	ระยะทาง	เวลา	ระยะทาง	เวลา	ระยะทาง	เวลา	ระยะทาง	เวลา	ระยะทาง	เวลา	ระยะทาง	เวลา	ระยะทาง	เวลา	ระยะทาง	เวลา
	(ก.ม.)	(นาที)	(ก.ม.)	(นาที)	(ก.ม.)	(นาที)	(ก.ม.)	(นาที)	(ก.ม.)	(นาที)	(ก.ม.)	(นาที)	(ก.ม.)	(นาที)	(ก.ม.)	(นาที)
รพ.อยุธยา	7	12	65.5	53	70.4	55	37	40	72	86	-	-	59.7	71	53.4	56
รพ.เสนา	27.2	35	63.9	62	63.3	56	57.4	53	94	119	21.3	33	80.2	90	57.2	70
รพ.ท่าเรือ	38.3	41	99.6	84	105	87	66.6	62	75.4	81	42.7	48	27.3	32	83	77
รพ.บางซ้าย	37.2	40	71.9	62	66.8	55	67.4	55	104	121	31.3	35	90.2	95	67.2	73
รพ.บางไทร	33.8	40	45.9	42	45.3	37	39.3	35	75.9	94	29.1	33	79.3	65	39.1	49
รพ.บางบาล	17.4	26	67.9	55	72.9	58	46.1	46	93.6	99	11.3	18	68.3	79	61.4	58
รพ.บางปะหัน	24.2	23	79.1	65	67	84	51.1	39	86.3	85	20.9	27	59.6	63	67.5	55
รพ.บางปะอิน	22.6	24	51.8	42	54.1	43	18.5	18	65.1	71	29	30	63.3	66	34.9	36
รพ.บ้านแพรง	51.2	41	102	87	107	89	79.1	65	108	114	43.6	51	51.7	56	95.5	79
รพ.ผักไห่	45.8	38	83.8	70	79.4	70	62	59	109	109	27.2	31	83.5	83	77.3	72
รพ.ภาชี	24.5	30	93.3	75	98.2	78	53.1	50	62.6	67	28	41	29.9	38	69.5	67
รพ.มหาราช	29	27	83.9	69	88.8	72	56.9	45	204	173	25.7	31	54.1	56	73.3	62
รพ.ลาดบัวหลวง	53.2	62	52.5	44	47.5	38	50.8	55	97.1	114	47.3	53	102	105	60.3	60
รพ.วังน้อย	30.8	26	55.3	42	58.6	43	21.9	18	52.3	61	26	42	50.4	52	38.3	34
รพ.สมเด็จพระ	10.7	12	71	56	76.8	73	38.6	33	85.3	85	10.6	22	45.9	55	55	51
รพ.อุทัย	7.4	13	69.3	55	74.2	58	35.9	32	74	86	10.9	24	43.6	56	52.3	50

รพ.ชายขอบ รพ.ใกล้เคียง	รพ.อานันทมหิดล		รพ.สระบุรี		รพ.เจ้าพระยามรราช	
	ระยะทาง	เวลา	ระยะทาง	เวลา	ระยะทาง	เวลา
	(ก.ม.)	(นาที)	(ก.ม.)	(นาที)	(ก.ม.)	(นาที)
รพ.บ้านแพรง	31.8	37				
รพ.ท่าเรือ			27.0	31		
รพ.ภาษี			29.9	38		
รพ.บางซ้าย					32.3	29

ข้อมูลศูนย์หัวใจ

ในจังหวัด

รพ.ราชธานี : 7/24 Cath Lab 1 ห้อง CCU 12

เตียง ICU (Post Cat Lab) 8 เตียง การันตีตอบรับภายใน 15 นาที

ในเขตสุขภาพที่ 4

สถาบันโรคทรวงอก : 7/24 Cath Lab 2 ห้อง

รพ.พระนั่งเกล้า : 5/16 จ-ศ (08.00-20.00 น.) Cath Lab 1 ห้อง

รพ.ธรรมศาสตร์ : 7/24 Cath Lab 2 ห้อง

ศูนย์การแพทย์ปัญญา นันทภิกขุ : 7/24 Cath Lab 1 ห้อง

รพ.จุฬารัตน์ : 7/24 Cath Lab 1 ห้อง

รพ.สระบุรี : 5/16 (จ.-ศ.) 1/8 (ส.) Cath Lab 2 ห้อง

นอกเขตสุขภาพที่ 4

รพ.เจ้าพระยามรราช :

รพ.ส่งต่อไปทำ PPCI จำนวน 94 ราย ใน STEMI 120 ราย (ร้อยละ 78.33)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)		
	รอบที่ 1 (ตค.64-ธค.64)	รอบที่ 2 (ม.ค65-มิ.ย.65)	รวม
สถาบันโรคทรวงอก	2	19	21
รพ.ราชธานี	26	23	49
รพ.ธรรมศาสตร์		2	2
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ	2	1	3
รพ.พระนั่งเกล้า	3	1	4
สระบุรี		2	2
รพ.แพทย์รังสิต	4	7	11
รพ.จุฬารัตน์	1	0	1
รพ.ยันฮี		1	1
รวม	38	56	94

ผลการดำเนินงานNSTEMI

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	2564	2565		
			รอบ 1 (ต.ค.64-ธ.ค.64)	รอบ 2 (ม.ค-มิ.ย.)	รวม ต.ค. 64 -มิ.ย.65
อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย NSTEMI	≤ 9	20.68	11.62 (15/129)	16.60 (40/241)	14.86 55/370
อัตราการเปิดหลอดเลือดผู้ป่วย NSTEMIในadmission	≥ 50		55.81 (72/129)	45.63 (110/241)	49.19 (182/370)

ผู้ป่วย NSTEMI High Risk ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PPCI ขณะ Admission

รพ.พระนั่งเกล้ารับRefer OPD NSTEMI(Green Chanel) จ.พระนครศรีอยุธยา สัปดาห์ละ 4 คน

ประเด็นติดตามจากการตรวจราชการ รอบที่ 1/2565

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน
ส่งรักษาตามมาตรฐาน ไม่ทันเวลา (SK/PPCI)	<ul style="list-style-type: none">• ปรับ Guideline STEMI 1 ส.ค.65 (ยังไม่ได้ทำเอกสารแจก)• พัฒนาระบบConsult ผ่านศูนย์ Refer 8.30น.-24.00น. หลังเที่ยงคืนติดต่อ ER• เพิ่ม Node การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ รพ.บางปะอิน (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
Fibrinolytic Agent	<ul style="list-style-type: none">• พัฒนาการให้SK ในทุก รพช (เหลือรพ.บางซ้าย)
ศูนย์หัวใจเตียงเต็ม	<ul style="list-style-type: none">• พัฒนาระบบการรับส่งต่อ ไปที่รพ. Node Post PCI Stable
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง / NCD ยังไม่ตระหนักถึง อาการ	<ul style="list-style-type: none">• ประสานงาน NCD ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตามระดับความเสี่ยงให้ครอบคลุม

Action plan ปี 2566

ด้านการรักษา

- ประเมินและติดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI แบบใหม่ (ลดการ รอคอยการตอกลับ จาก PCI Center จาก 30 นาที เป็น 20 นาที)
- พัฒนาศักยภาพ รพช.ให้สามารถให้ยา SK ได้ครบทุกแห่ง (เหลือ ๑ แห่ง รพช.บางซ้าย)
- จัดทำแนวทางการให้ยา TNK-TPA เป็นยาทางเลือก

ด้านการส่งต่อ

- จัด Mapping Zoning ในการส่งต่อ
- ปรับแนวทางการส่งต่อโดยลดระยะเวลาการส่งต่อ
- เพิ่มการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดให้มากขึ้น

ด้านการป้องกัน

- โครงการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- หน่วยบริการทุกแห่ง ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพดำเนินการเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มที่ CVD Risk Score $\geq 20\%$



สาขาทารกแรกเกิด

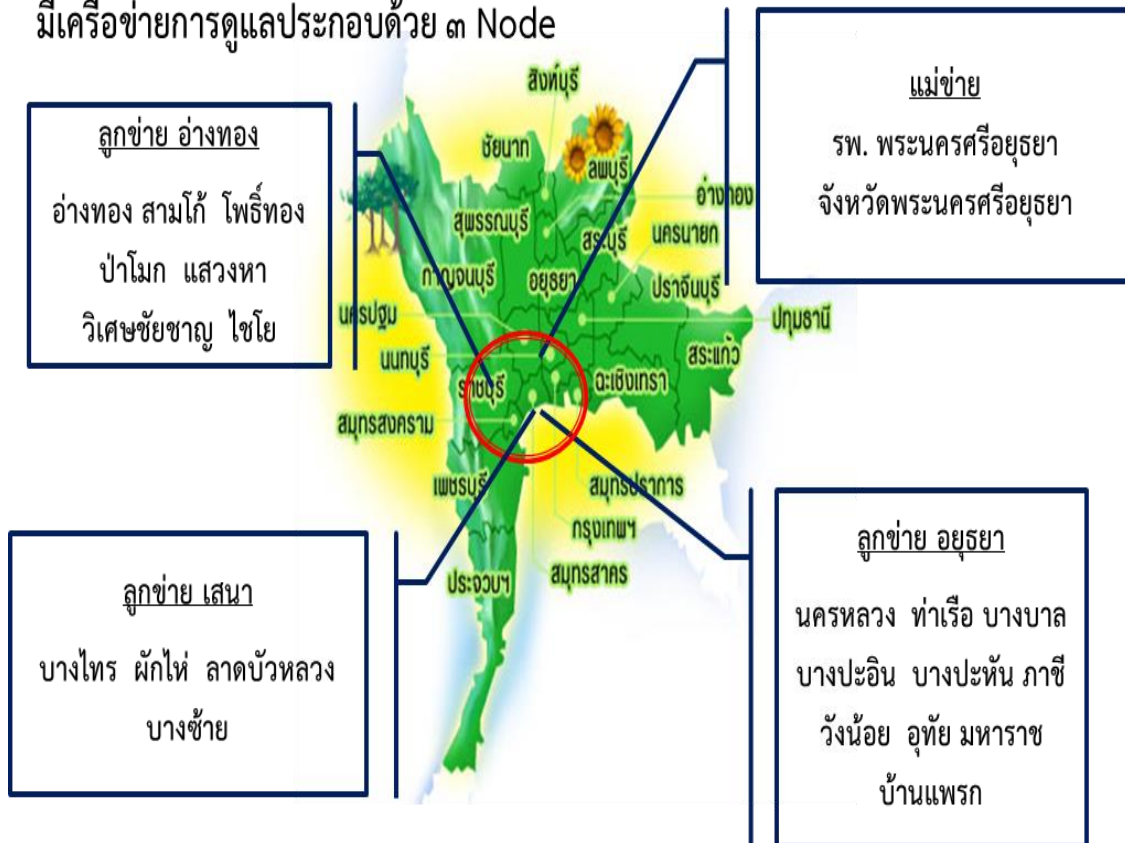
จ.พระนครศรีอยุธยา

ศักยภาพ

บุคลากร	รพศ.	เสนา	บางปะอิน	วังน้อย
กุมารแพทย์	8	5	3(1*)	1
Neonatologist	1	0	0	0
NP	19(1*)	5 (1*)	(1*)	0

จำนวนเตียง	NICU	SNBU
รพศ.	10 (12)	22
รพ.เสนา	5	12
รพ.บางปะอิน	ตู้อบ 2 Fabaine 1Neopuff 1	

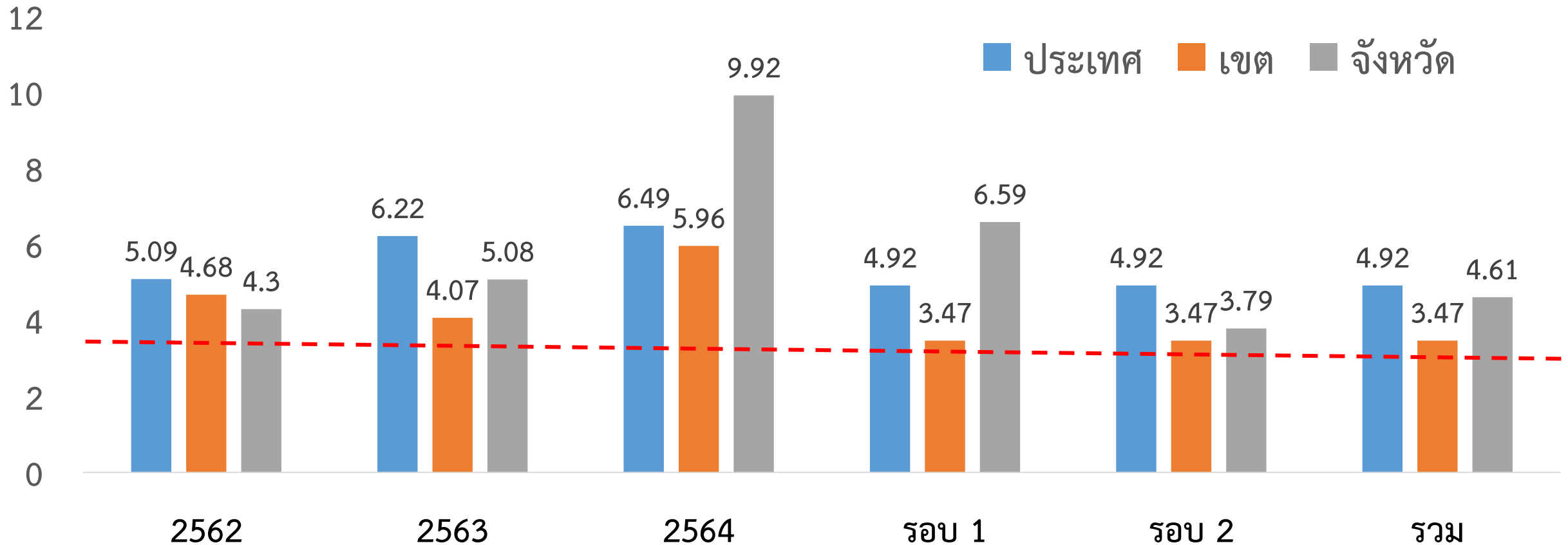
มีเครือข่ายการดูแลประกอบด้วย ๓ Node



ระบบ Refer

- Cooling ส่งรพ.สระบุรี
- Congenital Heart disease ส่งสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
- ระบบ Intrauterine Transfer ในกลุ่มเสี่ยง
- STABLE Program
- รับRefer คัดลอกกรรมNewborn
- เครือข่ายรัฐบาลและเอกชนการส่งต่อเครือข่ายการ Refer in out และ back ตามศักยภาพของรพ.และศูนย์ความเชี่ยวชาญ

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน
(เป้าหมาย $\leq 3.6 : 1000$ LB)



หมายเหตุ : ไม่ตัด Abnormal ออก

ผลการดำเนินงาน ทารกแรกเกิด ของ รพ.พระนครศรีอยุธยา

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน				
		2563	2564	รอบ 1 (ต.ค.64-ธ.ค.64)	รอบ 2 (ม.ค.65- มิ.ย.65)	รวม (ต.ค.64 -มิ.ย.65)
1. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วันที่มีมารดาคลอดน้ำหนัก ≥ 500 กรัม	< 3.6 : 1,000 LB	5.08	9.92	8.90	5.48	6.67
2. สัตส่วนเตียง	1:500 LB	1 : 420	1: 360	1 : 79	1 : 146	1 : 225
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ANC ครั้งแรก < 12 wks	ร้อยละ 75	73.93	62.79	66.15	72.99	69.57
ANC คุณภาพ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	67.14	56.05	54.62	64.23	59.43
อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ 9	10.87	10.78	11.66	8.76	9.78

จำนวนทารกคลอดจากมารดา ติดเชื้อ COVID - 19 ปี 64 - 135 ราย ปี 65 - 97 ราย

ทารกติดเชื้อ COVID - 19จากมารดา 2 ราย (RCA อาจเกิดจาก Contaminate ขณะ resuscitate suction)

ลำดับสาเหตุการเสียชีวิต 18 ราย : 1. Cong. malformation /Chromosomal anomaly - 6 ราย 3. PPHN - 4 ราย

2. Preterm + sepsis - 5 ราย 4. BA - 3 ราย

ผลการดำเนินงาน ทารกแรกเกิด ของ รพ.เสนา

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน				
		2563	2564	รอบ 1 (ต.ค.-ธ.ค.)	รอบ 2 (ม.ค.- มิ.ย.)	รวม (ต.ค. -มิ.ย.)
1. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วันที่มารดาคลอดน้ำหนัก ≥ 500 กรัม	< 3.6 : 1,000 LB	4.74	4.89	3.86	2.25	2.85
2. สัดส่วนเตียง	1:500 LB	1 : 252.2	1: 245	1 : 52	1 : 89	1 : 140
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ANC ครั้งแรก < 12 wks	ร้อยละ 75	59.76	55.35	57.14	63.51	61.76
4. ANC คุณภาพ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	52.55	55.35	57.14	63.51	61.76
5. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ 9	7.74	7.91	7.72	7.22	7.40

จำนวนทารกคลอดจากมารดาติดเชื้อ COVID 19 ปี 64 – 5 ราย ปี 65 - 25 ราย

ทารกติดเชื้อCovid – 19 จากมารดาปี 2564 - 1 ราย วิเคราะห์ จากการ Contaminate วางบนตัวมารดา ค่า Ct 33.4 เมื่ออายุ 72 ชั่วโมง

ลำดับสาเหตุการเสียชีวิต 2 ราย : 1. Preterm + BA

2. Severe BA c Thick MAS

กิจกรรมการดำเนินงาน ปี 2565

1. การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบดูแลทารกแรกเกิด 3 เครือข่าย (Node)
2. เป็น รพ. แม่ข่ายของเขต ไม่ปฏิเสธการรับ refer มีระบบ Fast Track NB
3. จัดทำแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ให้จังหวัดและเขตใช้ ได้แก่ แนวทางการ refer/ แนวทางการดูแลผู้ป่วย ภาวะhyperbilirubinemia /sepsis
4. แนวทาง Refer back ไปรับ ATB ใน รพช. ใกล้บ้าน
5. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ NCPR และ STABLE Program ในและนอก รพศ. (ส.ค. 65)
6. ส่งบุคลากรอบรม NNP และ เฉพาะทางวิกฤตทารก เพิ่มเติม
7. ดำเนินการรับหอผู้ป่วยหนักเด็กและหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (ส.ค.65)
8. เป็นสถาบันคัดกรองโรคหัวใจ สามารถส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญผ่าน Line official VDO call Management Referไปยังสถาบันสุขภาพเด็กฯ

โอกาสพัฒนา

1. การ Refer out : Mod. HIE with Pneumothorax severe HIE และ Pneumo-pericardium with Pneumothorax
2. พัฒนาศักยภาพ รพช. บางปะอิน และ วังน้อย ให้รับดูแล ผู้ป่วยเด็ก และ รับ consult

ข้อสั่งการ จากการตรวจราชการ รอบ 1/2565

1. ให้ทีมงานวางแนวทางการลดอัตราการเสียชีวิตให้ลดน้อยลง

: มีการติดตามการปฏิบัติและดำเนินงานตามแนวทางที่วางไว้ เช่น เวที Mortality Morbidity Conference และ RCA

แผนงาน /กิจกรรม/แนวทาง	ทำได้ตามเป้าหมาย	อยู่ระหว่างดำเนินงาน
ลดการคลอด Preterm		
-Early ANC และ ANC คุณภาพ 5 ครั้ง	✘	ครรภ์หลัง ขาดความตระหนัก ลางานไม่ได้(โรงงาน) ไม่มีเวลา ไม่มีใครพามา
-การใช้ยา Progesterone	✘	ในกลุ่ม Previous preterm, short Cervix ร.พ.ท. 100% ร.พ.ช. 60 %
-การให้ Dexamethasone	/	
ลด Birth asphyxia	/	
-จัดอบรม LR คุณภาพ	/	
-NCPR/STABLE Program	/	
ลด Neonatal mortality rate	/	
-Intrauterine Transfer	/	
-ระบบ Refer back	/	
-พัฒนา บุคลากร เฉพาะทาง	/	กำลัง เรียน วิกฤตเด็ก 2 ราย

Action Plan 2566

แผนเพิ่มศักยภาพ/อัตรากำลัง	ครุภัณฑ์ทางการแพทย์	แผนพัฒนาระบบบริการ
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา		
อัตรากำลังยังไม่เพียงพอ	Echocardiogram	- COVID / Isolate room จาก 4 เป็น 10 เตียง
กุมารแพทย์เพิ่ม 2 ราย	Therapeutic Hypothermia	- โครงการทบทวนการ NCPR ในสถานการณ์ COVID – 19
Neonatologist เพิ่ม 1 ราย	Nitric Oxide	- พัฒนาศักยภาพ รพช. มีกุมารแพทย์ ดูแลผู้ป่วยเด็ก/รับ consult (บางปะอิน,วังน้อย)
แพทย์เฉพาะทางหัวใจเด็ก		- โครงการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดแบบไร้รอยต่อ (Node วังน้อย ภาชี / Node บางปะอิน / Node บางปะหัน)
ศัลยแพทย์		- โครงการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดโรคหัวใจแต่กำเนิด
	โรงพยาบาลเสนา	
NNP	Neo- puff/ High flow	- พัฒนาศักยภาพ LR (NCPR/รับเด็ก)
แพทย์/พยาบาล คัดกรองหัวใจ ด้วย Echo 2 ราย		- ป้องกัน ETT เลื่อนหลุด
		- ใช้ Non invasive Technique
		- ลด Preterm โดยเชิงรุก HL ใน โรงงานและ รพช โชน นาคราชซ้าย
		- โครงการ Buddy NCPR

ความสำเร็จในปี 2565

1. พัฒนาระบบการดูแลทารกที่มีปัญหาหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. พัฒนาระบบการดูแล ทารกแรกเกิด ในสถานการณ์โควิด -19
3. มีการนิเทศติดตาม ผลการปฏิบัติตามแนวทางต่างๆ ออกสัจจร ใน รพช. ในเครือข่าย และมีการคืนข้อมูลให้พื้นที่ทุก 3 ทุกเดือน

รางวัล/นวัตกรรม

รางวัล Best practice (2565) :
“Panic COVID -19 in Newborn
2P Safety”



เป็น รพ. แม่ข่ายที่เข้มแข็ง มีการพัฒนาการทำงานร่วมกันเป็นทีม และมีการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และ มีการคืนข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างตรงประเด็น



สาขา
หลอดเลือดสมอง
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ศักยภาพ รพ.พระนครศรีอยุธยา

- Neuro MED : 2 คน
 - Neuro Surgeon : 4 คน
 - Neuro Nurse 4 เดือน : 6 คน
 - Stroke Unit : 8 เตียง
 - มี CPG Stroke
 - การให้ยา ASA ภายใน 48 ชั่วโมง
 - การรักษา Craniectomy
 - ระบบเชื่อมโยงดูแลร่วมกับ IMC
 - การดูแลผู้ป่วย Stroke ระยะประคับประคอง
 - การส่งต่อเพื่อการรักษา Thrombectomy
- รพ.ธรรมศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา

ศักยภาพ STROKE จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

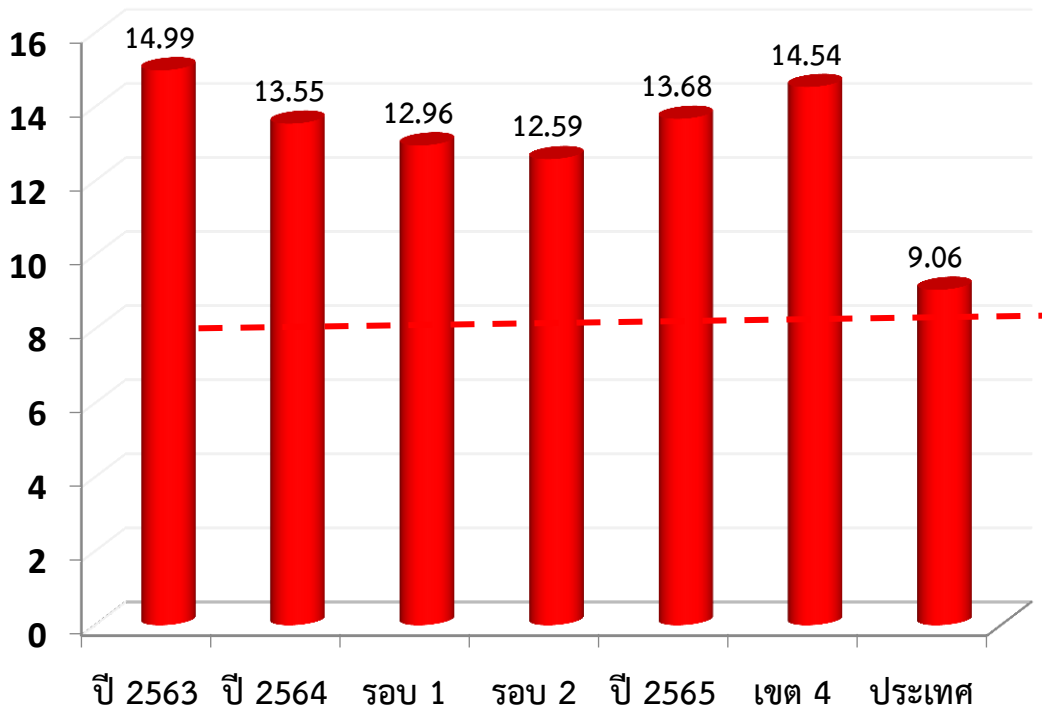
ศักยภาพ รพ.เสนา

- Neuro MED : 0 คน
- Neuro Surgeon : 0 คน
- Neuro Nurse 4 เดือน : 3 คน
- Stroke Unit : 2 เตียง
- ระบบ Refer กรณีเกินเวลา : Refer จังหวัดใกล้เคียง
- มีระบบ Fast Track
- ระบบเชื่อมโยงดูแลร่วมกับ IMC หลังจำหน่าย 6ด. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน/เสียชีวิต หลังจำหน่าย
- งานวิจัย: การดูแลผู้ป่วย STROKE เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ปี62 63 สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ชัดเจนปี63 64
- การกำหนดจุดรับผู้ป่วย Fast Track พื้นที่ชายขอบลดเวลาส่งต่อ
- พัฒนา Application คำนวณยา Rt-PA รองรับระบบ IOS Android PC

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2563	2564	2565		
				รอบที่ 1	รอบที่ 2	รวม
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 7 %	14.99	13.55	12.96	12.59	13.68
2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	< 5 %	6.14	7.18	8.43	6.04	6.85
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	< 35	33.76	30.66	28.17	34.32	32.01
4. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมาทันเวลา 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที	≥ 70 %	88.00	88.70	100	92.73	94.67
5. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รพ.พระนครศรีอยุธยา 8, รพ.เสนา 2)	≥ 75 %	88	100	100	100	100

- ทบหวานผู้ป่วย Dead
 - ส่วนใหญ่เป็น HT (control ได้เพียง 35.35%) - ขาดยา ไม่รักษาต่อเนื่อง ตำแหน่งแตกและตีบขนาดใหญ่
 - มีภาวะ AF 10%
- Stroke มาด้วย ระบบ EMS 5 % ส่วนใหญ่มาด้วย ระบบ Refer และ Walk in

ร้อยละของผู้ป่วยในตายจากStroke (I60-I69) ปี 2565 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป้าหมาย < ร้อยละ 7



สถานการณ์

- มีการคัดกรองตามเกณฑ์/ขึ้นทะเบียนรักษาต่ำ
- ผลการคัดกรอง HT 75.89% (เป้า > 90%) ต่ำกว่าเกณฑ์
- ผู้ป่วย HT คุมความดันได้ดี 35.35% (เป้า > 60%)
39,036 คน จาก 110,422 คน

การดำเนินงาน ปี 65

- พัฒนาระบบ Stroke Fast track โดยลดช่องทางการส่งต่อ (แพทย์ ER รพช.โทรประสานงานแพทย์รับ Consult / Refer มาถึงรพ.ทำ CT Scan แล้วส่งต่อ Stroke unitได้เลย)
- เขตเมือง :มีแพทย์ออกไปรับผู้ป่วย Stroke Fast track ที่บ้าน เมื่อมาถึง รพ. CT Scan ทันที
- มีระบบ Refer Back : Node รพช สามารถดูแลรักษาผู้ป่วย Stroke ได้
- วางระบบ Smart COC : เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง 1 ด. 3 ด. 6 ด.
- ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- เป็นพี่เลี้ยงรพ.ลูกข่ายที่มีเครื่อง CT Scan ให้มีศักยภาพให้ยา Rt-PA ได้
- เพิ่มศักยภาพ รพ.เสนา จัดตั้ง Stroke unit ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน
- พัฒนาระบบการส่งต่อ Intermediate BED รพช เพื่อลดความแออัด
- ส่งเสริมให้สำรวจกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุในชุมชน และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในสถานประกอบการ

Action Plan ปี 2566

ประเด็นหลัก	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	สค -กย	Q1	Q2	Q3	Q4	ผู้รับผิดชอบ
ลดอัตราการเสียชีวิตจาก Stroke	1. จัดประชุม SP Stroke ทบทวนผลงาน/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต้นแบบป้องกัน Stroke	/			/	/	SP Stroke
	2. บูรณาการร่วมกับ NCD, ปฐมภูมิ มีการวิเคราะห์ ข้อมูล และวางแผนทำงานร่วมกันในชุมชน โดยใช้ 3 หมอ, ผู้นำชุมชน	/	/	/			SP Stroke, NCD,ปฐมภูมิ, 3 หมอ, ผู้นำชุมชน
	3. ประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชน เกี่ยวกับ Stroke Alert & Awareness Early warning signs การเข้าถึงบริการ 1669		/	/			SP Stroke, NCD, ปฐมภูมิ, 3 หมอ, ผู้นำชุมชน
พัฒนาคุณภาพ การดูแล	1. Lean ระบบการส่งต่อให้เข้าถึงการรักษาเร็วขึ้น		/	/	/		SP Stroke
	2. พัฒนาศักยภาพ รพช.ให้สามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้ (Med + ER)		/				รพ.ทุกแห่ง
	3. ปรับโครงสร้าง Stroke unit อยู่ชั้นเดียวกับ หน่วย CT Scan						ผู้บริหาร

นวัตกรรม

Application คำนวณยา รพ.เสนา

คำนวณการให้ยา rt-PA

กรุณากรอกน้ำหนัก Kg.
ขนาดยาที่ใช้ 0.9mg./kg.

คำนวณ

ปริมาณยาทั้งหมด	mg.
10% IV bolus in 1min	mg.
IV drip in 1hr.	mg./hr.

ยาVialที่1
ปริมาณยาที่ใช้ mg.

ยาVialที่2
ปริมาณยาที่ใช้ mg.

Clear

ชื่นชม

- การพัฒนาเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCD
- มีต้นแบบในการค้นหากลุ่มเสี่ยงและป้องกัน Stroke ในชุมชน /สถานประกอบการ
- สนับสนุน รพช. ให้สามารถดูแลผู้ป่วย Stroke ได้
- มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย Ischemic Stroke ให้สามารถรักษาใน Stroke Unit ได้ 100%

Application Tele Nursing, Tele Medicine ในการดูแลผู้ป่วย NCD รพ.พระนครศรีอยุธยา

แนวทางการใช้ปัญญาประดิษฐ์และเทเลเมดิซีน ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. ผู้ป่วยอยู่บ้าน

บันทึกอาการ / พฤติกรรม (อารมณ์ / อาหาร / ออกกำลังกาย) วัด vital sign ทุกวัน

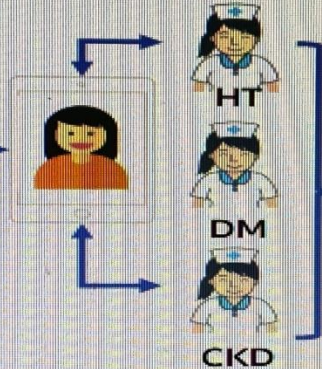


2. อสม.ดูแล

กรณีผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือ ไม่สะดวก / ไม่วัด ไม่บันทึก อสม.ดูแลติดตามอาการ สอนการใช้งาน วัดค่า บันทึกในระบบแทนคนไข้ กรณีคนไข้ติดตามอาการ (ความดัน / น้ำหนัก / น้ำตาล / รอบเอว / อุณหภูมิ / ชีพจร)

ระบบฐานข้อมูลและปัญญาประดิษฐ์ ในการเก็บข้อมูล คัดกรองโรค/ภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเบื้องต้นในแต่ละวัน โดยอิงจากประวัติและผลที่วัดได้ หากพบปัญหาจะทำการนัด tele กับพยาบาลในคลินิก

3. พยาบาล telehealth (แชท / วีดีโอคอล)



กรณีอาการปกติ / ค่าตรวจวัดปกติ พยาบาลวิชาชีพ remed

7. เกสเซอร์ tele ให้ข้อมูล ผู้ช่วยแพทย์ / ส่งยา

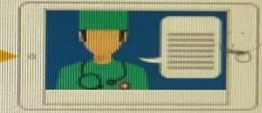


9. ส่งยา

8. การเคลม/การเงิน

4. พบวิชาชีพผ่าน tele

กรณีพบปัญหาเฉพาะด้าน พบสหวิชาชีพ (นักกำหนดอาหาร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เกสเซอร์ แพทย์แผนไทย)



5. พบแพทย์ผ่าน tele

กรณีพบปัญหาไม่รุนแรง พบแพทย์ทาง tele / แพทย์บันทึกผล + ส่งยา

6. นัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

เฉพาะกรณีที่ต้องตรวจเพิ่มเติม หรือพบปัญหา ทำการนัดหมายออนไลน์ เข้าพบแพทย์ในโรงพยาบาล

20%*

* จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลเหลือเพียง 20% (ตัวเลขเป้าหมาย)



สาขารับมือบริจาศ และปลุกถ่ายอวัยวะ



จำนวนบุคลากรทีมรับบริการอวัยวะและดวงตา

รพ.พระนครศรีอยุธยา

- Neurosurgeon 4 คน
- TCN 4 เดือน 1 คน
- TC 3 วัน 9 คน
- TCWN 1 คน
- จักษุแพทย์ 4 คน
- จัดเก็บดวงตา 1 คน

รพ.เสนา

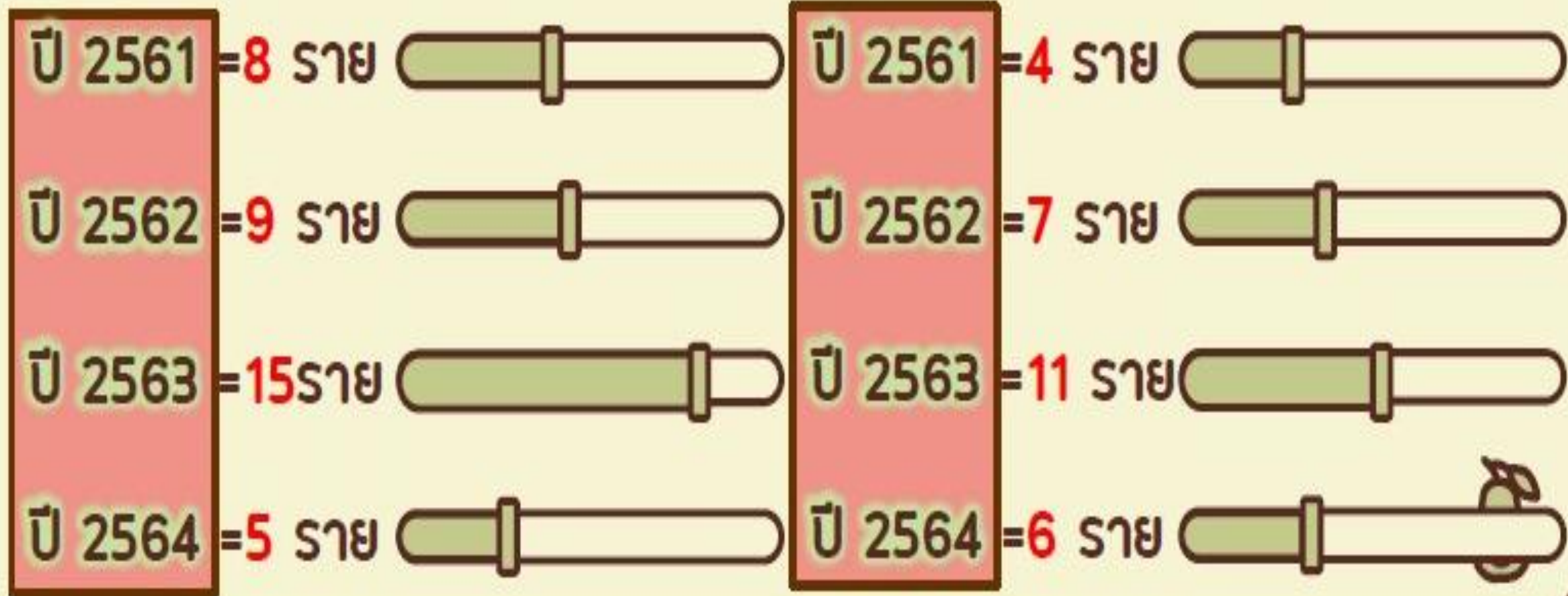
- TCN 4 เดือน - คน
- TC 3 วัน 3 คน
- TCWN 5 คน
- จักษุแพทย์ 3 คน
- จัดเก็บดวงตา 2 คน

การดำเนินงาน/กิจกรรม

1. ออกหน่วยประชาสัมพันธ์ รับแจ้งความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา หน่วยงานราชการ สถานศึกษา ห้างสรรพสินค้า และหน่วยงานต่างๆ ที่มีการจัดกิจกรรม
2. จัดรายการวิทยุภายในและภายนอกโรงพยาบาล
3. สร้างเครือข่ายแกนนำนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา และมหาวิทยาลัยราชมงคลสุวรรณภูมิ วิทยาเขตท่าवासูกกรี
4. จัดประชุมให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลเรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตา ปีละ 1 ครั้ง
5. จัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. และประชาชนทั่วไปที่สนใจเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและดวงตา
6. จัดทำโครงการสร้างเครือข่ายและจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะและดวงตาเครือข่ายจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รวม 16 แห่งเพื่อขยายผลให้ประชาชนในทุกพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและดวงตาอย่างถูกต้อง

อวัยวะ

ดวงตา



สถิติ 10 เดือน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564-กรกฎาคม 2565

	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.
1. จำนวนผู้เสียชีวิต ในโรงพยาบาล	243	193	224	183	176	202	199	207	196	131
2. จำนวนผู้แจ้ง ความจำนงบริจาค อวัยวะที่มีชีวิต	5	5	10	14	4	10	11	22	101	321
3. จำนวนผู้แจ้ง ความจำนงบริจาค ดวงตาที่มีชีวิต	3	5	8	15	6	12	12	20	118	327
4. จำนวนผู้บริจาค อวัยวะภาวะสมอง ตายและเสียชีวิตบริจาคดวงตา	0	0	1	1	3	0	0	2	1	1

ผลการดำเนินงานรอบ 10 เดือน



เป้าหมาย 10 เดือน



- อยุ่วะะ 100/0.23 ได้ยอคบริจาค 1 ราย
- ควคค 100/0.35 ได้ยอคบริจาค 2 ราย



ยอคผู้เสียชีวิตใน รพ. 1,954 ราย



- KPI บริจาคอยุ่วะะ 4.49 ราย
- KPI บริจาคควคค 6.83 ราย

แผนงานปีงบประมาณ 2566

1. บุคลากรทางการแพทยัเรียนจ้คเก็บควคคเพิ่ม 2 คน
2. มีบุคลากรทางการแพทยัเป็นผู้ประสาณสาณประจำหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วย
3. จ้คทำทีมจ้คเก็บอยุ่วะะให้พัฒนาตามระบบการแพทยั
4. บุคลากรอบรมผู้ประสาณงานบริจาคอยุ่วะะเพิ่ม 2 คน





Fracture around
the hip in elderly

ผลการดำเนินงาน Fracture around the hip รพ.พระนครศรีอยุธยา

ข้อมูล	ปี 2565					
	(รอบ1) ต.ค.64-ธ.ค.64		(รอบ2) ม.ค.65-มิ.ย.65		(รวม) ต.ค.64-มิ.ย.65	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ผู้ป่วยทั้งหมด	37		77		114	
ผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด	31	83.78	58	75.32	89	61.80
ผู้ป่วยผ่าตัดภายใน 72 ชม.	12	38.71	25	43.10	37	41.57
ผู้ป่วยไม่ได้ผ่าตัด	6	13.21	19	24.67	25	21.93
ส่ง IMC/HHC	36	97.30	72	93.50	108	94.73

ผลการดำเนินงาน Fracture around the hip รพ. เสนา

ข้อมูล	ปี 2565					
	(รอบ1) ต.ค.64-ธ.ค.64		(รอบ2) ม.ค.65-มิ.ย.65		(รวม) ต.ค.64-มิ.ย.65	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ผู้ป่วยทั้งหมด	9		18		27	
ผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด	9	100	15	83.33	24	88.88
ผู้ป่วยผ่าตัดภายใน 72 ชม.	5	55.55	6	40.00	11	45.83
ผู้ป่วยไม่ได้ผ่าตัด	0	0	3	16.66	3	11.11
ส่ง IMC/HHC	8	88.88	16	88.88	24	88.88

สรุปสถานการณ์ Fx. around the hip in elderly

ผู้ป่วยทั้งหมด	ผ่าตัดทั้งหมด	ผ่าตัดภายใน 72 ชม	ไม่ผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อน	IMC/HHC
141	113 (80.14)	48 (42.48%)	28 (19.86)	9 ราย (Dead) มีโรคร่วม	132 (93.62%)

➤ ไม่พบผู้ป่วย Re - Fracture

สาเหตุที่ไม่ผ่าตัด

- สูงอายุ มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ปรีกษา แพทย์อายุรกรรม แพทย์วิสัญญีแล้วมีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัด บางราย bed ridden

- ผู้ป่วย / ญาติ ไม่ต้องการผ่าตัด

สาเหตุที่ไม่ส่ง IMC/HHC

- Dead จากโรคร่วมทางอายุรกรรม
- Refer ต่างจังหวัด

Action plan 66

1. ร่วมกับทีม Intermediate care ฟิ้นฟูและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านทุกราย (ทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัด) โดยส่งต่อ Intermediate care ผ่าน IMC Program เพื่อการติดตามต่อเนื่อง
2. ประสานทีมชุมชนในการเตรียมบ้านและติดตามดูแล รวมทั้งส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม Smart COC
3. นัดติดตามผู้ป่วยทุกราย เข้าโครงการคลินิกโรคกระดูกพรุน
4. เปิด OR เพิ่ม ในรพ.พระนครศรีอยุธยา

ก๋วยเตี๋ยวเรืออยุธยา

