

โรงพยาบาล	สตึก ๒ กม.10
สาขา	ศัลยกรรม
สภาวะทางคลินิก	Head Injury
วันที่	30 กันยายน 2562

1.บริบท

สถิติผู้รับบริการ

สถิติผู้ป่วย Trauma ปี 2558-2562 = 3,531, 3,550, 3,480, 4,050 และ 3938 ราย เป็น Trauma brain injury = 22, 15, 10, 9 และ 7 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2560 มีผู้ป่วย Severe head injury จำนวน 4 ราย สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร 2 ราย และตกจากที่สูง 2 ราย มีผู้ป่วย Mild head injury 6 ราย สาเหตุจากอุบัติเหตุลื่นล้ม 3 ราย ถูกทำร้ายร่างกาย 2 ราย อุบัติเหตุจราจร 1 ราย ส่ง CT brain พบเลือดออกในสมอง 4 ราย ผลปกติ 2 ราย Refer death 1 ราย ในปี 2561 พบ severe Head injury 1 ราย สาเหตุจากตกที่สูง cardiac arrest และเสียชีวิตที่โรงพยาบาลปลายทาง ในปี 2562 พบ Mild HI 5 ราย ส่ง CT พบ SDH Refer รพ.ชลบุรี พบ Moderate HI 1 ราย Refer รพ.ชลบุรี และ Sever HI 1 ราย จาก MCA refer รพ.ชลบุรีเสียชีวิตใน 48 ชม.

ข้อมูลแสดงขนาดของปัญหา

พบทวนปี 2560 พบ miss diagnosis 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม ขาดการประเมินซ้ำ และการวินิจฉัยล่าช้า พบ miss diagnosis with re-visit จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 วิเคราะห์สาเหตุเกิดจากเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ร่วมกับเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มาโรงพยาบาลตั้งแต่แรก มีประวัติอาเจียน อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ต้องได้รับการส่งทำ CT และ admit จึงมีการปรับปรุง CPG head injury เพื่อลดอัตราการวินิจฉัยผิดพลาดและรักษาล่าช้า

พบทวนปี 2561 ไม่พบ revisit miss Dx. พบไม่ปฏิบัติตามแนวทาง 1 ราย ไม่ส่งทำ CT ก่อน admit ผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงภายใน 6 ชม. ส่งทำ CT Brain ที่ รพ.บางละมุง พบว่ามี SAH refer ไปโรงพยาบาลชลบุรี

พบทวนปี 2562 พบ revisit miss Dx. จำนวน 4 ราย สาเหตุจากไม่ได้ส่ง CT แต่แรก Admit Observe อาการ 1-2 วัน แล้วจำหน่าย 2 รายกลับซ้ำ และได้รับการ Refer รพ.ชลบุรี อีก 1 ราย ไม่ยินยอม Admit ในครั้งแรก เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรหลัง Refer 1 รายเนื่องจากอาการหนัก Coma Score 3 ทำ resuscitation ตั้งแต่แรกเริ่มมี ROSC

ศักยภาพ/บุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ

เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด F1 ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยกรรม มีเครื่อง X-ray 2 เครื่อง ไม่มีเครื่อง CT, Refer รพ.ชลบุรี ใช้เวลาเดินทาง 1 ชม. โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงใกล้เคียงมีข้อจำกัดในการรับ Refer

2.ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

2.1 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็ว

- 2.2 การประเมินวินิจฉัยแรกรับที่ถูกต้องแม่นยำ
- 2.3 การได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย
- 2.4 การส่งต่อที่มีการเชื่อมโยงประสานงานกันอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ลดอัตราการเข้าถึงบริการล่าช้า
- 3.2 ลดอัตราการประเมินวินิจฉัยล่าช้า
- 3.3 ลดอัตราการดูแลรักษาและส่งต่อล่าช้า
- 3.4 ลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Mild head injury

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ 1669 เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุฉุกเฉิน
- รถ EMS สามารถถึงที่เกิดเหตุภายใน 10 นาทีในระยะทาง 10 กิโลเมตร

การคัดกรองและประเมิน

- ให้ความรู้บุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หลักสูตร FR, BLS, ACLS, ATLS
- ประเมิน Glasgow Coma Score (GCS) ในผู้ป่วย Head injury ทุกราย และใช้แบบประเมินความเสี่ยง (Risk factor) ในผู้ป่วย Mild head injury

การตรวจวินิจฉัย

- สามารถส่งตรวจ CT scan ได้ภายใน 60 นาที

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

มีการปรับปรุง CPG head injury โดย

- ปี 2559 จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- ปี 2560 ทบทวนและปรับปรุง CPG ในการดูแลผู้ป่วย Head injury ให้ Update ตามหลัก ATLS และจัดทำ Care Map ในการดูแลผู้ป่วย Mild head injury การดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน มีเกณฑ์การ Admit และเกณฑ์การ refer ในผู้ป่วย Head injury ที่ GCS drop $\geq$ 2 ต้องได้รับการแก้ไขภายใน 30 นาที และผู้ป่วย Head injury ที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับการ Refer ภายใน 60 นาที

5.ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562
1. ร้อยละของผู้ป่วย HI Re-visit ที่ ER ใน 48 hr.	0	4.55	6.67	10	0	14.29
2. ร้อยละผู้ป่วย miss diagnosis	0	0	0	30	0	0
3. ร้อยละของผู้ป่วย Mild HI เสียชีวิต	0	0	0	10	0	0

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Head injury มาใช้ ในปี 2561 ยังไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต re-visit และ Miss diag. พบผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 4 ราย ได้รับการเฝ้าระวังโดยได้รับการคัดกรองไป CT Brain ก่อน Admit ผล CT ปกติ ทั้ง 4 ราย พบ Fracture zygoma with orbit 1 ราย อีก 3 รายเป็น cerebral concussion ในปี 2562 พบ SDH revisit 1 ราย หลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 วัน ไม่ได้ส่งทำ CT ก่อน admit

6.แผนการพัฒนาคือ

- ติดตามและประเมินผลการใช้ CPG และ Care Map
- ประชุมเครือข่าย EMS อำเภอสตึก ประสานงานเรื่องการส่งผู้ป่วย Multiple Trauma ให้โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในเครือข่าย
- นำเคส Sever HI เข้าพบทวนในการประชุมเครือข่าย EMS อำเภอสตึก