



รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์
เลขรับที่ 025497
วันที่ 3 ก.ย. 2567
เวลา 10.01 น.

ที่ ชร ๐๐๓๓.๐๑๒/ ๖๖๗๗๗๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ถ. เชียงราย-เทิง จ. เชียงราย ๕๗๐๐๐

๓ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งรายงานการประชุมพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อจังหวัดเชียงราย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ศรีบุรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายเม็งรายมหาราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงราย และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนารายงานการประชุมพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงราย จำนวน ๑ ฉบับ

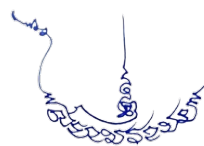
ตามที่ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้จัดประชุมพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงราย เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมกาสะลองคำ ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย คณะทำงาน และผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย นั้น

ในการนี้ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้จัดทำรายงานการประชุมพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงรายเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งรายงานฉบับดังกล่าวมาเพื่อทราบ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

เรียน ผู้อำนวยการ เพื่อโปรดทราบ จึงเรียนมาเพื่อทราบ
เห็นควรแจ้ง- กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
-TEA Unit -ฝ่ายการพยาบาล


(น.ส.ปาริชาติ ฝาระมี)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
3 ก.ย. 2567

ขอแสดงความนับถือ



(นายสยามราชย์ พุเจริญกุลยา)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ดำเนินการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

โทร ๐ ๕๓๙๑ ๐๓๕๖

โทรสาร ๐ ๕๓๙๑ ๐๓๕๕



(นางสาวเยาวลักษณ์ จริยพงศ์ไพบูลย์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

3 ก.ย. 2567


(น.ส.กาญจนา เทพวงศ์)
3 ก.ย. 2567

รายงานการประชุมพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงราย

วันที่ 26 สิงหาคม 2567 เวลา 08.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุมกาสะลองคำ ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ผู้มาประชุม

1.นายสยามราชย์ พุเจริญกุลยา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	สสจ.เชียงราย
2.พญ.พรธีรา พรหมยวง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
3.นพ.พงศธร ทุนอินทร์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
4.พญ.วรางคณา พงษ์พัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
5.พญ.รติมา แสงเลิศ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	รพ.แม่ลาว
6.นพ.ศภวิชญ์ วงษ์สุขชัย	นายแพทย์ปฏิบัติการ	รพ.แม่สรวย
7.พญ.ชนากนต์ กางกริช	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.แม่สาย
8.นพ.มนัสวิน ปัญญาสุข	นายแพทย์	รพ.เทิง
9.พญ.กนกรัตน์ บุญสัมฤทธิ์ผล	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.แม่จัน
10.นพ.ภาคพงศ์ อย่างเจริญ	นายแพทย์	รพ.เวียงป่าเป้า
11.น.ส.โสพิศ เวียงโอสถ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
12.นางมณฑิยา เตียนฮะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
13.นางภัทรวดี ใจคำ	นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
14.นางอลิษา กันธิมา	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
15.นางนิภาภรณ์ ทรงศิริรักษ์	พนักงานธุรการ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
16.นางสาวชมดาว ราวิชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แม่จัน
17.นายเอกนรินทร์ แก้วเกต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ขุนตาล
18.นางมยุรี พิทักษ์ปรีดากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระยุพราชเชียงของ
19.น.ส.กนกพิณ อยู่ภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แม่ลาว
20.นางสาวหทัยรัตน์ นิยมาศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ป่าแดด
21.นางสาวพนาวัน พรหมเผ่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ป่าแดด
22.นางฉัตรกมล ธรรมภาค	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แม่สาย
23.นางพัชรินทร์ คัมภีร์กิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระญาณสังวร
24.นางชั้นทอง แหวนเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระญาณสังวร
25.นางมยุรี หมั่นคิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
26.นายณรงค์ศักดิ์ วันดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
27.นายวรุฒ วารินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ดอยหลวง
28.นางรุ่งนภา สุมะโน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พญาเม็งราย
29.นางพีระดา ชัยวรรณะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เวียงป่าเป้า
30.นายสมนึก แซ่ตั้ง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	รพ.เวียงป่าเป้า
31.นางแสงทอง สุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แม่สรวย
32.นางสาววิภารัตน์ เครือวัลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แม่สรวย
33.นางจำลองลักษณ์ สายแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พาน
34.นางสาวรพีพรรณ วงษา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	รพ.พาน
35.นางนวลจันทร์ อินทิแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แม่ฟ้าหลวง

36.นายปรีชา มะโนยศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.เทิง
37.นางน้ำฝน มหาวงศนันท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เทิง
38.นางสาวดวงเดือน ราชคมภัก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เชียงใหม่
39.นส. สุพิชฌาย์ เพ็ญสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	รพ.เชียงใหม่
40.นายเกียรติศักดิ์ ดินขาว	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.เกษมราษฎร์ศรีบุรินทร์
41.พ.ต.หญิงกมลวรรณ เเบญจกรณ์	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.ค่ายเม็งรายมหาราช
42.นพ.กิตติพิศ แสงทอง	นายแพทย์	รพศ.มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
43.นางศุภิสรา ตาคำนิล	พยาบาลวิชาชีพ	รพศ.มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
44.นางสาวกิตติมา โกศายานนท์	พยาบาลวิชาชีพ	รพศ.มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
45.นางกาญจนา เมฆสุรินทร์	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลโอเวอร์บรีค
46.นางสาวมนชยา เร่งเร็ว	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม
47.นายนรินทร์ สุริยนต์	นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.เชียงราย
48.นส.ธัญฉวีรัตน์ หมื่นดี	นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.เชียงราย
49.นส.พัทธนันท์ ศรีอ่อนทอง	นวก.สาธารณสุขปฏิบัติการ	สสจ.เชียงราย
50.นส.นภสร กิจจา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สสจ.เชียงราย
51.นส.นภัสกร นนแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข	สสจ.เชียงราย
52.นส.อัจฉรี จันทรส	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สสจ.เชียงราย
53.นางคณิสันท์ ศรีวรรณรัมย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.เชียงราย

เริ่มประชุมเวลา 08.30 น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

- แจ้งเรื่องสถานการณ์อุทกภัยในจังหวัดเชียงราย ปัจจุบันมี 11 อำเภอ 33 ตำบลได้รับผลกระทบ ในจังหวัดเชียงราย ขอให้แต่ละพื้นที่วางแผนเส้นทางในการลำเลียงผู้ป่วยหากเกิดกรณีเส้นทางคมนาคมถูกตัดขาด รมัตระวังการเกิดการบาดเจ็บจากเกิดอุบัติเหตุจากไฟฟ้าดูด เฝ้ารวังโรคระบาด และโรคที่เกิดจากเกิดอุทกภัย

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองและทบทวนรายงานการประชุม

- ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงราย ประจำวันที่ 25 กรกฎาคม 2567

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

- กรณีส่งต่อผู้ป่วยคัดยกรรมาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพาน โรงพยาบาลได้ทำการทบทวน แนวทางแล้ว ที่ประชุมขอให้โรงพยาบาลพานดำเนินการต่อในเรื่องแนวทางการส่งต่อหลังจากรับผู้ป่วยไปประเมินหรือ รักษา

- กรณี Refer Echo รอรับกลับมีผู้ป่วยเรื่องรอเปลนาน ที่ประชุมมีข้อเสนอเพื่อลดระยะเวลา รอคอยขอให้พนักงานขับรถของ รพช. ที่รอรับผู้ป่วยนำ Stretcher ของรถ Ambulance ขึ้นไปรับผู้ป่วยเองที่ห้อง Echo หรือให้ รพช. ปรับปรุงระบบเรียกเปล และจุดจอดรอรับ หากได้ข้อสรุปจะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง โดยมีข้อเสนอแนะให้ ทำหนังสือราชการชี้แจงไปยัง รพช. เพื่อให้ผู้รับผิดชอบได้ทราบทั่วกัน

- กรณี consult staff เรื่อง Emergency ทางตา ปัจจุบันขอให้ใช้แนวทางเดิมไปก่อน รอให้ได้อธิบายสรุปจาก รพศ. อีกครั้ง

- จิตเวชฉุกเฉิน ปัจจุบันจะมีการดำเนินการเพิ่มเติมรับผู้ป่วยใน รพศ. เป็น 16 เตียง ซึ่งอยู่ในช่วงดำเนินการของทีมนิตเวช จะมีการติดตามผลการดำเนินการต่อไป

- การแลกเปลี่ยน Long spinal Board ระหว่าง รพช. กับ รพศ. แต่ละ รพ มีแนวทางไม่ตรงกัน เรื่องการจัดซื้อจึงยังไม่มีแนวทางแลกเปลี่ยน

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อทราบ

- มีแนวโน้มฝนตกเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 27 -30 สิงหาคม 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายมีแผนลงพื้นที่ในเขตอำเภอพญาเม็งราย ภาคเช้าวันที่ 26 สิงหาคม 2567 และอำเภอขุนตาล ภาคบ่ายวันที่ 26 สิงหาคม 2567

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

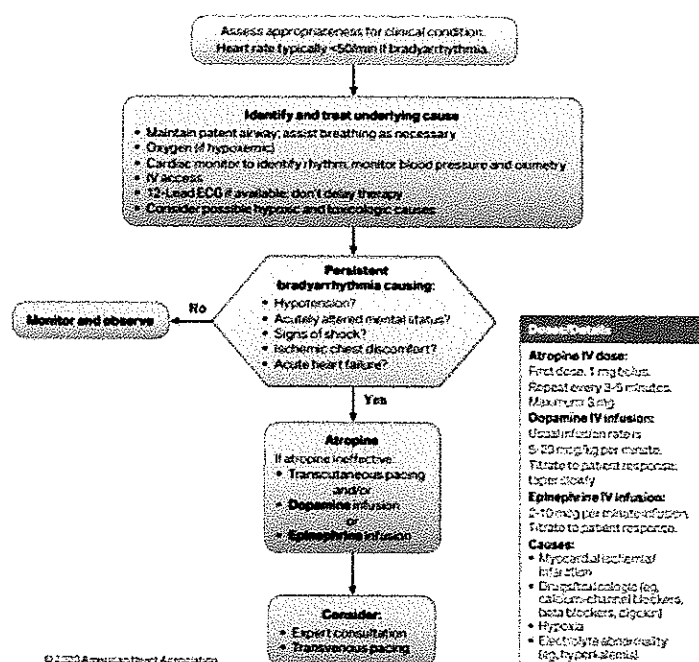
- การพัฒนาระบบส่งต่อ ประเด็นปัญหาการ Refer ผู้ป่วย

ประเด็น เคสที่ 1

- Stroke onset 2 hr ควร note เรื่อง fast track เพื่อสื่อสารให้ตรงกัน
- ผล CT รพช. right thalamic hemorrhage ควรทำการวินิจฉัยและปรึกษา neuro Sx ก่อนrefer, control BP
- ควร link CXR หลัง on ETT ทุกครั้ง

ประเด็น เคสที่ 2

- Dx. severe head injury Coma Score E1V2M4 GCS <9 on Oxygen canula 3 LPM มาจาก รพช. ควร on ETT
- Bradycardia ควรปฏิบัติตาม bradycardia algorithm



ประเด็น เคสที่ 3

- Case Stroke fast track ผู้ป่วยมาถึง รพช.ชร ได้ 6 นาที ซึมลง Coma Score จาก E4V5M6 เป็น E1V1M3 สภาวะผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ควรมีการประเมิน ที่แม่นยำ ต่อเนื่อง
- ควรใส่ NG/foley's cath ตามแนวทางการส่งต่อ Acute stroke fast track

แนวทางการส่งตรวจ Lab/X-ray (Update เม.ย. 67)

สำหรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเข้าโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

โรค/ภาวะ	NPO	ข้อมูลที่น่ามาพร้อมผู้ป่วย	Lab (สามารถส่งตามมาภายหลังส่งผู้ป่วย)	treatment	ความเสี่ยงเฝ้าระวังระหว่างส่งต่อ
Cardiac arrest	yes	DTX, EKG, CXR	CBC, BUN, Cr, Electrolyte (+/-Ca, Mg, PO4, Troponin)	ตาม ACLS	Cardiac arrest
Acute respiratory failure	yes	DTX, EKG, CXR			Tube เลื่อนหลอด DOPE, cardiac arrest
ACS (STEMI/NSTEMI)	+/-	DTX, EKG, CXR	CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Troponin (+/-Ca, Mg, PO4,PT,PTT,INR)	On electrode pads (แผ่น pace) for monitor / defibrillation	Cardiac arrhythmia, cardiac arrest
Acute stroke fast track	yes	DTX, EKG	CBC, BUN, Cr, Electrolyte, UPT, (+/- PT,PTT,INR)	NG (if NIHSS \geq 9) Foley Cath	
Sepsis/septic shock	+/-	DTX, EKG, CXR	CBC, BUN, Cr, Electrolyte, H/C*II, (+/-LFT,PT,PTT,INR, Lactate)	Antibiotic, IV fluid 30 ml/kg in septic shock	
Multiple Trauma	yes	DTX, Hct, CXR, film Pelvis AP, Tube for G/M,	CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR	Transamine 1 gm iv, Vitamin K 10 mg iv ในเคส on warfarin ที่เข้าเกณฑ์ Activate MTP และ และไม่ได้ on Metallic valve	Hemorrhagic shock
Head injury (GCS M2-4)	yes	DTX, CXR, Pelvis AP	CBC, BUN, Cr, Electrolyte PT, PTT, INR	ตาม ATLS	GCS drop, brain herniation, respiratory depression

ประเด็นเคสที่ 4

- ผู้ป่วยหลัง CT brain พบ Hemorrhagic stroke มีปัญหา HT emergency และ UGIH ก่อน refer
- ผู้ป่วย HT emergency ควรได้รับการได้ยาลดความดันโลหิตจาก รพช. ตามแนวทาง BP Control
- ควรมีการเริ่มการรักษา UGIH กรณี NG lavage ได้ เลือด/coffee ground

EMNote

BP Control of Different Conditions

Conditions	Target BP	Preferred agent
Acute heart failure or lung edema	BP 160/100	NTG
Dissecting aorta, AAA *	SBP 100-120	Esmolol, Labetolol
SAH**	SBP 130-140	
ICH, hemorrhagic stroke**	SBP 140-160	Nicardipine, Labetolol
Ischemic stroke (non-tPA)	BP 220/120	
Ischemic stroke (tPA)	BP 185/110	
Preeclampsia, eclampsia	BP 160/100	Hydralazine, MgSO4
Other conditions	BP 160/100	NTG, Nitroprusside, Labetolol, Nicardipine

* Beta blockers to keep HR 50-60 bpm

** May target MAP to 130 mmHg if IICP (+)



@jackofchong

ประเด็นเคส ที่ 5

- Case MHI high risk มีบาดแผลหน้าผากและหน้าแข้งซ้าย มีการ suture stop bleed โดยใช้ silk No.0 และ ใส่ Hard collar on long spinal board มาจาก รพช.
- ควรล้างแผลให้สะอาดและใช้ non absorbable monofilament (เช่น Nylon) เย็บแบบ interrupted suture เพื่อลดความเสี่ยงติดเชื้อ
- แผลใบหน้าควรใช้ผลิตภัณฑ์ในการ suture เบอร์เล็ก (4-0, 5-0)
- ควรใส่ hard collar ตลอดเวลาถ้าไม่สามารถ R/O C-spine injury (มาถึง รพศ. ไม่มี collar)

ประเด็นเคส ที่ 6

- Case R/O acute limb ischemia มีการให้ยา Heparin(1:10,000) 2,800 unit IV load จาก รพช.
- ความเข้มข้นยาควรบอกเป็นปริมาณยา+สารน้ำ
- heparin ที่ผสมมาคือ 15,000 unit + NSS 97 ml ซึ่งเข้มข้นกว่าปกติ (100IU/ml for IV infusion)
- ที่ รพศ. IV leak + เลือดออกจากรูเข็มตลอด จึง clamp heparin
- Lab PTT > 190 (control 30.9)

Heparin

ข้อบ่งใช้ (Indication)

Anticoagulant ใช้ป้องกันหรือรักษา Deep Vein Thrombosis (DVT) หรือ Pulmonary Embolism (PE), Acute subcutaneous Hematoma, Deep Vein Thrombosis (DVT), Pulmonary Embolism (PE)

ยาวิเศษ

- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง
- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง
- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง

✓ **DO** 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง

✓ **DVT, PE** 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง

กรณีใช้ยาลดยา (DO)	
1-1500 (10-1500 mg)	DO 1000 mg ทุก 8-12 ชั่วโมง
1500-3000 (1500-3000 mg)	DO 1000 mg ทุก 8-12 ชั่วโมง
3000-4500 (3000-4500 mg)	DO 1000 mg ทุก 8-12 ชั่วโมง
4500-6000 (4500-6000 mg)	DO 1000 mg ทุก 8-12 ชั่วโมง
6000-7500 (6000-7500 mg)	DO 1000 mg ทุก 8-12 ชั่วโมง

ข้อควรระวัง (Contraindication)

- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง
- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง

ข้อห้ามใช้ (Contraindication)

- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง
- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง

ข้อบ่งใช้ (Indication)


- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง
- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง

ข้อควรระวัง (Contraindication)

- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง
- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง

ข้อห้ามใช้ (Contraindication)

- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง
- กรณีใช้ยาลดยา (DO) 1000 mg ทุก 8 - 12 ชั่วโมง



ข้อบ่งชี้และข้อควรระวัง

Anticoagulant ใช้รักษาและป้องกันภาวะ thromboembolic disorders เช่น Myocardial Infarction (MI), Acute ischemic stroke, Deep Vein Thrombosis (DVT), Pulmonary Embolism (PE)

ผู้ใหญ่

- กรณีห้องฉุกเฉิน SC 5,000 unit ทุก 8 - 12 ชั่วโมง
- Intermittent IV เริ่ม 10,000 unit, ตามด้วย 50 - 100 unit/kg ทุก 4 ชั่วโมง
- IV infusion แนะนำให้ใช้ weight-based dosing regimen
 - ✓ MI: IV bolus 60 - 70 unit/kg (maximum ตามด้วย continuous IV infusion 12 - 25 unit/kg/hr)
 - ✓ DVT, PE: IV bolus 60 unit/kg ตามด้วย continuous IV infusion 10 unit/kg/hr จากนั้นให้ปรับขนาดตามตาราง

aPTT (second)	การปรับขนาด
< 35 (< 1.2 x control)	20 U/kg bolus, เริ่ม rate 4 U/kg/hr
35-45 (1.2-1.5 x control)	40 U/kg bolus, เริ่ม rate 2 U/kg/hr
46-70 (1.5-2.3 x control)	ไม่ต้องปรับ
71-93 (2.5-3.0 x control)	ลด rate 2 U/kg/hr
> 93 (> 3.0 x control)	หยุดให้ยา 1 ชม. และลด rate 3 U/kg/hr

เด็ก

- Intermittent IV เริ่ม 50 - 100 unit/kg ตามด้วย 50 - 100 unit/kg ทุก 4 ชั่วโมง
- IV infusion เริ่ม 50 unit/kg ตามด้วย 15 - 25 unit/kg/hr อาจเพิ่มขนาดยาครั้งละ 2 - 4 unit/kg/hr ทุก 6 - 8 ชั่วโมง ตามความจำเป็น

การผสมยาและความคงตัวของยา

- สารละลายที่ผสมเข้ากันได้: D5W, NSS (หลังการผสมต้องพลิกกลับขวดอย่างน้อย 6 ครั้งเพื่อให้ยากระจายทั่วกัน)
- ความคงตัวหลังผสม 24 ชั่วโมง ทั้งที่อุณหภูมิห้องหรือในตู้เย็น
- **ห้าม** ใช้ยาที่มีสีเปลี่ยนไปหรือตกตะกอน (ปกติไม่มีสีหรือมีสีเหลืองจาง)

การบริหารยา

- สามารถให้ได้ทาง SC, IV push, IV infusion
- ห้ามให้ IM
- ถ้าให้ทาง SC ไม่เพียงเจือจาง ส่วน IV bolus อาจเจือจางเพื่อไม่ให้
- การให้แบบ IV infusion ต้องใช้ **infusion pump**
- การใช้ heparin เป็น line flushing เพื่อป้องกันสายสวนอุดตัน ในเด็กเล็กน้ำหนักน้อยกว่า 10 กก. ใช้ความเข้มข้น 10 unit/ml ถ้าในเด็กโตกว่านี้หรือผู้ใหญ่ใช้ 100 unit/ml โดยปริมาณยาที่จะเท่ากับปริมาตรของสายสวนนั้นๆ หรือมากกว่าเล็กน้อย

การ Refer ผู้ป่วยขอความร่วมมือ

- ไม่เสียบเข็มคาไว้ที่ plug
- ปิด tegaderm หลัง on plug
- NPO + เจาะ Cr ถ้าจะrefer CT c contrast
- On NG + retain foley's cath ใน stroke fast track
- ศึกษา case ก่อนนำส่ง+แจ้งศนุยส่งต่อทุก ครั้งก่อน refer โดยเฉพาะเคส fast pass

ปัญหาการ Refer in / Refer back จากข้อมูลของ รพช.

- ในบางช่วงจุด triage หน้าห้อง ER รพช. ไม่มีเจ้าหน้าที่รับผู้ป่วยซึ่ง refer มาจาก รพช. ซึ่งทำให้ใช้เวลานาน หัวหน้างาน ER รพช.ชร รับทราบปัญหา จะดำเนินการแก้ไขต่อไป
- รพ.พานมีปัญหาการส่งผล CT on cloud Delay ขอให้โรงพยาบาลดำเนินการตรวจสอบ และดำเนินการแก้ไขปัญหา เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางต้องการทราบผลการ CT ของ รพช.
- รพ.สมเด็จพระญาณสังวร พบว่าจากการประเมิน HA IT ระดับ 3 มีคำแนะนำเรื่องการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยในการส่งผล lab ผ่าน line โดยขอให้ไม่เปิดเผยชื่อผู้ป่วย ที่ประชุมเห็นว่าอาจเกิดปัญหาในการ identify ผู้ป่วยได้ จึงขอแนวทางในการแก้ปัญหา ก่อน หรือหาเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่ดีกว่าช่วยสนับสนุนการทำงาน
- รพ.เวียงป่าเป้า พบปัญหาการประสานงานผู้ป่วย refer back ที่ประชุมเห็นว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการส่งต่อ หรือเปลี่ยนผู้ป่วย ให้ประสานล่วงหน้าเป็นรายกรณีไป

- รพ.แม่จัน พบปัญหาการเตรียมผู้ป่วยก่อน refer back ผู้ป่วยยังมีปัญหาที่ไม่พร้อมกลับ รพช. ที่ประชุมมีความเห็นหากพยาบาล refer ของ รพช. ประเมินผู้ป่วยก่อน refer back แล้วพบว่าลักษณะและอาการผู้ป่วยไม่พร้อมกลับหรือความเห็นของพยาบาลหอผู้ป่วยกับพยาบาล refer ไม่ตรงกัน ขอให้แจ้งศูนย์ refer ในการแก้ไขปัญหา

- การพัฒนาระบบแพทย์ฉุกเฉิน ประเด็นปัญหาจาก EMS และศูนย์สั่งการ

- Case ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ออกมารับแล้วมีการปฏิเสธการรักษา (no resuscitation :NR) ขอให้ทีม advance ของโรงพยาบาลออกปฏิบัติการตามคำสั่งของศูนย์สั่งการและหากประเมิน และให้ข้อมูลการรักษาแล้ว มีการปฏิเสธให้เซ็นต์เอกสารหากไม่ประสงค์มาโรงพยาบาล ไม่แนะนำให้ EMR ออกปฏิบัติการแทน

- การประสานร้องขอ sky doctor ให้ประสาน 1669 หากเป็นไปตาม criteria สามารถร้องขอได้ และกรณีสาธารณสุขสามารถร้องขอได้แต่ต้องดูเรื่องลานจอดที่มีความปลอดภัย หากไม่สามารถลำเลียงได้อาจต้องวางแผนสำรองโดยการให้กู้ภัยลำเลียงมาส่งยังเพื่อเปลี่ยนถ่ายบริเวณที่ปลอดภัย

- การไม่รับ case ของ รพศ.มพล ชี้แจงว่า รพ.ขอให้ดำเนินการตรวจสอบสิทธิ์ที่ 2 (ประกันสุขภาพหลักของผู้ป่วย) นอกเหนือจากสิทธิ์ พรบ. ของผู้ป่วยก่อน เนื่องจากเคยมีประเด็นผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการนำส่งมารักษาที่ รพ. แต่กู้ภัยนำส่งเอง และปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิ์บัตรของ รพศ.มพล ดังนั้นจึงขอตรวจสอบสิทธิก่อน แต่กรณี case resuscitation สามารถรับได้ทุกกรณี

- Case severe HI ที่ บริเวณหน้ามหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ทีมปฏิบัติการ EMS ของ รพศ.มพล ออกรับ มีการ pass ผู้ป่วยมารักษายัง รพศ.ชร พบมีอาการทรุดลงระหว่าง pass ผู้ป่วย จึงขอให้พิจารณานำส่งผู้ป่วยไปยัง รพศ.มพล เพื่อ resuscitation ให้ stable ก่อนจึง refer หรือหากจะ pass ผู้ป่วยมา รพศ.ชร ขอให้ทำการ resuscitation ผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น ใส่ ET-tube มาจากจุดเกิดเหตุโดย ENP หรือ Paramedic

- ติดตามผลการประเมินรับรองหน่วยปฏิบัติการ EMS พบว่ามีความล่าช้าจาก สพฉ. ซึ่งอยู่ในช่วงการอนุมัติ และขอให้หน่วยปฏิบัติการที่อยู่ในระบบ ยื่นขอรับการตรวจประเมินหน่วยปฏิบัติการ หากไม่ยื่นขอรับการตรวจประเมิน จะต้องดำเนินการขอประเมินหน่วยใหม่ ซึ่งใช้ระยะเวลาการรับรองค่อนข้างนาน และจะไม่สามารถออกปฏิบัติการได้

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ


- นำเสนอ SOP แผนสาธารณสุข ขอให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการจัดทำ โดยจะส่งตัวอย่างแผนสาธารณสุขของโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งให้แก่แต่ละโรงพยาบาล


- ข้อมูลของรถพยาบาล และข้อมูลของพนักงานขับรถพยาบาล พบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วน ขอให้ดำเนินการสำรวจใหม่ส่งภายใน 31 สิงหาคม 2567 ตาม link

- ข้อมูลการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ จาก web PHER Plus พบบางโรงพยาบาลข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ขอให้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูล และขอพิจารณาดำเนินการใช้ PHER plus แทนโปรแกรม ISWIN

- นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป วันที่ 24 กันยายน 2567

ปิดประชุมเวลา 16.30 น.

ลงชื่อ  ผู้จัดบันทึกรายงานฯ
(นางสาวนันทกร นนแก้ว)
นักวิชาการสาธารณสุข

ลงชื่อ  ผู้ตรวจรายงานการประชุม
(นายนรินทร์ สุริยนต์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ลงชื่อ  ผู้รับรองรายงานการประชุม
(นายสยามราชย์ พุเจริญกุลยา)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ