

# ประชุมพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน

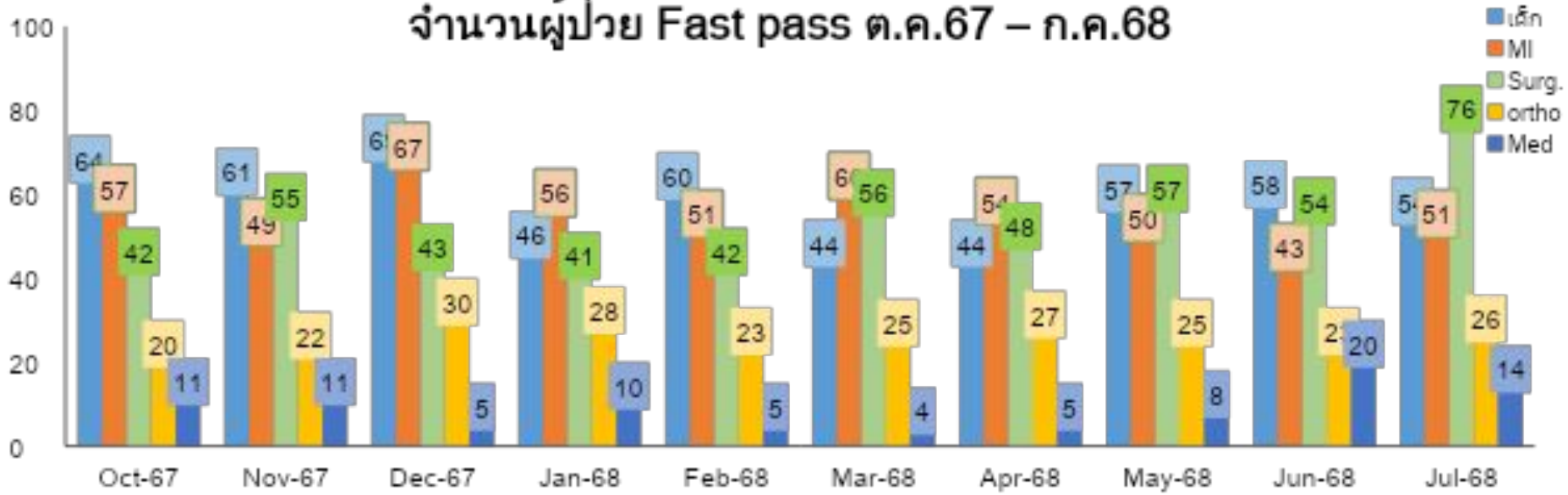
จังหวัดเชียงราย 22/08/68



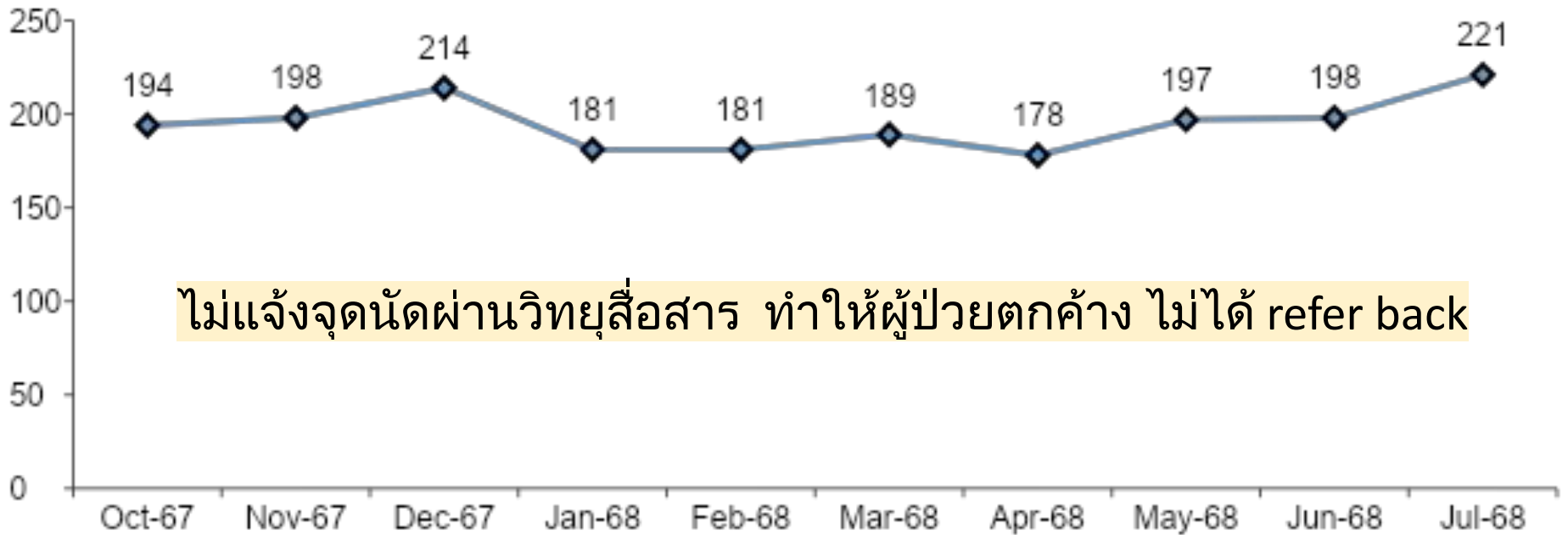
# Fast Pass



# จำนวนผู้ป่วย Fast pass ต.ค.67 – ก.ค.68

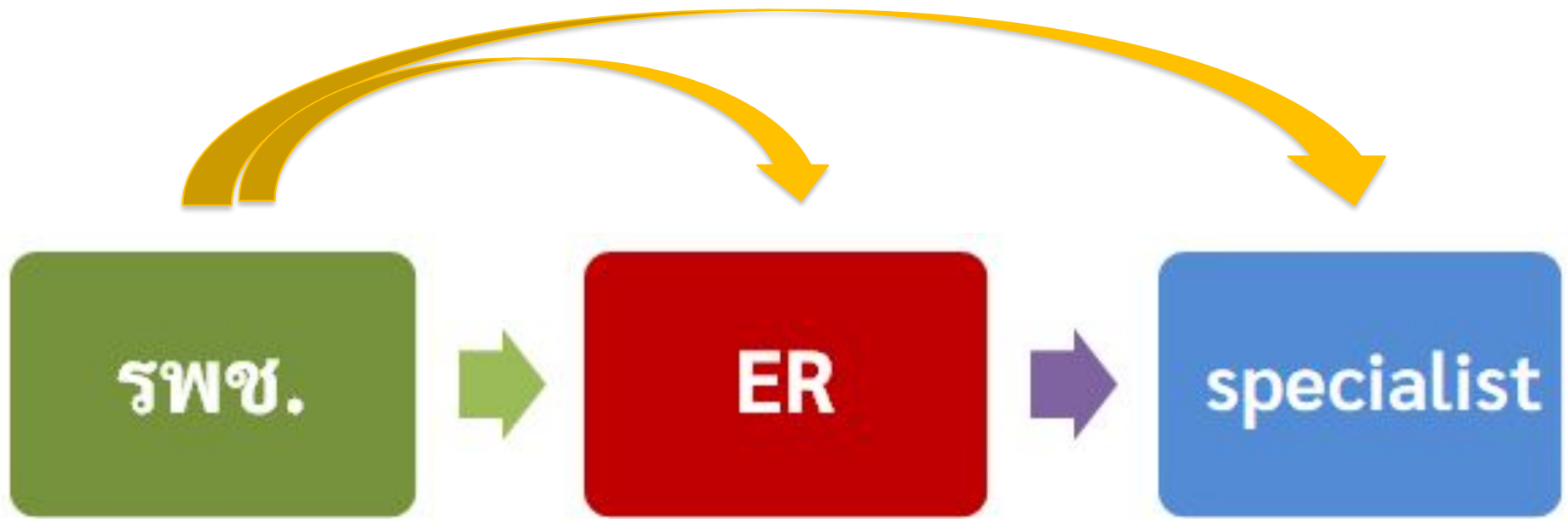


มิ.ย. 68 = 198 ราย ก.ค. 68 = 221 ราย

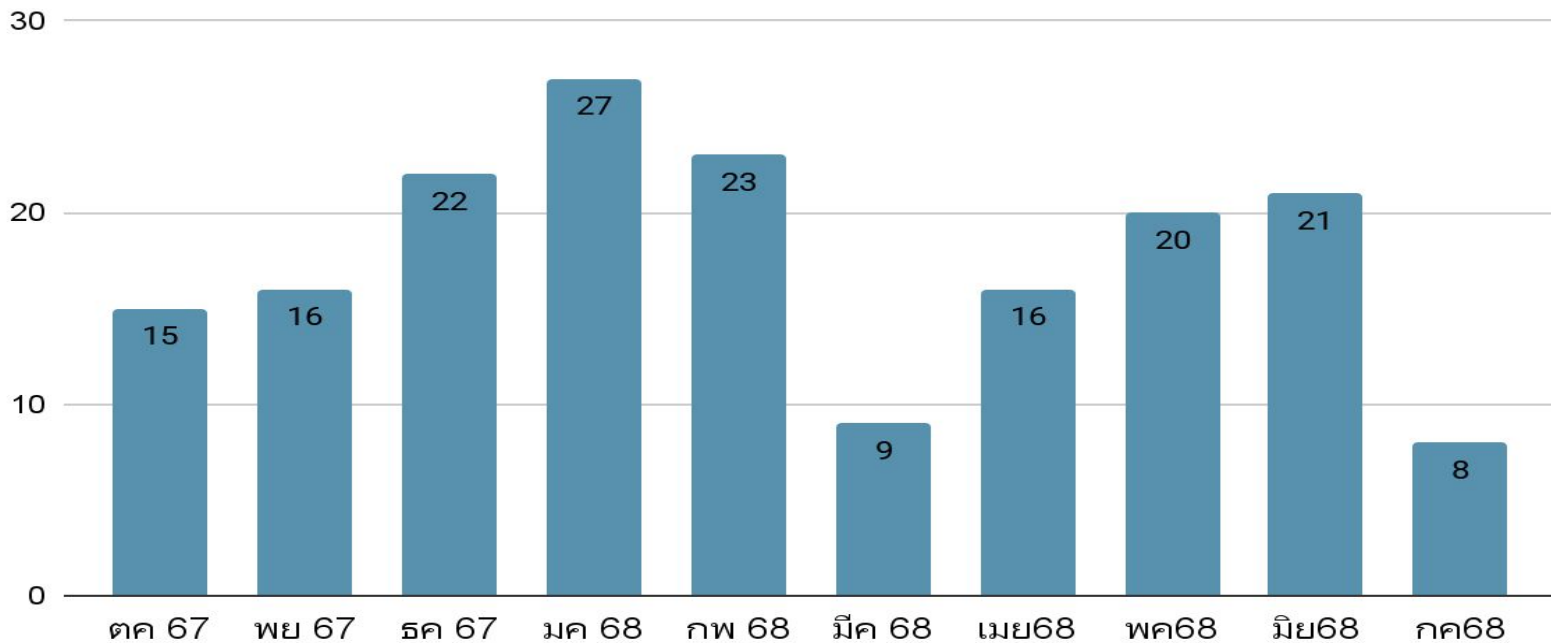


ไม่แจ้งจุดนัดผ่านวิทยุสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยตกค้าง ไม่ได้ refer back

# Refer in

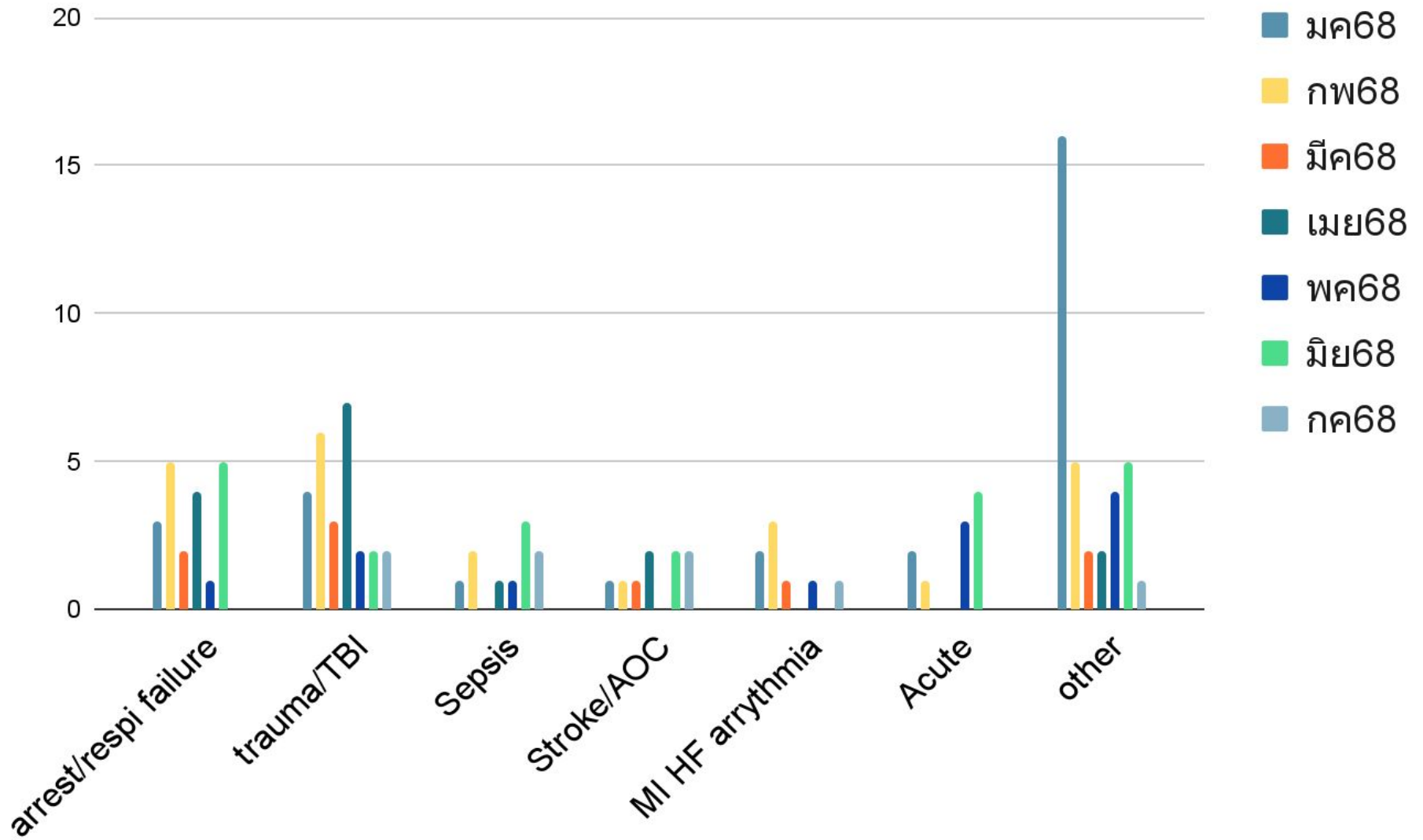


## จำนวนอุบัติเหตุการณ์

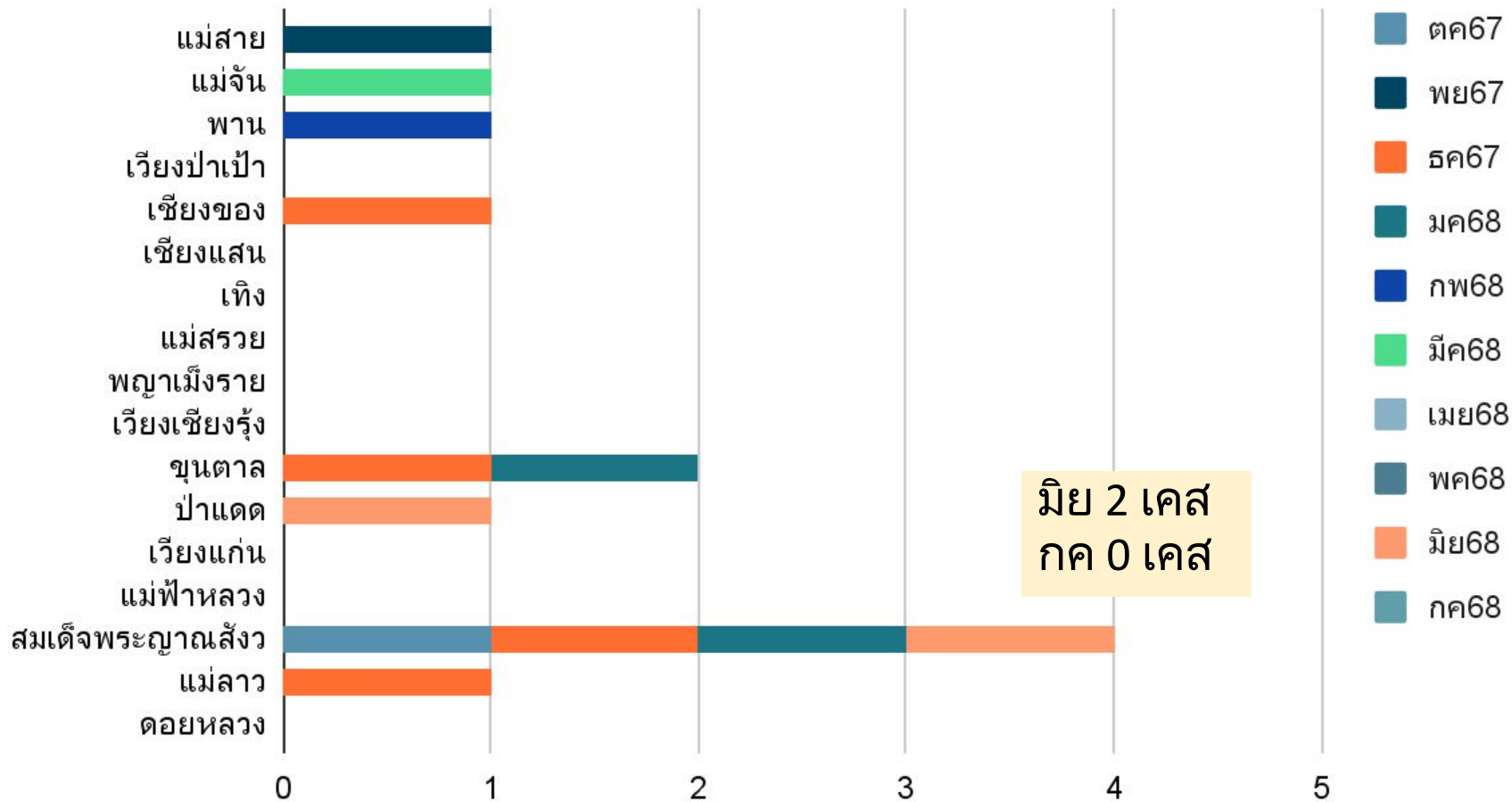


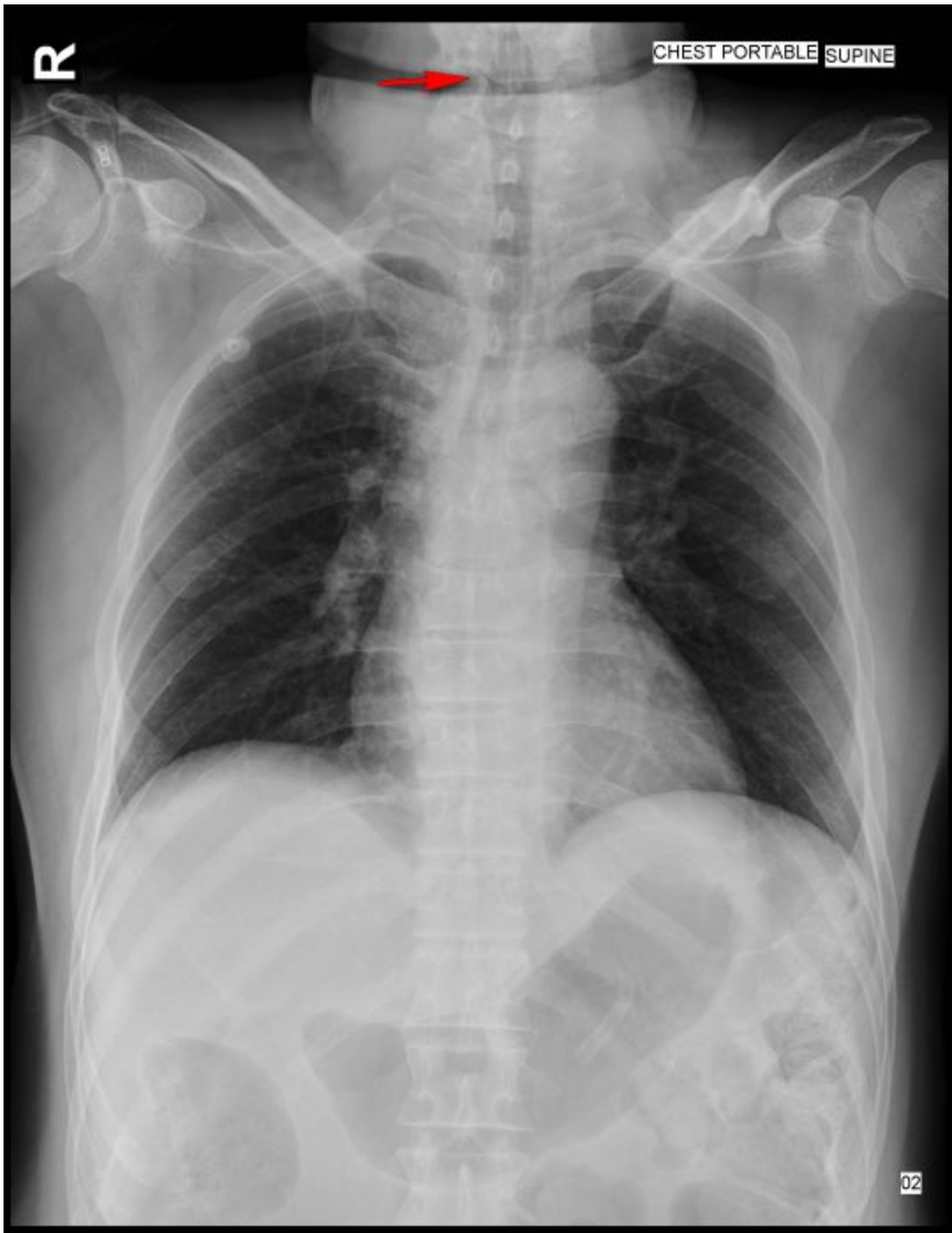
ระดับ	ตค 67	พย 67	ธค 67	มค 68	กพ 68	มีค 68	เมย 68	พค 68	มิย 68	กค 68
A-B	3	2	1	3	7	0	0	3	1	0
C-D	7	10	13	12	10	3	6	9	8	2
E-F	3	3	6	9	6	5	6	7	8	4
G-H	2	1	2	2	0	1	2	1	1	1
I	0	0	0	1	0	0	2	0	3	1

# ความเสี่ยงอุบัติการณ์ แยกตามกลุ่มโรค



# Improper ET tube





# female 33 yr

case TB pneumonia

หายใจเหนื่อย on ET Tube  
ประเด็น

1 ไม่ทำ EKG > EKG STE in  
V2-5

(consult cardio ให้ Rx  
Pneumonia + serial trop i)

2 tube cuff leak มีเสียง  
ออกปาก film ที่ส่งมา เป็น  
CXR ที่ไม่มี Tube

3. ไม่มี lab sepsis





Male 50 yr, unknown U/D

1 hrPTA ตกจากหลังคาสูง 20 m ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ ขาขวามีแผลเปิด ขาขวาผิดรูป เลือดออกหูก 2 ข้าง กรามซ้ายบวม ปวดข้อมือซ้าย BP 141/100, HR 130

LW 10 cm at Rt thigh

refer Dx OFx femur mild head injury (high risk)

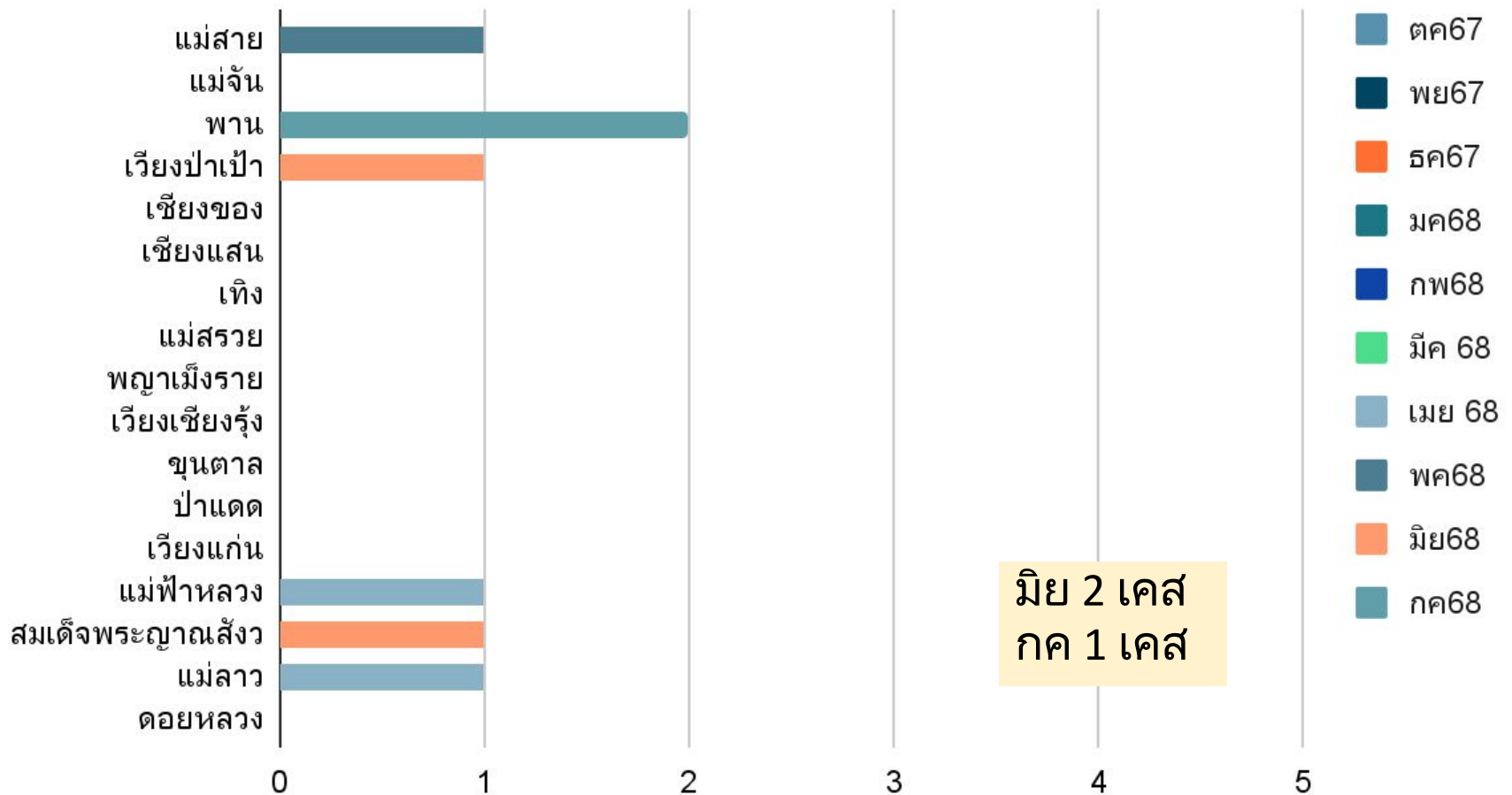
ประเด็น แกร็บ CRH BP 76/46 HR 130

แผลที่ขาซ้าย active bleeding

ข้อเสนอนะ pressure dressing > tourniquet



# Response to deteriorating patient /Undetected cardiac arrest



male 60 year old. UD: ESRD on CAPD, COPD

admit รพช. 06/06/68 ด้วยเรื่องหายใจเหนื่อยชาวม ไอแห้งๆ ไม่มีไข้ Treat as ESRD with Volume overload

วันนี้มีหายใจเหนื่อยมากขึ้น Air hunger Cardiac arrest 4 cycle EKG Asystole

s/p Adrenaline 2 dose, On ETT then ROSC

EKG หลัง Arrest AF with STE at II,III, aVF , STD at V4-V6,

Consult cardio รับ Primary PCI

มี cardiac arrest ระหว่างส่งต่อ CPR มา

at ER CRH EKG VF

ประเด็น ไม่ได้ Pad ระหว่าง transfer ไม่ได้ Defib

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วย STEMI หรือ post arrest ติด Pace pad ระหว่างนำส่ง เมื่อเกิด arrest ชั่ว เปิด AED mode

Male 73 yr, U/D HT, DM (A1C 5.8), DLP, CKD stage III B  
Hx smoking 30 yr (เลิกมา 20 yr) มีนัด DM clinic 27/5/68  
# R/O COPD AE > Restrictive lung disease  
PFT: FEV1/FVC 99%, FEV1 79%

Known case

# CA Cecum with multiple PANs metastasis

# Rt hilar metastasis with obstructive atelectasis

Patho cecum : malignant lesion

Patho transverse colon : Tubular adenoma, low grade dysplasia

Sigmoid : Tubular adenoma

> F/U CRH - รอ Tumor conference F/U 14/7/68

# HCMC anemia from chronic GI blood loss

1 hr PTA 30 นาที ก่อนมา ญาติให้ประวัติว่า ผู้ป่วย หายใจเหนื่อย หายใจไม่ออก เรียกไม่รู้สีกตัว  
ไม่มีไข้ ไม่มีถ่ายเป็นเลือด ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด

Vital sign:

Temp. 0 C, HR 0, PR 0 bpm, RR 10 bpm, BP 114/67 mmHg. O2 % (วัดค่าเมื่อ 25 มิ.ย. 2025 23:40)

การตรวจร่างกาย (PE):

at ER sat 56% air hunger

๒๓.๑๘ /> on ETT 7.5 mask 22 mass at anterior neck suspected tumor

PE mark pale conjunctivae

ABD : soft

EXT : pulse 1+ CRT > 2 sec

### 3) ผลการตรวจขั้นสุด

CXR : LT lung infiltration proper ETT

### 4) การวินิจฉัยเบื้องต้น

LT lung pneumonia ARF, CA cecum, lung atelectasis

### 5) การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว

คุยกับญาติผู้ป่วยต้องการใส่ ETT ,no CPR เนื่องจากยังไม่ทราบระยะมะเร็ง

๒๓.๑๘ / พยาธิวิทยาที่ทราบระยะ : CA ช่วง pleura ที่ CMT ทดสอบ ๒ ครั้ง CTT ครึ่งก่อน  
BP 95/45 load 1000 ml then rate 100 ml/hr

CXR : LL infiltration

รพช ไม่มีเลือดออกเฉิน ๒๓.๕๕, ๒๓.๕๕

๒๓.๕๕ / ceftriaxone 2 g IV H/C, on foley cath, do NG  
refer CRH ๒๓.๕๕ ๒๓.๕๕

๒๓.๕๕ / Blood Lactate = 10.8 , DTX : 196 mg/l , swab ATU for Flu A,B, Covid = negative.

### 6) สาเหตุที่ส่ง

เพื่อการวินิจฉัยและรักษา

at ER CRH แรก รับคำสั่งชีพจรไม่ได้ EKG asystole > death  
ประเด็น ไม่ monitor ETCO2 detect arrest ไม่ได้  
ข้อเสนอ monitor ETCO2 ผู้ป่วย on ET tube

# female 69 yr

## 1) ประวัติการป่วยในอดีตและประวัติครอบครัว

U/D thyrotoxicosis loss F/U last on MMI 3x1, TFT hyperthyroid

## 2) ประวัติในการป่วยปัจจุบัน

3 ชม.ก่อนมารพ.ให้ประวัติ ตื่นนอนมาแล้วหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หนุนหมอน 3 ใบ ปัสสาวะออกดี ขา 2 ข้างบวม ไม่มีไข้ EMS ออกรับ

### Vital sign:

Temp. 36.8 C, HR 0, PR 146 bpm, RR 403 bpm, BP 100/60 mmHg. O2 % (วัดค่าเมื่อ 15 ก.ค. 2568 09:07)

### การตรวจร่างกาย (PE):

V/S tachycardia

RS fine crep BLL

Ext pitting edema 1+ BL

Neuro E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, motor gr5 all, agitated

## 3) ผลการตรวจขั้นสูง

EKG 12 leads AF c RVR rate 200-220

Film cardiomegaly, cephalization BL, blunt Rt CVA

Burch-Wartofsky score 70

## 4) การวินิจฉัยเบื้องต้น

CHF

## 5) การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว

valium 10 mg IV x 2 dose

on ETT no 6.0, mark 20

synchronized cardioversion 150 J x 3 dose > still AF c RVR rate 200

consult suggest amiodarone 150 mg IV > AF rate 140-160 then 900 mg IV drip in 24 hr

lasix 40 mg IV

## ประเด็น

1. ไม่ได้เริ่มการรักษา Thyroid storm มีการประเมิน burch wartofsky =70 และ ผล TFT ออกแล้ว

2. improper response to deteriorating patient > ระหว่าง refer มีอ่อนแรงซีกซ้าย พยาบาลรีเฟอ ไม่ได้ activate stroke FT ไม่แจ้งศูนย์รีเฟอ

3. ญาติเสียค่าใช้จ่ายผู้ป่วยมีเงิน และของมีค่า ไม่ได้บันทึกมา

## ข้อเสนอแนะ

1. เริ่ม start PTU

2. แจ้งศูนย์รีเฟอ activate stroke FT

3. บันทึกทรัพย์สินผู้ป่วย

# male 74 yr

## 1) ประวัติการป่วยในอดีตและประวัติครอบครัว

U/D HT Gout AF DCM on warfarin,CKD Stage 3

- Last admit MFH (8-10/6/68) Dx Mallory-weiss tear + gastritis S/PEGD + adrenaline injection 8/6/68 , Anemia S/P Blood transfusion.PRC 3 U Hct 26 %

Plan เดิม : Restart WFR 7 mg/week then F/U INR, CBC รพช 1 week , ก่อน D/C no active bleeding

- Last Visit ER รพช. (18/6/68) Dx # Hypovolumic hypotension # Hyponatremia (asymptomatic) >> Advice admit รพ. + แจ้งเรื่องความเสี่ยง หากไม่นอนรพ. มีโอกาส อาการแยกลง >> ผู้ป่วยปฏิเสธ

## 2) ประวัติในการป่วยปัจจุบัน

วันนี้มาตามนัด ตรวจ PT/INR ขณะรอตรวจ เรียกไม่รู้สีกตัว

คลำ pulse ไม่ได้

>> CPR 1 cycle >> คลำ pulse ได้ tachycardia 150-160 bpm >> on ETT no 7.5 mark 20

- DTX 61 mg % >> 50% glucose 50 ml x 1 dose >> DTX 121 mg %

- IV NSS 1000 free flow

- EKG Sinus tachycardia rate 150-160 bpm. no ST-T change

- at 10.25 น.EKG monitor monomorphic VT rate 170 bpm >> Sync 100 J >> turn AF with MVR rate 80 bpm

- หลังจากนั้นผู้ป่วยตื่น ทำตามสั่ง E4VTM6 , pupil 3 mm RTLBE BP 120/64 MAP 63, SpO2 100 % on PCV ET >> 11.04 น EKG 12 leads AF with RVR rate 150 ml >> Amiodarone 150 mg IV load the 900 mg IV drip in 24 hr + monitor EKG



### 3) ผลการตรวจขั้นสุด

Echo EF 30 % , +- LV thrombus seen , no pericardial effusion seen

U/S IVC min 1.43, max 2.27 % distend 58 %

CXR DCM , ETT proper position , no pneumothorax

LAB ดังแนบ K 6.86, Na 121.6, CO2 10.9 , Cr 2.84 (BL 1.42), (รพช. ไม่มี LAB blood gas)

INR 8.58, HCT 26 % , platelet 185,000

### 4) การวินิจฉัยเบื้องต้น

Cardiac arrest

\* Post Cardiac arrest suspected hypovolemia, hyperkalemia, acidosis

\* Hyponatremia

\* Anemia of chronic disease

### 5) การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว

Management

\* v/d HT, Gout, AF, DCM on warfarin, CKD 3

19.20 / Vit K 10 mg IV stat

- RI 10 U sc + 50% glucose 50 ml stat >> DTX 300 mg %

19.28 / Kalimate 1 dose

11.14 - IV hydration

19.27 - NaHCO3 1 amp IV stat

19.35 / Amiodarone 150 mg IV load the 900 mg IV drip in 24 hr + monitor EKG

on foley catheter , on NG tube

## ประเด็น

1. ไม่มี strip EKG ที่เป็น VT แนบมา
2. ไม่ได้ consult cardio
3. on ET tube ใส่ NG ต่อลง bag แต่ปิดสายไว้

Female 66 yr UD : HT, DM, DLP, CA breast S/P sx + RT, CKD3

ยาเดิม

- AmlodIPINE 5 mg TAB   วิธีใช้ : 1 OR1 BID 2PC
- Furosemide 40 mg TAB   วิธีใช้ : 1 OR1 OD 1PC
- Aspart Insulin           วิธีใช้ : 8 - 0 - 6 SC AC
- Omeprazole 20 mg CAP   วิธีใช้ : 1 X 1AC
- LoraZepam 1 mg TAB   วิธีใช้ : 1X1HS INSOM
- SIMVAStatin 20 mg TAB   วิธีใช้ : 1 X 1HS

present with

4 d ล้มกระแทกพื้น ปวดบวมที่เข่าขวา  
2 d ไข้ หายใจเหนื่อย ไม่มีไอ ไม่มีน้ำมูก

O : BP 101/54 RR 30

Heart: regular

Lung: crepitation both lung

Ext: swelling at rt knee, limit ROM due to pain , redness

Film Rt.knee: not seen fracture

meropenam 1g @ 8hr (22.00น.)

Hydrocortisone 100 mg @ (2-30)

#### 4) การวินิจฉัยเบื้องต้น

cellulitis with septic shock, ADHF with ARF, AKI on top CKD

#### 5) การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว

EKG 12 Lead #1

การดูดเสมหะจากท่อหลอดลม #1

การสวนปัสสาวะคาสาย #1

การใส่ท่อหลอดลมคอไม่รวมท่อ #1

การใส่สายยางกระเพาะอาหาร #1

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ(ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน) #1

#### 6) สาเหตุที่ส่ง

เกินศักยภาพ เพื่อวินิจฉัย/รักษา



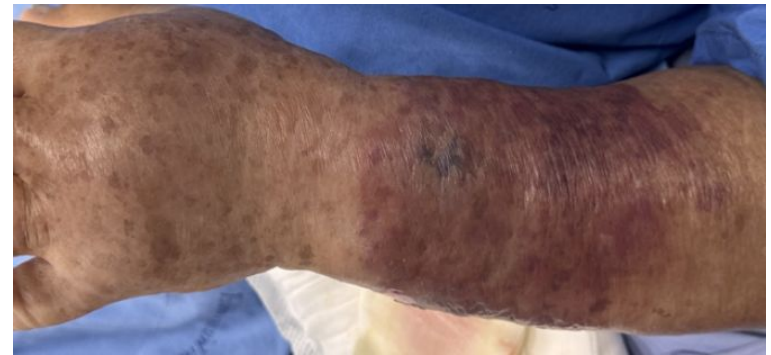
miss dx NF เมื่อแกะ slab ออก พบ bleb ที่ขา ด้าน anterior (คนละด้านกับ slab) ไม่ได้ consult Sx

# female 79 yr

case refer Cellulitis with septic shock

ประเด็น

1. Miss Dx NF แผลที่แขนมี bleb ไม่ได้ consult Sx
2. ก้อนที่ปิดแผล ปิดไม่มิด ทำให้พลาสเตอร์บางส่วนติดบน bleb ตอนเปิดแผล ทำให้ bleb ถูก unroof



# female 72 yr

## 2) ประวัติในการป่วยปัจจุบัน

CASE COPD AF 2 วันก่อนมารพ. ถูกไม้แทงที่ขาขวา มีแผล ไม่ได้ไปรักษาที่ได้ 1 hr. ไข้สูงหายใจเหนื่อยหอบ ฟันยาฉุกเดินแล้วอาการไม่ทุเลาลงจึงมารพ.

### Vital sign:

Temp. 37.8 C, HR 90, PR 90 bpm, RR 36 bpm, BP 95/56 mmHg. O2 91% (วัดค่าเมื่อ 14 ก.ค. 2025 13:53)

### การตรวจร่างกาย (PE):

Lungs: Wheezing and Crepitation both lungs

Ext: Cellulitis Rt.leg with hemorrhagic bleb

## 3) ผลการตรวจขั้นสุด

-

## 4) การวินิจฉัยเบื้องต้น

Cellulitis with septic shock

COPD with AE

miss dx NF



# male 29 yr

## 2) ประวัติในการป่วยปัจจุบัน

25 นาทีก่อนมา ขณะตัดหญ้า เหล็กกระเด็นใส่เท้า เหล็กปักเท้าขวา เดินไม่ได้ กรดกเท้าไม่ได้ Dt 0 ไม่ได้  
ไม่ได้รักษาที่โรงพยาบาลนำส่ง

### Vital sign:

Temp. 36.8 C, HR 0, PR 108 bpm, RR 20 bpm, BP 144/98 mmHg. O2 % (วัดค่าเมื่อ 21 มิ.ย. 2568 17:30)

### การตรวจร่างกาย (PE):

MSK retained FB at Rt foot, limited ROM, DPA 2+

## 3) ผลการตรวจชั้นสูตร

Film seen retained FB deep to bone

## 4) การวินิจฉัยเบื้องต้น





ประเด็น FB ไม่เข้ากระดูก ติดอยู่ที่soft tissue บริเวณฝ่าเท้า ควร consult Sx ที่ รพช เพื่อ remove FB  
ข้อเสนอแนะ film foot lateral เพื่อดูแนว FB

# female 85 yr

## 1) ประวัติการป่วยในอดีตและประวัติครอบครัว

โรคประจำตัว :

DLP :

HT :

## 2) ประวัติในการป่วยปัจจุบัน

DEPARTMENT : แผนก ER (อุบัติเหตุและฉุกเฉิน)

Chief Complaint : ซึม อ่อนแรงแขนขวาขวา บวมโน้ตึรชช 20 minPTA

Current illness : นำส่ง

ญาติให้ประวัติว่า

09.20 น. นิ่งบนเก้าอี้ ตกเก้าอี้ สึรชชกระแทก บวมโน้ตึรชชซ้าย แผลหนังเปิดนิ้วโป้งมือซ้าย ไม่พูด ไม่ตอบสนอง ก่อนหน้านีช่วยเหลือตัวเอง ลูกกวาดบ้านได้ปกติ

DTX 96 mg%

at scene อ่อนแรงแขนขวา

Presend illness : นำส่ง

ญาติให้ประวัติว่า

09.20 น. นิ่งบนเก้าอี้ ตกเก้าอี้ สึรชชกระแทก บวมโน้ตึรชชซ้าย แผลหนังเปิดนิ้วโป้งมือซ้าย หลังล้มซึมลงไม่พูด

DTX 96 mg%

at screen อ่อนแรงแขนขวา

การตรวจร่างกาย (PE):

Cardiovascular :normal s1s2

Extremities :no edema

General General Appearance :confusion

HEENT :not pale conjunctiva, anicteric sclera, contusion at Rt parietal area 3

Neurological :E3V1M4, pupil 3 mm RTLBE, eye deviation to Lt, motor power

## 3) ผลการตรวจขั้นสุด

PT (INR) / วันที่รายงานผล: 2025-07-21, 10:36:35

INR : 1.03

PT : 11.1 Second

CBC / วันที่รายงานผล: 2025-07-21, 10:13:18

RDW : 14.7 %

RBC Morphology : Normochromic Normocytic RBC

Basophil : 0.6 %

Eosinophil : 0.6 %

Monocyte : 7.6 %

Lymphocyte : 30.3 %

Neutrophil : 60.9 %

Platelets Count : 204000 cells/cu.mm

Platelet Smear : Adequate

MCHC : 33 g/dL

MCH : 29 pg

MCV : 88 fl

Hct : 37.0 %

Hb : 12.3 g/dL

Red Cell Count : 4.2 10<sup>6</sup>/uL

White Cell Count : 7480 cells/cu.mm

PTT / วันที่รายงานผล: 2025-07-21, 10:36:35

PTT Ratio : 0.99

APTT : 24.8 Second

## 4) การวินิจฉัยเบื้องต้น

Stroke (I64 :Stroke, not specified as haemorrhage or infarction)

0.9% SODIUM CHLORIDE INJ 100 ML 1 bag ผสมยา (Diluted solution) 1 Bag  
0.9% SODIUM CHLORIDE INJ 100 ML 1 bag ผสมยา (Diluted solution) 5 mL/1  
0.9% SODIUM CHLORIDE INJ 50 ML 1 bag ผสมยา (Diluted solution)  
0.9% SODIUM CHLORIDE INJ 50 ML -1 bag ผสมยา (Diluted solution)  
Alcohol pad 1 pcs

ALTEPLASE INJ 50 MG [HAD] 1 vial ผิดตามแพทย์สั่ง 44.1 มิลลิกรัม

ALTEPLASE INJ 50 MG [HAD] -1 vial ผิดตามแพทย์สั่ง 44.1 มิลลิกรัม

Bacteria Virus Filter (HEPASHIELD) 1 ea

BUN 1 time

CBC 1 time

Chest AP 1 time

Chest AP Portable 1 time

Creatinine 1 time

CT Brain Without Contrast 1 time

EKG monitor 1 time

Electrolyte 1 time

Endotracheal Tube No.7.5 cuff 1 pcs

ETOMIDATE INJ 2 MG/ML (10 ML) 1 amp IV slow push 1-2 mg/min 10 มิลลิ

EXTENSION T CONNECTOR 1 pcs

Extension Tube No.18 (สายให้น้ำเกลือ) 2 line

Film dressing IV 6x8 CM 1 ea

Foley Catheter 2 way No.14 1 line

Glucose (DTX) 1 time

HIV Ag/Ab (ECLIA) 1 time

Infusion Set 1 ea

Infusion Set 3 ea

IV Catheter No.20 2 pcs

KY-Lolly ขนาด 5 ลิ้ม 1 sac

MANNITOL INJ 20% (250 ML) 1 bot IV infusion 30-60 min 1 ชุด

NG Tube No.16 1 line

niCARDipine HCL INJ 10 MG/10 ML (10 ML) 2 amp niCARDipine 20 ml (+NS

Oral airway No.4 90mm. 1 AUN

PHENYTOIN INJ 250 MG/5 ML (5 ML) 2 vial IV infusion (+NSS only Max con

นาที่ (<50 mg/min) ครึ่งลิตร 500 มิลลิกรัม

PT (INR) 1 time

PTT 1 time

Sterile Glove # 6.5 (White) 1 pa

Syringe 10 ml. 1 pcs

Three-way Stopcock 1 ea

Urine Analysis 1 time

Urine Bag 2L 1 bag

การใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ (Infusion pump) 1 time

การสวนปัสสาวะคาสาย 1 time

การใส่ท่อหลอดลมคอ (Intubation/ไม่รวมท่อ) 1 time

การใส่สายยางกระเพาะอาหาร 1 time

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน) 1 time

ค่าเครื่องช่วยหายใจ - Pressure control respirator 1 time

ค่าบริการผู้ป่วยนอก (ในเวลา) 1 time

ค่าบริการสถานพยาบาล-Hospital Charge (ในเวลา) 1 time

ค่าพาหนะในการรับส่งต่อ (ค่าพาหนะ) 1 time

ชุดให้ความชื้นระบบปิดพร้อมหัวต่อ (Aquapak Sterile Water) 1 set

ถุงบรรจุอาหารเหลว 1 BAI

6) สาเหตุที่ส่ง  
for Sx

7) รายละเอียดอื่นๆ ที่แนบมา  
in ETT No.7.5 depth 22 cm

8) สิทธิการรักษา  
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเว้นการรวมจ่ายค่าบริการ 30 บาท)  
เลขที่ N775716544964

หมายเหตุ

\*\*เอกสารนี้ใช้ได้ตั้งแต่ วันที่ 21 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568 CID: 3570101231032

\*\*กรณี print เอกสารออกจากระบบ ควรมีการเซ็นเอกสารเพื่อรับรองสำเนาทุกครั้ง

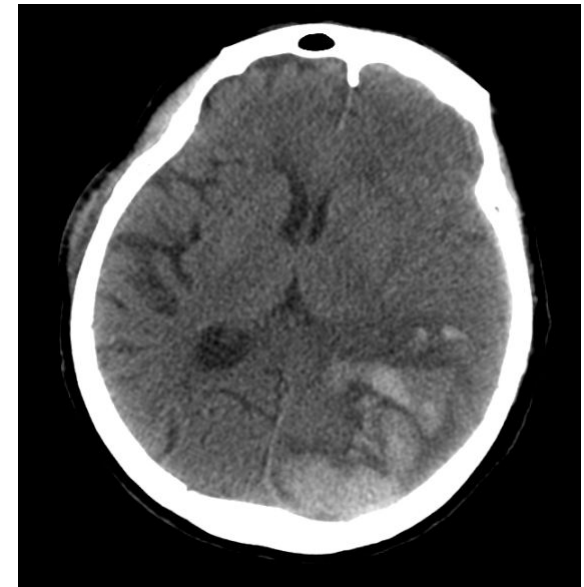
# female 85 yr

## ประเด็น

1. ไม่บันทึกการตรวจร่างกาย C spine ไม่ on collar ไม่ CT C spine ผู้ป่วยซึม ไม่สามารถ R/O C spine injury ได้
2. ไม่บันทึกผล CT brain
3. Dx ในใบส่งตัว กำกวม ไม่ระบุว่าเป็น hemorrhage หรือ infarction
4. ช่องการรักษา มีข้อมูลจำนวนมากที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นการคิดค่าหัตถการและค่าใช้จ่าย มียาที่ไม่สัมพันธ์กับอาการผู้ป่วย
5. เมื่อตามผล CT official มีบันทึกว่า เป็น AF on anticoagulant ซึ่งไม่มีบันทึกในใบส่งตัว

## ข้อเสนอแนะ

1. ควร CT C spine เนื่องจากประวัติ trauma ผู้ป่วยซึม
2. บันทึกผล CT brain และวินิจฉัยให้จำเพาะ
3. บันทึกการรักษาเฉพาะข้อมูลที่สำคัญ
4. ส่งข้อมูลโรคประจำตัวและ ประวัติ on anticoagulant เพื่อให้ Vit K FFP



## **EMERGENCY CT BRAIN**

**TECHNIQUE:** Plain cranial scan was performed from base of skull to vertex with image reconstruction.

**CLINICAL INFORMATION:** A case with underlying AF with severe tricuspid regurgitation, presented with mild head injury and high risk due to on anticoagulant. Physical examination showed GCS of E4V5M6, contusion at left scalp and motor power grade V for all extremities. For evaluation of intracerebral hemorrhage.

**COMPARISON:** None

**FINDINGS: \*\*\*Limited evaluation of base of skull due to beam hardening artifact\*\*\***

- Heterogeneous hyper-hypodense lesions of intraparenchymal hemorrhage in the left parietotemporo-occipital lobes, overall size about 7.4x4.7x5.3 cm with surrounding vasogenic brain edema and effacement of adjacent cortical sulci.
- Acute subdural hemorrhage (SDH) along left tentorium cerebelli and left cerebral hemisphere, size up to 6 mm in thickness at left frontal region.

These lesions cause mass effect to compress left temporal and occipital horns of left lateral ventricle, adjacent cortices and sulci with 5-mm rightward midline shifting.

- A few small ill-defined hypodense lesions involving bilateral external capsules, probably lacunar infarction or dilated VR spaces.
- Early confluent patchy hypodense lesions involving subcortical and deep periventricular white matter of frontal and occipital horns of bilateral cerebral hemispheres represent mild to moderate degree of white matter change.
- Normal attenuation of the remaining brain parenchyma. No recent large artery territorial infarction.
- Proportional dilatation of the ventricular system, cisterns and cortical sulci, representing diffuse brain atrophy.
- Cerebral atherosclerosis with thick calcified plaques along bilateral supraclinoid and cavernous ICAs including both V4 VAs.
- The PNSs and bilateral mastoid air cells are unremarkable.
- The bony structures are intact. No gross recent fracture or dislocation.
- Both orbits are intact. Bilateral senile calcified plaques at anterior sclerae are noted.

## **IMPRESSION:**

- Acute intraparenchymal hemorrhage in left parietotemporo-occipital lobes, overall size about 7.4x4.7x5.3 cm.
- Acute thin subdural hemorrhage along left tentorium cerebelli and left cerebral hemisphere, size up to 6 mm as described.
- 5-mm rightward midline shift and compression to temporal and occipital horns of left lateral ventricle.

# HNA STEMI : KPI

KPI	เป้าหมาย	ผู้เก็บข้อมูล
อัตรา undertriage ในผู้ป่วย STEMI คำนวณ : ผู้ป่วย STEMI ที่ undertriage/ผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด *100	< 5 %	ER
อัตรา undertriage (รวม) การเก็บข้อมูล audit > 5% ของ ER visit triage ทุก level	< 5 %	ER
อัตรา door to EKG $\leq$ 10 min	$\geq$ 80 %	Center
อัตรา diagnosis time $\leq$ 10 min (EKG to consult)	$\geq$ 60 %	Center
อัตรา Miss diagnosis	< 10 %	Center
อัตรา decision to drug time $\leq$ 20 min	$\geq$ 80 %	Center
อัตรา diagnosis to needle time $\leq$ 30 min	$\geq$ 60 %	Center
อัตรา decision to door out time $\leq$ 30 min	$\geq$ 50 %	Center
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วย STEMI ก่อนได้รับ reperfusion therapy (มี ECG 12 leads ยืนยัน)		ER



Criteria admit observe in Head injury patient ใน รพ.ช และ โรงพยาบาล  
เชียงใหม่ที่มี CT brain (โดยต้อง Consult Neuro sx or Intern specialty)

- GCS  $\geq 14$  ,pupil no anisocoria (GCS 14 ในกรณี E3) ,at ER GCS  $\leq 14$  from HX alcohol drinking ,sedated for CT -> observe 2 hr-> then GCS  $\geq 14$ (GCS 14 ในกรณี E3)
- คนไข้ไม่มีมีโรคประจำตัวที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ กินยาที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น ASA,WFN,Clopidogrel เป็นต้น

CT brain NC emergency ที่สามารถ Admit  
observe

- Hx head injury,loss of consciousness but CT brain negative
- Skull fractured :Linear non displaced (closed or opened),depress skull fractured < 1 cortex,no CSF leakage and brain content
- Pneumocephalus : MLS < 5 mm,max thick < 1 cm
- Xray official reported : Suspected,cloud be hematoma ,artifact
- SDH : falx anterior or posterior,tentorial ,convexity max thick < 3 mm
- EDH : temporal tip, max thick < 5 mm
- SAH : cortical sulci,gyri
- No Midline Shift

- GCS  $\geq 14$  ,pupil no anisocoria (GCS 14 ในกรณี E3) ,at ER GCS  $\leq 14$  from HX alcohol drinking ,sedated for CT -> observe 2 hr-> then GCS  $\geq 14$ (GCS 14 ในกรณี E3)
- คนไข้ไม่มีมีโรคประจำตัวที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ กินยาที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น ASA,WFN,Clopidogrel เป็นต้น

- Hx head injury,loss of consciousness but CT brain negative
- Skull fractured :Linear non displaced (closed or opened),depress skull fractured < 1 cortex,no CSF leakage and brain content
- Pneumocephalus : MLS < 5 mm,max thick < 1 cm
- Xray official reported : Suspected,cloud be hematoma ,artifact
- SDH : falx anterior or posterior,tentorial ,convexity max thick < 3 mm
- EDH : temporal tip, max thick < 5 mm
- SAH : cortical sulci,gyri
- No Midline Shift

### Progress note

Text Image

Admit Observe Neuro sign 1/15/2024 CT scan

\*ကလေး

-ကလေး 1/15/2024 SAH,SDH at falx cerebelli or tentorium cerebelli

### Order for one day

Note Lab Xray Rx Fluid Set OR Consult Appoint

#### Order note :

- Admit ward
- EKG 12 leads
- DTX q 6 hr keep 80-180 mg%
- on oxygen Canular/ventilator support keep SatO2 > 95%

#### Lab :

- 20/08/2568 - 13.00

- BUN
- Creatinine
- Calcium
- Electrolyte
- Magnesium
- Phosphorus(PO4)
- CBC
- PT with INR (PROTHROMBIN TIME)

#### X-ray :

- Chest Portable - 20/08/2568 - 18.34

#### IV Fluid :

- NSS (I.V.) 1000 ML 1000 mL IV infusion 80 ml/hr

#### Rx. :

MORPHINE INJ 10 MG/ML(NO)

4 mg iv prn q 6 hr

PHENYTOIN INJ 250 MG/5 ML VIAL

1000 mg iv drip in 30 min

### Order for continue

Note Lab Rx Fluid Food

#### Order Note

- NPO
- record V/S,I/O,Neuro sign
- စာမိနစ် 30 စာမိနစ်

#### Rx. :

OMEPRAZOLE INJ,40 MG(LOSEC L)

IV 40 mg 3ရက်

PHENYTOIN INJ 250 MG/5 ML VIAL

IV 100 mg ၇၈ ၈ ရက်

## Day 2

### Order for one day

Note Lab Xray Rx. Fluid Set OR Consult Appoint

#### Order note :

- D/C
- F/U 1 mo at OPD swช
- Advised อาการที่ต้องมา sw. เช่น ปวดหัวมากขึ้น อ่อนแรง ชัก อาเจียน เป็นต้น แนะนำมีคนคอยสังเกตอาการผู้ป่วย

#### Home medication :

PHENYTOIN CAP,100 MG.(DILANTIN L) #3 CAP

รับประทานครั้งละ 3 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอนตอนกลางคืน ,x 7 days

PARACETAMOL TAB, 500 MG. #4 TAB

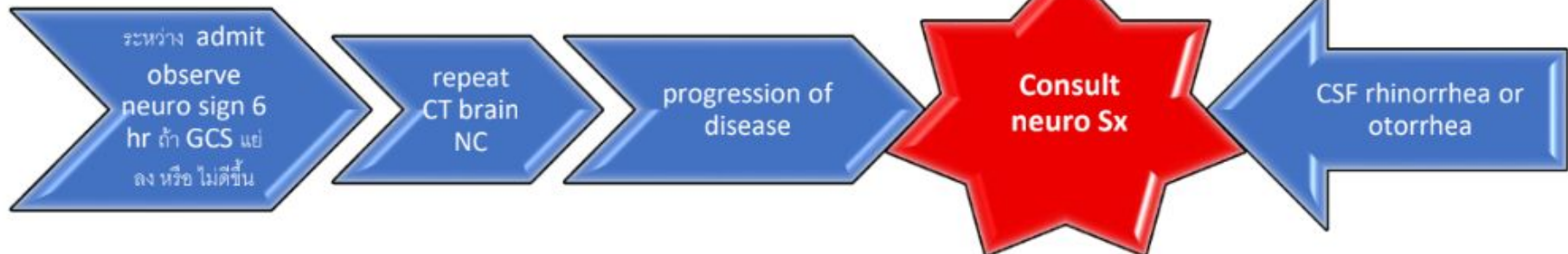
รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือมีไข้

VIT B COMPLEX TAB #1.00 TAB

รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น

FOLIC ACID TAB,5 MG #1 TAB

รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า



# ขอความร่วมมือ

- ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ลับสน ไม่มีญาติ ขอให้ >> **บันทึกทรัพย์สิน** ผู้ป่วยก่อนส่งต่อ >> พยาบาล รีเฟอ มาส่งเคสใน ER และร่วมกัน บันทึกทรัพย์สินคนไข้  
ข้อเสนอ > เก็บทรัพย์สินที่ รพช.
- ขอตรวจสอบการส่ง imagine x-ray CT ก่อน refer พบมีความยุ่งยากในการตาม ส่วนใหญ่เป็น ward
- เชคสิทธิ์ก่อนส่งต่อ

# ขอความร่วมมือ

- การเตรียม fast track ขอทำตาม guideline เช่น NG Foley on MDC no 18. และนำญาติมาพร้อมกัน
- case LGIH ได้ NG lavageแล้ว ไม่ต้อง Off
- case ที่ให้ ABO ขอให้บันทึกเวลาให้ยา กรณีไม่ได้ septic w/u (H/C) ให้บันทึกและส่งเวรด้วย

# Moph refer

## refer ไป OPD > เลือกผู้ป่วยทั่วไป

## refer ไป ER เลือก **ผู้ป่วยอุบัติเหตุ** หรือ **ผู้ป่วยฉุกเฉิน**

### < สร้างแบบฟอร์มส่งผู้ป่วย

* คำนำหน้าชื่อ เลือกคำนำหน้าชื่อ	* ชื่อ ระบุชื่อ	* นามสกุล ระบุนามสกุล	* เพศ เลือกเพศ
* เลขบัตรประชาชน ระบุเลขบัตรประชาชน	* วัน/เดือน/ปีเกิด เลือกวันเดือนปีเกิด	รหัสผู้ป่วย (HN) ระบุรหัสผู้ป่วย	เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย ระบุเบอร์โทรศัพท์
* ผู้ป่วย OPD หรือ IPD เลือก IPD หรือ OPD	* ประเภทผู้ป่วย เลือกประเภทผู้ป่วย กรุณาเลือกประเภทผู้ป่วย	* ประเภทผู้ป่วย เลือกประเภทผู้ป่วย	

**ที่อยู่ (ผู้ป่วย)**

บ้านเลขที่ ระบุบ้านเลขที่	หมู่ที่ ระบุหมู่
ตำบล/แขวง ระบุตำบลหรือแขวง	อำเภอ/เขต ระบุอำเภอหรือเขต

สถานที่ใกล้เคียง ( หากไม่มีใส่เครื่องหมาย - )  
ระบุสถานที่ใกล้เคียง

# กรณีต้องการส่งไป ER เลือก ความเร่ง ด่วน 3 ช่องแรก

1. ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (บังคับกรอก)

เลือกระดับความเร่งด่วน

- life threatening
- emergency
- urgent
- acute
- non acute

# ระบบการรายงาน อุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยง



Link

<https://forms.gle/iAuohAE66KxpeLQf8>

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

# Link ศูนย์รีเฟอร์

- <http://49.231.15.21/deptw2/?dept=refer>



ศูนย์ส่งต่อ  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ช่องทางการติดต่อศูนย์ส่งต่อ  
จำนวน 6 คู่สาย  
สำหรับโรงพยาบาลเครือข่าย รพศ.ชร

สายตรง	053-600314 , 053600315
สาย SW.	053-910600 , 080-1255555 ต่อสาย 7017 , 8200 , 8203
มือถือ	082-0987025