**สรุปการประชุมพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงราย**

วันที่ 22 สิงหาคม 2568 เวลา 08.30-16.30 น.

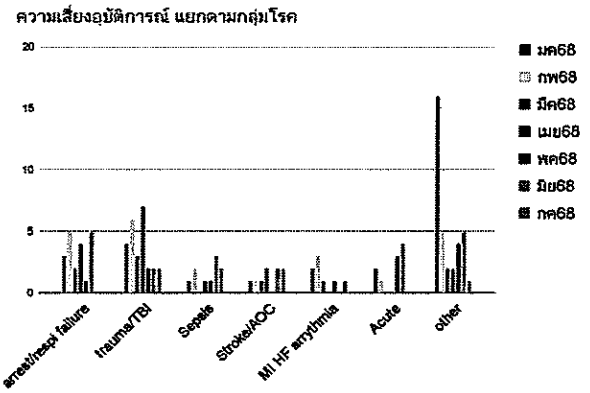
ณ ห้องประชุมกาละสองคำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

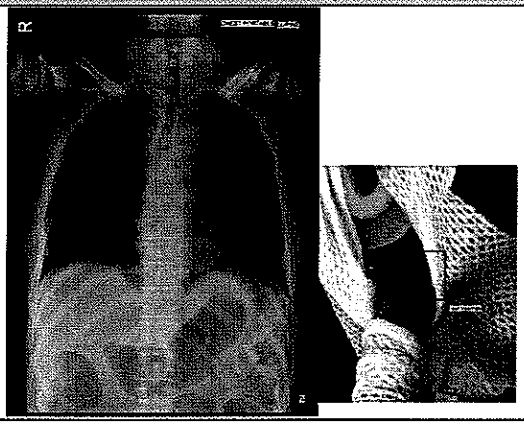
รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

| | | |
|---|---|---|
| 1. นพ.เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม | นายแพทย์เชี่ยวชาญ | โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 2. พญ.พรธีรา พรหมยวง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 3. พญ.ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 4. นายแพทย์ศิวภัทร์ ปงหาญ | นายแพทย์ปฏิบัติการ | รพ.แม่สรวย |
| 5. พญ.ชนากนต์ กางกริช | นายแพทย์ชำนาญการ | รพ.แม่สาย |
| 6. พญ.วารุณี ฟูใจ | นายแพทย์ | รพร.เชียงของ |
| 7. นายแพทย์กิตติพศ แสงทอง | แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน | รพศ.การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 8. นพ.ณัฐวุฒิ สุปัน | นายแพทย์ | รพ.เทิง |
| 9. น.ส.โสพิศ เวียงโอสถ | พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ | โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 10. นางมณเฑียร เชียนฮะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 11. นางภัทรวดี ใจคำ | นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ | โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 12. นายไกรลาศ แสนขัติ | เจ้าพนักงานธุรการ | โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 13. นางนิภาภรณ์ ทนงศิริลักษณ์ | เจ้าพนักงานธุรการ | โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ |
| 14. นางสาวปิย์วรา ตาชิว | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.ดอยหลวง |
| 15. นางสาวกนกพิณ อยู่ภู | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | รพ.แม่ลาว |
| 16. นางรุ่งนภา สุมะโน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.พญาเม็งราย |
| 17. นางรัชนีวรรณ เนาว์ชมภู | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.แม่จัน |
| 18. นายเอกนรินทร์ แก้วเกตุ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.ขุนตาล |
| 19. นางมยุรี พิทักษ์ปรีดากุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพร.สมเด็จพระยุพราชเชียงของ |
| 20. นางสาววิภารัตน์ เครือวัลย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.แม่สรวย |
| 21. นางสาวพนาวัน พรหมเผ่า | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.ป่าแดด |
| 22. น.ส.อรวี ปัญญางาม | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | รพ.ป่าแดด |
| 23. นางพัชรินทร์ คัมภีรกิจ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.สมเด็จพระญาณสังวร |
| 24. นางขันทอง แหวนเพชร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.สมเด็จพระญาณสังวร |
| 25. นายณรงค์ศักดิ์ วันดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง |
| 26. นางพีระดา ชัยวรรณะ | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ | รพ.เวียงป่าเป้า |
| 27. นายสมนึก แซ่ตั้ง | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ | รพ.เวียงป่าเป้า |
| 28. นายบัญชา วันออช | พยาบาลวิชาชีพ | รพ.เวียงแก่น |
| 29. นางอรวรรณ์ กาวิละมูล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.พาน |
| 30. นายปรีชา มะโนยศ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | รพ.เทิง |
| 31. นางน้ำฝน มหาวงศนันท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.เทิง |
| 32. นางสาวสุพิชฌาย์ เพ็ญสุวรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.เชียงแสน |

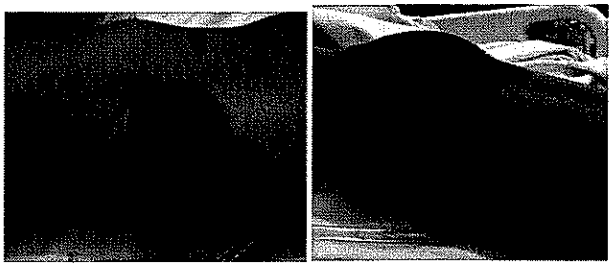
| | | |
|---|---|---|
| 33. นางนวลจันทร์ อินทิแสง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.แม่ฟ้าหลวง |
| 34. นางศุภิสรา ตาคำนิล | พยาบาลวิชาชีพ | รพศ.มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 35. นางสาวอรุณรัตน์ ปิจจะวงค์ | ผู้จัดการการแพทย์ฉุกเฉิน | รพ.เกษมราษฎร์ศรีบุรินทร์ |
| 36. พ.ต.หญิงกมลวรรณ เบญจกรณ์ | พยาบาลวิชาชีพ | รพ.ค่ายเม็งรายมหาราช |
| 37. นางสาวสุทธิพร ศรีเป็ง | พยาบาลวิชาชีพ | โรงพยาบาลโอเวอร์บรุ๊ค |
| 38. นางสาวขวัญเรือน ดาววษิต | พยาบาลวิชาชีพ | โรงพยาบาลเชียงรายราม |
| 39. นพ.อุดมศักดิ์ ตั้งชัยสุริยา | นายแพทย์ | รพ.กรุงเทพเชียงราย |
| 40. นางสาวฤดีกนก พรมบุตร | พยาบาลวิชาชีพ | รพ.กรุงเทพเชียงราย |
| 41.นางสาวอัจฉรี จันทรส | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | สสจ.เชียงราย |
| 42. นางคณัสนันท์ ศรีวรรณรมย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | สสจ.เชียงราย |
| 43. นายนรินทร์ สุริยนต์ | นวก.สาธารณสุขชำนาญการ | สสจ.เชียงราย |
| 44. นางวาวกันต์กนิษฐ์ สุริยะจันทร์ | นวก.สาธารณสุขชำนาญการ | สสจ.เชียงราย |
| 45. นางสาวอภิชญา ณ สุวรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | สสจ.เชียงราย |
| 46. นพ.ศุภวิชญ์ ศรีวิชัยอินทร์ | นายแพทย์ปฏิบัติการ | รพ.สมเด็จพระญาณสังวร |
| 47.พญ. ศิริกมล โชคอำนวยพรน | นายแพทย์ชำนาญการ | รพ.แม่ฟ้าหลวง |
| 48. นางสาวอชราภรณ์ เครือจันทร์ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | สสจ.เชียงราย |
| 49. นายปฐมพร อ้วนวุฒิ | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | สสจ.เชียงราย |
| 50.นส.นภัสกร นนแก้ว | นักสาธารณสุข | สสจ.เชียงราย |

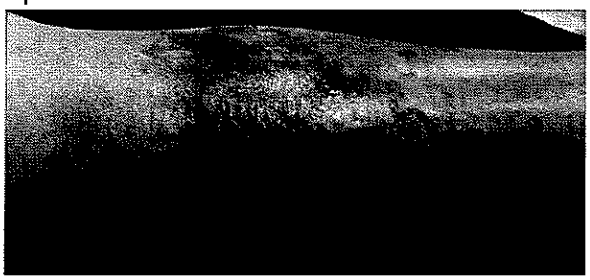
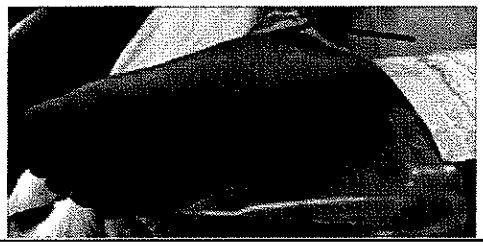
| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| **วาระที่ 1** | **เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ**<br>- ไม่มี | - |
| **วาระที่ 2** | **เรื่องรับรองและทบทวนรายงานการประชุม**<br>- รายงานการประชุมพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงราย ประจำวันที่ 20 มิถุนายน 2568 | - ที่ประชุมรับรอง ฯ |
| **วาระที่ 3** | **เรื่องสืบเนื่อง** | |
| | - การใช้งานระบบตอบกลับ refer back จาก MOPH Refer ของ รพศ.ชร<br>• รพช. พบปัญหายังไม่มีการตอบกลับผู้ป่วย refer back ในระบบ MOPH Refer | - รพศ.ชร จะนำข้อมูลแจ้งให้องค์กรแพทย์เร่งดำเนินการให้แต่ละหอผู้ป่วยใช้งานระบบ Refer back จาก MOPH Refer<br>- ช่วงนี้ให้ รพช. ติดต่อศูนย์ส่งต่อเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายกรณี |
| **วาระที่ 4** | **เรื่องเสนอเพื่อทราบ** | |
| | - ไม่มี | - |
| | | |

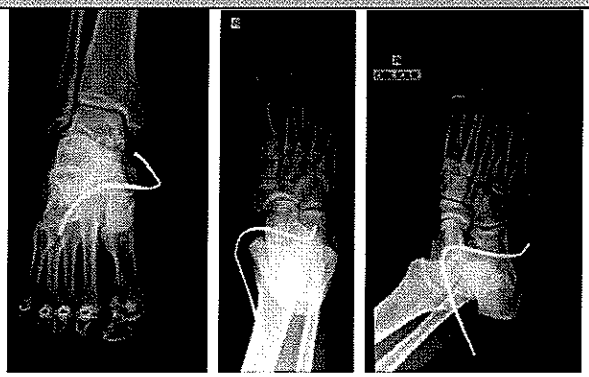
| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| **วาระที่ 5** | **เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา** | |
| | **5.1 การพัฒนาระบบส่งต่อ** | |
| | - จำนวนผู้ป่วย Fast pass เดือนมิถุนายน 198 ราย เดือนกรกฎาคม 221 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่พบปัญหาไม่ได้แจ้งอาการเมื่อถึงจุด check point ทำให้ผู้ป่วยตกค้างไม่ได้ refer back | - รับทราบข้อมูล |
| | - จำนวนอุบัติการณ์<br>● เดือนมิถุนายน 2568 พบอุบัติการณ์ระดับ A-B จำนวน 1 อุบัติการณ์ ระดับ C-D จำนวน 8 อุบัติการณ์ ระดับ E-F จำนวน 8 อุบัติการณ์ ระดับ G-H จำนวน 1 อุบัติการณ์ ระดับ I จำนวน 3 อุบัติการณ์ เมื่อแยกตามกลุ่มโรคพบ มากสุดในกลุ่มโรคอื่น ๆ และ arrest/respiratory failure<br>● เดือนกรกฎาคม 2568 พบอุบัติการณ์ระดับ C-D จำนวน 2 อุบัติการณ์ ระดับ E-F จำนวน 4 อุบัติการณ์ ระดับ G-H จำนวน 1 อุบัติการณ์ ระดับ I จำนวน 1 อุบัติการณ์ ไม่พบอุบัติการณ์ ระดับ A-B เมื่อแยกตามกลุ่มโรคพบ มากสุดในกลุ่มโรค Trauma และ Sepsis<br>  | - รับทราบข้อมูล |
| | **อุบัติการณ์ Improper ET tube**<br>**Case ที่ 1**<br>- ผู้ป่วย on ET tube<br><br>**ประเด็นปัญหา**<br>● mark tube 16 | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ตรวจสอบการใส่ ET tube และการอ่าน Film หลังใส่ ET tube |

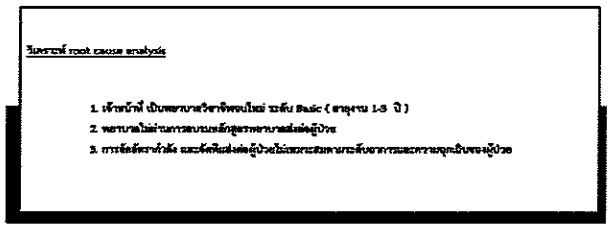
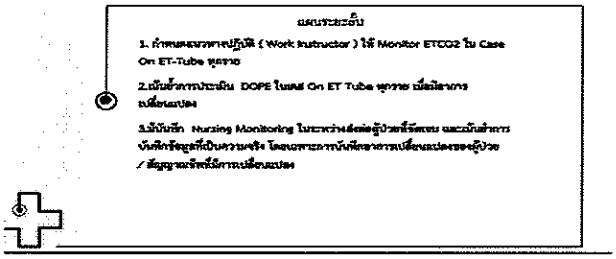
| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| |  | |
| | **อุบัติการณ์ Improper ET tube**<br>**Case ที่ 2**<br>- ผู้ป่วยหญิง 33 ปี Case TB pneumonia มารักษาด้วยอาการหายใจเหนื่อย on ET tube<br><br>**ประเด็นปัญหา**<br>● ไม่ทำ EKG พบ EKG ST elevate V2-5 (Consult cardio ให้รักษา Pneumonia<br>● Tube cuff leak มีเสียงออกปาก<br>● Film ที่ส่งเป็น CXR ที่ยังไม่ได้ใส่ ET tube<br>● ไม่ได้เจาะ lab sepsis | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ผู้ป่วยที่มารักษาด้วยอาการหายใจเหนื่อย ควรพิจารณาทำ EKG ทุกครั้ง<br>- ตรวจสอบ DOPE เพื่อประเมิน ET tube<br>- ตรวจสอบการส่ง link X-ray |
| | **อุบัติการณ์ Improper Trauma management E up**<br>**Case ที่ 1**<br>- ผู้ป่วยชาย 50 ปี ตกจากหลังคาสูง 20 เมตร ขาขวามีแผลเปิด ขาขวาผิดรูป เลือดออกหู 2 ข้าง กรามซ้ายบวม BP 141/100 HR 130 LW 10 cm at Rt thigh. Refer Dx. OFx femur mild head injury (high risk)<br> <br>**ประเด็นปัญหา**<br>● แรกรับ รพศ. BP 76/46 mmHg. P 130/min<br>● แผลที่ขาซึม active bleeding | **ข้อเสนอแนะ**<br>- Pressure Dressing หากเลือดไม่หยุด พิจารณาทำ tourniquet |

| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| | **อุบัติการณ์ Response to deteriorating patient/Undetected cardiac arrest**<br>**Case ที่ 1**<br>- ผู้ป่วยชาย 60 ปี UD ESRD on CAPD,COPD admit. รพช ด้วยหายใจเหนื่อยขาบวม ไอแห้ง ไม่มีไข้ treat as ESRD with Volume overload วันนี้มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น 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<br><br>**ประเด็นปัญหา**<br>● มี cardiac arrest ระหว่างส่งต่อ CPR มา ที่ ER รพศ. พบ EKG VF<br>● ไม่ได้ defibrillator ผู้ป่วยระหว่าง CPR เพราะไม่ได้ติด pad มา | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ผู้ป่วย STEMI หรือ Post arrest ควรติด Pace pad ระหว่างนำส่ง เมื่อเกิด arrest ซ้ำ จะได้ทำการ AED mode |
| | **อุบัติการณ์ Response to deteriorating patient/Undetected cardiac arrest**<br>**Case ที่ 2**<br>- ผู้ป่วยชาย 73 ปี case CA Cecum with multiple PANs metastasis F/U CRH รอ tumor conference มารักษาด้วยหายใจเหนื่อย เรียกไม่รู้สึกตัว on ET tube Refer CRH แรกรับคลำชีพจรไม่ได้ EKG asystole > dead<br><br>**ประเด็นปัญหา**<br>● ไม่ได้ monitor ETCO2 ทำให้ detect arrest ไม่ได้ | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ให้ monitor ETCO2 ในผู้ป่วย on ET tube ทุกรายระหว่างส่งต่อ |
| | **อุบัติการณ์ Response to deteriorating patient/Undetected cardiac arrest**<br>**Case ที่ 3**<br>- ผู้ป่วยหญิง 69 ปี U/D thyrotoxicosis มารักษาด้วยอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ทำ synchronized cardioversion 150 J x 3 dose<br><br>**ประเด็นปัญหา**<br>● ไม่ได้เริ่มการรักษา thyroid storm มีการประเมิน Burch-Wartofsky Score=70 และผล TFT ออกแล้ว<br>● ระหว่าง refer มีอ่อนแรงซีกซ้าย พยาบาล refer | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ควรเริ่ม start PTU เพื่อให้การรักษา thyroid storm ได้ต่อเนื่อง<br>- ผู้ป่วย AF with RVR ควรให้การรักษาด้วยยา จะดีกว่าการทำ cardioversion เพราะจะเป็น risk ให้เกิด stroke ได้<br>- แจ้งศูนย์ refer เพื่อ activate stroke fast track<br>- บันทึกรายการทรัพย์สินผู้ป่วย |

| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| | ไม่ activate stroke Fast Track ไม่ได้แจ้งศูนย์ refer<br>• ถุงใส่เสื้อผ้าผู้ป่วยมีเงิน และของมีค่า ไม่ได้บันทึกทรัพย์สินมา | |
| | **ประเด็นอุบัติการณ์อื่น ๆ**<br>**Case ที่ 1**<br>- ผู้ป่วยชาย 74 ปี U/D Gout AF DCM on Warfarin,CKD stage 3 วันนี้มาตรวจตามนัด ขณะรอตรวจเรียกไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ CPR 1 cycle ROSC คลำ pulse ได้ tachycardia 150-160 bpm on ETT refer ระหว่าง monitor พบ VT rate 170 bpm ทำ Synchronized 100 Jule turn AF with MVR rate 80 bpm<br><br>**ประเด็นปัญหา**<br>• ไม่ได้ print strip EKG ที่เป็น VT แนบมา จึงไม่ทราบว่าเป็น VF หรือ tall peak T<br>• ไม่ได้ consult cardio<br>• on ET tube ใส่ NG ต่อลงถุงแต่ปิดสายไว้ | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ควร print strip EKG ที่เป็น VF แนบมากับเอกสารการส่งต่อ<br>- ควร consult cardio มาก่อนการส่งต่อ |
| | **Case ที่ 2**<br>- ผู้ป่วยหญิง 66 ปี หกล้มกระแทกพื้น ปวดบวมเข่าขวา หลังจากนั้นอีก 2 วัน มีไข้ หายใจเหนื่อย<br>  <br>**ประเด็นปัญหา**<br>• Miss Dx. NF เมื่อแกะ slab ออก พบ bleb ที่ขาด้าน anterior (คนละด้านกับ slab)<br>• ไม่ได้ consult ศัลยกรรม | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ควร Consult ศัลยกรรม |

| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| | **Case ที่ 3**<br>- ผู้ป่วยชาย 79 ปี refer ด้วยเรื่อง cellulitis with septic shock<br> <br>**ประเด็นปัญหา**<br>• Miss Dx. NF แผลที่แขนมี bleb ไม่ได้ consult ศัลยกรรม<br>• Gauze ที่ปิดแผล ปิดไม่มิ ทำให้พลาสเตอร์บางส่วนติดบน bleb ตอนเปิดแผล ทำให้ bleb ถูก unroof | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ควรประเมินอาการให้ครบถ้วน<br>- ควร Consult ศัลยกรรม |
| | **Case ที่ 4**<br>- ผู้ป่วยหญิง 72 ปี ถูกไม้แทงที่ขาขวา มีแผลไม่ได้รักษา วันนี้ไข้สูง หายใจเหนื่อย refer ด้วยเรื่อง cellulitis with septic shock<br>  <br>**ประเด็นปัญหา**<br>• Miss Dx. NF | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ควรประเมินอาการให้ครบถ้วน<br>- ควร Consult ศัลยกรรม |
| | **Case ที่ 5**<br>- ผู้ป่วยชาย 29 ปี ขณะตัดหญ้า เหล็กกระเด็นใส่เท้า เหล็กปักเท้า refer ด้วยเรื่อง retained FB deep to bone<br>  | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ควร Film foot lateral เพื่อดูแนว FB<br>- ควร Consult ศัลยกรรม ที่ รพช. เพื่อ remove FB |

| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| |  <br>**ประเด็นปัญหา**<br>• FB ไม่ได้เข้ากระดูก ติดอยู่ที่ soft tissue บริเวณเท้า | |
| | **Case ที่ 6**<br>- ผู้ป่วยหญิง 85 ปี นั่งเก้าอี้ตกเก้าอี้ ซึม อ่อนแรงแขนขวา บวมโนศีรษะ ให้ Alteplase, Mannitol, Nicardipine refer ด้วยเรื่อง stroke for Sx<br><br>**ประเด็นปัญหา**<br>• ไม่ได้บันทึกการตรวจร่างกาย C spine ไม่ on collar ไม่ CT C spine ผู้ป่วยซึม ไม่สามารถ r/o C spine injury ได้<br>• ไม่บันทึกผล CT brain<br>• วินิจฉัยในใบส่งตัวกำกวม ไม่ระบว่าเป็น Hemorrhage หรือ Infarction<br>• ช่องการรักษา มีข้อมูลจำนวนมากไม่เป็นประโยชน์ต่อการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นการคิดค่าหัตถการและค่าใช้จ่าย มียาที่ไม่สัมพันธ์กับอาการผู้ป่วย<br>• เมื่อตามผล CT official มีบันทึกว่า เป็น AF on anticoagulant ซึ่งไม่มีบันทึกในใบส่งตัว | **ข้อเสนอแนะ**<br>- ควร CT spine เนื่องจากประวัติ Trauma ผู้ป่วยซึม<br>- บันทึกผล CT brain และวินิจฉัยให้จำเพาะ<br>- บันทึกการรักษาเฉพาะข้อมูลที่สำคัญ<br>- ส่งข้อมูลโรคประจำตัว และประวัติ on anticoagulant เพื่อพิจารณาให้ Vit K, FFP |
| | **Case Conference จาก รพช.**<br>**Scene Referral to CRH**<br>22/06/2568 ( Day Shift )<br>สถานที่เกิดเหตุการณ์ : ER รพศ.ขร<br>วันที่เกิดเหตุ : 2568-06-22 11:05 น.<br>สรุปเหตุการณ์ : Case Refer Pulmonary TB COPD with ARF ไม่ใบ record ระหว่างทาง SpO2 = 99-100%<br>GCS : E4VTM6 ไม่มี ETCO2 ( ไม่ได้ Monitor ETCO2) record ล่าสุด 10.52 น.<br>-ถึง ER รพศ.เรื่องราย เวลา 11.52 น. ประเมินแรกรับ ผู้ป่วยตื่นกระสับกระส่าย SpO2 = 50% ปั๊ม Ambu bag ไม่เข้า suction ได้ secretion เหนียว obstruction ส่งผลผู้ป่วย cardiac arrest จากhypoxia ABG PCO2 132<br>ระดับความเสี่ยง/ฉุกเฉินการณ์ : ระดับ H<br>สิ่งที่ต้องทำหลัง : Monitor ETCO2 ในรถ refer ETT, record ให้ดูแลต่อเนื่องจนถึงปลายทาง<br>กิจกรรมที่ได้กระทำ : เปลี่ยน ETT CPR 2 cycle ROSC | - ที่ประชุมรับทราบ |

| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| | **สรุปวิเคราะห์สาเหตุส่วนที่เกี่ยวข้อง**<br>  <br>**สรุปมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ หรือการออกแบบระบบงานใหม่**<br>  | |
| | **ประเด็นขอความร่วมมือ**<br>● ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว สับสน ไม่มีญาติ ขอให้บันทึกทรัพย์สินผู้ป่วยก่อนส่งต่อ และพยาบาล refer มาส่งเคสใน ER ร่วมกันบันทึกทรัพย์สินคนไข้<br>● ขอตรวจสอบการส่ง imagine x-ray, CT ก่อน refer พบมีความยุ่งยากในการตามส่วนใหญ่เป็น ward<br>● ขอเช็คสิทธิ์ผู้ป่วยก่อนส่งต่อ<br>● การเตรียมผู้ป่วย fast track ขอทำตาม guideline เช่น NG Foley on medicut No. 18 และนำญาติมาพร้อมกัน<br>● Case LGIH ได้ NG lavage แล้ว ไม่ต้อง off<br>● Case ที่ให้ ABO ขอให้บันทึกเวลาให้ยา กรณีไม่ได้ septic w/u (H/C) ให้บันทึกและส่งเวรด้วย | - ที่ประชุมมีมติให้ใช้แบบบันทึกทรัพย์สินเดียวกัน โดย รพศ.จะทำการจัดทำและส่งให้ รพช. ใช้ ร่วมกับการถ่ายภาพทรัพย์สินทุกครั้ง<br>- ที่ประชุมรับทราบ |
| | **ประเด็นอื่น ๆ**<br>● **การเก็บตัวชี้วัด HNA STEMI** | - ให้ทุก รพ. สุ่มเวชระเบียนทั้ง 5 ระดับ อย่างน้อย 5% ตัดเคสฉีดยาทำแผลออก ในการประเมิน triage<br>- เพิ่มตัวชี้วัด under triage STEMI โดยมีเป้าหมายไม่ควรเอาตัวเลขเป็นสาระสำคัญเกินไป แต่ควรใช้วัดแนวโน้มคุณภาพและ |

<table>
<tr><th>ระเบียบวาระ</th><th>รายละเอียด</th><th>มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ</th></tr>
<tr><td></td><td>

## HNA STEMI : KPI

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

- **Criteria admit observe in Head injury patient**
  รพศ.ชร จัดทำ criteria admit observe ผู้ป่วย Head Injury ใน รพช. และ รพศ. ที่มี CT brain
- **ประเด็นการพัฒนา ER ในปีงบประมาณ 2569**
  รพศ.ชร จะพัฒนาในเรื่องการดูแล Airway เนื่องจากพบอุบัติการณ์การส่งต่อทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด โดยจะเก็บตัวชี้วัดการ monitor ET-tube, การใช้ EtCO2, การดูแล Airway และการส่งผล X-ray เป็นต้น

</td><td>safety เป็นหลัก พร้อมเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเห็นแนวโน้มชัดขึ้น<br><br>- รอมติหลังการนำเข้าประชุม กวป.<br><br>- ที่ประชุมรับทราบ</td></tr>
<tr><td></td><td>

- **การให้บริการของ รพ.พาน**
  - รพ.มีแผนเปิดบริการ stroke unit จำนวน 8 เตียง
  - ในอนาคต รพ.พาน มีแผนจะรับผู้ป่วย stroke fast track จาก รพ.ป่าแดด ขณะนี้รอแนวทาง และแนวทางการเรียกเก็บจาก สปสช.
  - ส่วนผู้ป่วย Stroke non fast มีแนวโน้มจะมีการรับผู้ป่วย จาก รพ.แม่สรวย และ รพ.เวียงป่าเป้า ขณะนี้รอการประสานงาน แนวทาง และข้อบ่งชี้ในการส่งต่อ ซึ่งจะมีการเข้าเยี่ยม รพ. ในวันที่ 26 สิงหาคม 2568 โดย stroke team รพศ.ชร จัดทำ criteria admit observe ผู้ป่วย Head Injury ใน รพช. และ รพศ. ที่มี CT brain

</td><td>- ที่ประชุมรับทราบ</td></tr>
<tr><td></td><td>

- **ประเด็นปัญหา จาก รพช.**
  - โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง แจ้ง รพ.แม่สาย กรณีส่งผู้ป่วยไป CT brain ไม่ได้รับใบตอบกลับ ขอให้ รพ.แม่สายดำเนินการเรื่องเอกสารพร้อมมากับผู้ป่วย
  - รพ.พาน แจ้ง การใช้ MOPH Refer ของ รพ.โซนใต้ที่ส่งตัวมารักษา รพ.พาน มีการระบุวันหมดอายุวันเดียวกันที่ส่งต่อ ขอให้ รพช. ปรับจำนวนวันหมดอายุของใบส่งตัว และขอแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับที่สามารถ

</td><td>- โรงพยาบาลแม่สาย รับทราบข้อมูล จะนำไปประสานงานองค์กรแพทย์<br>- โรงพยาบาลโซนใต้รับทราบ</td></tr>
</table>

| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| | ติดต่อได้<br>O โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง แจ้งมีการขยายบริการตาม MOU และขณะนี้กำลังดำเนินการจัดระบบ Refer back ไปยัง รพช. โดยใช้แนวทางเดียวกับ รพศ.ชร<br>O จากการประชุมความเสี่ยงของ สสจ. พบมีประเด็นจากการเยียวยา ม.41 ประธานในที่ประชุมฝากนำประเด็นแจ้งในที่ประชุมพัฒนาระบบส่งต่อ<br>O รพช. สอบถาม ข้อมูลจาก dashboard การตายหลังส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง และ final diagnosis ของ รพศ. ไม่เป็นปัจจุบัน ขอให้ดำเนินการปรับปรุง<br>O รพศ.มฟล สอบถาม กรณีผู้ป่วย multiple trauma จะให้ดำเนินการ consult ระบบใด<br>O รพช. สอบถามพบปัญหาส่งผู้ป่วยเด็กมาทำ Echo มีปัญหาการประสานงาน หน่วย echo ให้พยาบาล รพช. ช่วยแพทย์ทำหัตถการ<br>O รพช. พบปัญหาไม่ทราบระยะเวลาการฉีดยาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่ส่งกลับไปฉีดยา รพช. ขอให้ รพศ. ดำเนินการลงเวลาฉีดยาให้ในใบส่งต่อ<br>O รพช. พบปัญหาไม่สามารถติดต่อแพทย์เฉพาะทางสาขา eye, ENT, จิตเวช ในเวลาราชการได้ เนื่องจากต้องติดต่อผ่านเบอร์โทรศัพท์ OPD | - ที่ประชุมรับทราบ<br><br><br><br>- ที่ประชุมมีมติในงานพัฒนาคุณภาพ สรุปประเด็นความเสี่ยงที่ต้องการสื่อสารให้ทราบ มานำเสนอในการประชุมครั้งต่อไป<br>- รพศ.รับทราบ นำไปประสานงานต่อ<br><br>- รพศ.แจ้งให้เลือก consult ปัญหาหลักก่อน<br>- รพศ.รับทราบปัญหา นำไปปรึกษาแนวทางกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง<br><br>- รพศ.รับทราบปัญหา นำไปปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง<br>- รพศ.รับทราบปัญหา นำไปปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง |
| | **5.2 การพัฒนาระบบ EMS** | |
| | - หน่วยปฏิบัติการที่ได้รับการอนุมัติแบบมีเงื่อนไข ขอให้หน่วยงานส่งเอกสารที่ได้ดำเนินการไปแล้วหลังได้รับการยกเว้น กลับมาให้ สสจ.ภายใน 30 กันยายน 2568 | - สสจ.จะดำเนินการจัด google form ให้ดำเนินการส่งเอกสารให้กับ รพ.แม่ข่ายดำเนินการต่อ |
| | - ศูนย์ฝึกอบรม รพศ.ชร จะดำเนินการจัดอบรม EMT ในช่วงเดือนมกราคม 2569 ค่าลงทะเบียน 13,000 บาท/คน | - ขอให้หน่วยปฏิบัติการที่ยังไม่ดำเนินการส่งบุคลากรเข้าอบรม |
| | - การทำประกันอุบัติเหตุสำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินรอบเดือนตุลาคม 2568 ขอให้หน่วยงานส่งข้อมูลในแบบฟอร์มกับกับค่าเบี้ยประกันส่ง สสจ. ก่อน 25 กันยายน 2568 | - ที่ประชุมรับทราบ |
| | - ขอให้หน่วยปฏิบัติการศึกษาแนวทางการร้องขอ sky doctor อีกครั้ง เนื่องจากมีผู้ป่วยหลายรายเข้าเกณฑ์ในการ | - ที่ประชุมรับทราบ |

| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสังการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| | ใช้ sky doctor<br><br>**ข้อบ่งชี้ของการส่งต่อผู้ป่วยทางอากาศแบบทุติยภูมิ (secondary mission) เขตสุขภาพที่ 1**<br><br>**ฉบับปรับปรุง เมษายน 2566**<br><br>**พิจารณาในผู้ป่วยที่เข้าหลักข้อบ่งชี้เชิงพื้นที่ (area-based criteria), ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (medical condition-based criteria) และข้อบ่งชี้อื่นๆ**<br><br>**1. ข้อบ่งชี้เชิงพื้นที่ (area-based criteria)**<br><br>**พิจารณาในกรณีที่ต้องนำส่งจากโรงพยาบาลที่ใช้เวลาในการเดินทาง (transportation time) จากโรงพยาบาลต้นทางถึงโรงพยาบาลปลายทางมากกว่า 2 ชั่วโมง**<br><br>**โรงพยาบาลที่เข้าข่ายการส่งต่อทางอากาศแบบทุติยภูมิ (secondary mission) เขตสุขภาพที่ 1 มีดังนี้**<br>**1.1 ต้นทางจังหวัดแม่ฮ่องสอน (ยังพิจารณาวัด) ได้แก่ รพ.ศรีสังวาลย์, รพ.แม่สะเรียง, รพ.ปาย, รพ.ปางมะผ้า, รพ.ขุนยวม, รพ.แม่ลาน้อย, รพ.สบเมย**<br>**1.2 ต้นทางจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ รพ.แม่ฮ่องสอน, รพ.ฝาง, ไชยปราการ, เวียงแหง, รพ.วัดจันทร์ในเส้นพระเกียรติ 80 พรรษา, รพ.เทพเสด็จพระพุทธ เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา (แม่แจ่ม), รพ.สันกำแพง, รพ.แม่ริม**<br><br>**โรงพยาบาลปลายทาง ของโรงพยาบาลในข้อ 1.1 และ 1.2 ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์, โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่, โรงพยาบาลลำปาง หรือโรงพยาบาลอื่นที่ใช้เวลาเดินทางมากกว่า 2 ชั่วโมง**<br>**1.3 ต้นทางจังหวัดเชียงราย ได้แก่ โรงพยาบาลเวียงแก่น, โรงพยาบาลเชียงของ, โรงพยาบาลแม่สรวย**<br>**1.4 ต้นทางจังหวัดพะเยา ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงคำ**<br>**1.5 ต้นทางจังหวัดแพร่ ได้แก่ โรงพยาบาลสอง**<br>**1.6 ต้นทางจังหวัดน่าน ได้แก่ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดน่าน**<br><br>**โรงพยาบาลปลายทาง ของโรงพยาบาลในข้อ 1.3 ถึง 1.6 ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง หรือโรงพยาบาลอื่นที่ใช้เวลาเดินทางมากกว่า 2 ชั่วโมง**<br><br>***สามารถพิจารณาพื้นที่อื่นนอกเหนือจากที่ระบุในนี้ได้หากเห็นว่าการส่งต่อทางอากาศจะเป็นประโยชน์**<br><br>**2. ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (medical condition-based criteria)**<br><br>**2.1 time-sensitive medical condition**<br>**Trauma**<br>Severe traumatic brain injury<br><br>Major trauma<br><br>• Multiple trauma with hemodynamic instability<br>• Acute traumatic aortic injury<br>• Vascular injury<br>• Any uncontrol bleeding: thoracic, abdomen, pelvis etc.<br><br>**Non-trauma**<br><br>• STEMI: Primary PCI, Rescue PCI, Fibrinolysis and transfer<br>• NSTE-ACS very high risk<br>• Neonate: Severe birth asphyxia (whole bodycooling), PPHN etc.<br>• Stroke: emergency surgery, fast track NIHSS > 4 or 0-4 with disabling stroke symptoms<br>• Vascular problem: acute limb ischemia, bowel ischemia<br>• Aortic problem: aortic dissection, aortic aneurysm<br>• Intoxicated patients: antidotes<br>• Any uncontrolled bleeding: UGIH etc.<br>• Obstetrics: PPH, Antepartum hemorrhage etc<br><br>Another time sensitive medical conditions | |

| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| | 2.2 Benefit of short time of transportation<br>• Level of acuity U (unstable)<br>ผู้ป่วยที่หลังให้การรักษาอย่างเต็มที่แล้ว สัญญาณชีพยังไม่คงที่ ไร้เสถียรภาพ หรือต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจงขั้นสูงเป็นพิเศษ เช่น post-cardiac arrest, ผู้ป่วยที่ใช้ Intraaortic balloon pump, ผู้ป่วยที่มี invasive monitor, ผู้บาดเจ็บ multiple trauma ที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ ต้องการการรักษาที่จำเพาะในเวลาที่จำกัด<br>• Level of acuity H (stable with high risk of deterioration)<br>ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วย advanced airway, ventilator, ใช้ยา vasoactive drugs เพื่อทำให้สัญญาณชีพมีเสถียรภาพ แต่มีความเสี่ยงที่สัญญาณชีพจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วระหว่างการส่งต่อ<br>โดยพิจารณาในกลุ่มดังต่อไปนี้<br>o Cardiovascular problem: unstable dysrhythmia, cardiogenic shock, post-cardiac arrest (cardiac cause), acute aortic syndrome<br>o Trauma: advanced airway, no response or transient response to initial IV fluid, acute traumatic aortic injury<br>o Neonate, infant and pediatrics age ≤ 8 year old<br>o Critical care: need vasoactive drugs ≥ 2 ชนิด<br>*สามารถพิจารณา medical condition อื่นนอกเหนือจากที่ระบุในนี้ได้หากเห็นว่าการส่งต่อทางอากาศจะเป็นประโยชน์<br><br>3. ข้อบ่งชี้อื่นๆ<br>3.1 คืนรักษา ยาหรือเวชภัณฑ์ที่แพทย์ผู้ดูแลและแพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน ร่วมกันประเมินแล้วเห็นว่าการลำเลียงทางอากาศไปยังสถานที่ปลายทางอย่างรวดเร็ว จะเกิดประโยชน์ต่อการรักษาชีวิตและอวัยวะของผู้ป่วยมากกว่าการลำเลียงด้วยวิธีอื่น<br>3.2 การลำเลียงส่งต่อในกรณีสาธารณภัย ที่แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉินเห็นว่า การลำเลียงทางอากาศสามารถป้องกันการเสียชีวิต และลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น<br>3.3 การขนย้ายอวัยวะหรือชิ้นส่วนของมนุษย์เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน<br><br>ข้อควรพิจารณาในการลำเลียงทางอากาศ<br>1. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงหรือเจ็บป่วยขั้นรุนแรงที่ได้รับการลงความเห็นจากแพทย์แล้วว่าไม่สามารถทำการแก้ไขให้ดีขึ้นได้ หรือให้ได้แต่เพียงการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น (terminal condition of the patient) เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรงและไม่พบการตอบสนองของระบบประสาท เป็นต้น<br>2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและยังไม่มีการกลับคืนของสัญญาณชีพ<br>3. ผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดที่มีแนวโน้มจะคลอดระหว่างส่งต่อ<br>4. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อทีมลำเลียงโดยไม่สามารถบรรเทาอาการลงได้โดยการผูกยึดหรือด้วยอุปกรณ์หรือยา<br>5. ผู้ป่วยที่สงสัยหรือได้รับการปนเปื้อนสารพิษหรือสารเคมีที่มีอาการก่ออันตรายต่อผู้อื่นได้<br>6. ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงทางระบบหายใจที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อโดยไม่มีการป้องกันที่เหมาะสม<br>7. พื้นที่ต้นทางหรือปลายทางมี AQI มากกว่า 150 จาก application AirVisual<br>หมายเหตุ ไม่มีข้อห้ามโดยสมบูรณ์ของการลำเลียงผู้ป่วยด้วยอากาศยาน ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับ ดุลยพินิจร่วมของทีมผู้รักษา แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉินและชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศ ในการพิจารณาความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงนิรภัยการบิน เป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจด้วย | |
| | - **แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบแพทย์ฉุกเฉิน** สสจ.จะดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2568 ดังนี้<br>○ การฝึกซ้อมแผน sky doctor ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2568 ในพื้นที่อำเภอเวียงป่าเป้า<br>○ การประชุมเชิงปฏิบัติการและซ้อมแผนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ กรณี ภัยจากคมนาคมและขนส่ง กำหนดไว้ วันที่ 11-12 ธันวาคม 2568 | - ที่ประชุมรับทราบ |

| ระเบียบวาระ | รายละเอียด | มติที่ประชุม/ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|
| | ○ ประชุมเชิงปฏิบัติการและซ้อมแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ stroke fast track โดยกำหนดพื้นที่ดำเนินการเป็นอำเภอเวียงเชียงรุ้ง<br>○ การดำเนินการศูนย์การเรียนรู้ชุมชน จะดำเนินการยื่นขอขึ้นทะเบียน จำนวน 5 หน่วย ได้แก่ รพศ.ชร อำเภอเทิง เชียงแสน พาน และเวียงป่าเป้า<br>○ การตรวจมาตรวจมาตรฐานรถพยาบาล จะดำเนินการในวันที่ 2-3 ตุลาคม 2568 | |
| **วาระที่ 6** | **เรื่องอื่น ๆ** | |
| | - การผลักดันของทาง อบจ. ในการใช้ MOPH refer ในรพสต. โดยนำร่องในอำเภอพญาเม็งราย จำนวน ๕ รพสต.ขอความร่วมมือการตอบกลับข้อมูล MOPH refer ในโรงพยาบาลชุมชน และอาจมีข้อสั่งการหรือแผนการดำเนินงานต่อไปแจ้งให้ทราบ | - ที่ประชุมรับทราบ ขอให้ดำเนินการออกหนังสือสั่งการไป รพช. |
| | - โรงพยาบาลแม่ลาวแจ้ง ใช้งานวิทยุสื่อสารไม่ได้ในช่วงนี้ เนื่องจากกำลังดำเนินการย้ายตึก | - ที่ประชุมรับทราบ |
| | - นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป วันที่ 17 ตุลาคม 2568 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย | |

.....ผู้บันทึกรายงานการประชุม

( นางสาวนภัสกร นนแก้ว )

.....ผู้รับรองรายงานการประชุม

( นายนรินทร์ สุริยนต์ )