**1.ชื่อผลงาน/เรื่องเล่า:** เปลี่ยนผู้ป่วยโชคร้ายให้กลายเป็นโชคดี :เรื่องเล่าการพัฒนาระบบและขีดความสามารถของทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI โรงพยาบาลทันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

**2.คำสำคัญ:** ความโชคร้าย(ความซวยที่ชาวบ้านเอ่ย), โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, ระบบการส่งต่อ, ยา ละลายลิ่มเลือด, Streptokinase(SK), STEMI, Fast tract STEMI  
**3.ชื่อและที่อยู่ขององค์กร:** โรงพยาบาลท่าคันโท 183 ม.1 ต.นาตาล อ.ท่าคันโท จ.กาฬสินธุ์ 46190

**4.สมาชิกทีม:** นายธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้ นายกรกะ วรรณพรึก นางเมตตา สุริยะ  
**5.ที่มาของเรื่องราว**

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(Myocardial Infarction: MI) ชนิด ST Elevated MI เป็นสาเหตุการตายผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นอันดับที่ 1-2 ของโรงพยาบาลท่าคันโทตลอดช่วง 7-8 ปีผ่านมา พบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เสียชีวิตหลังการส่งต่อและเสียชีวิตในโรงพยาบาลอัตราสูง จนปัจจุบันแม้ว่าอัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาลท่าคันโทของผู้ป่วยโรคนี้จะลดลง แต่ก็ยังคงพบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วย ACS มากเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของหน่วยงานห้องฉุกเฉิน จากการทบทวนการเสียชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยSTEMI พบว่าสาเหตุสำคัญ คือ1.ไม่สามารถส่งต่อได้ทันเวลาเนื่องจากผู้ปฏิบัติยังไม่รับทราบแนวทางชัดเจนทั่วถึง การสื่อสารไม่ชัดเจน การวินิจฉัยล่าช้า ตลอดจนการประสานงานโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่สะดวก ทำให้ส่งต่อล่าช้า 2. ข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรทั้งเครื่องมือและโดยเฉพาะคนซึ่งพบว่ามีสมรรถนะไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ยา SK อย่างปลอดภัย 3.ความความปลอดภัยในการจัดการบริการ นำมาซึ่งความพยายามเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ในการพัฒนาระบบบริการให้สามารถให้ยา Streptokinase และความสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อให้ทันเวลา

**6.สรุปเรื่องเล่าที่แสดงให้เห็นความพยายามในการแก้ปัญหาหรือพัฒนา**

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขโดยเครือข่ายสาธารสุขระดับจังหวัดได้ประกาศแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยSTEMI ในแต่ละพื้นที่ โดยกำหนดว่าผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อและผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ควรได้รับยา Streptokinase ภายใน 30 นาที (หลังการวินิจฉัย) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่หากย้อนไปเมื่อ 7-8 ปีที่แล้ว ก่อนที่จะมีแนวทางนี้ เราคือหนึ่งในโรคพยาบาลที่ต้องเผชิญหน้ากับโรคร้ายที่คร่าชีวิตชาวบ้านในชุมชนโดยที่เขาไม่เคยรู้ตัว แม้ชาวบ้านจะพยายามหอบหิ้วกันเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลแต่สิ่งที่เราทำได้กลับเป็นการช่วยฟื้นคืนชีพ(CPR)ร่างอันไร้วิญญาณของชาวบ้านคนแล้วคนเล่า การช่วยฟื้นคืนชีพที่ไม่เคยได้ลมหายใจของผู้ป่วยกลับมาเลยแม้แต่คนเดียว เพราะไม่มีใครรู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดดีมากพอ

“คนไข้โชคดีมาก น้องโรงพยาบาลชุมชนทำได้ยังไง เก่งมากๆ” เสียงจากโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่ CCU โรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์และเป็นแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจของเรา กล่าวกับผมที่กำลังยืนลุ้นทางอีกปลายสายโทรศัพท์เกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างตื่นเต้น ผู้ป่วยที่ตอนเช้าพึ่งถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลของเราด้วย STEMI ได้รับยา และได้รับการส่งตัวส่งถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย หลังจากที่ปลายทางสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมอีกเล็กน้อย และแจ้งอาการปัจจุบันของผู้ป่วยว่าอาการคงที่ (stable) ดีแล้ว ทางแม่ข่ายตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมพบว่ามีหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น ได้รับการทำทำ PCI โดยพี่พยาบาลทิ้งท้ายด้วยคำกล่าวว่า คงเป็นความโชคดีของผู้ป่วยที่ได้มารักษาที่โรงพยาบาลของเรา เราดูแลผู้ป่วยได้ตามเวลาสำคัญทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสการรอดชีวิตอีกครั้ง และปลอดภัย

หลังจากวางสายโทรศัพท์ผมรู้สึกดีใจจนบอกไม่ถูก หน้าบาน เดินออกมาเล่าให้พี่ๆที่ห้องฉุกเฉิน ได้รับแจ้งข้อมูลและรับการชื่นชมจากแม่ข่าย ผมเองเล่ายังเล่าทั้งน้ำตาซึม รู้สึกเหมือนถูกปลดปล่อยอีกครั้ง ดีใจกับผู้ป่วย กับญาติที่ไม่ต้องสูญเสียคนที่เขารัก เราช่วยเขาได้ พอพี่ๆทราบเราดีใจกันมากๆ ภูมิใจว่าเราโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลเราไกลมาก ห่างเมืองตั้งร้อยกิโล คนไข้แบบนี้ไม่เคยรอดที่เรา ผู้ป่วยหลายคนเคยเป็นคนโชคร้ายที่มาเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ท่าคันโท เพราะทุกครั้งที่เราได้พบผู้ป่วยเราก็ต้องเสียเขาไป ช่วยเขาไม่ได้เลย แต่นี่คืออีกหนึ่งครั้งที่เราช่วยได้ ผู้ป่วยของเรารอด เราพาผู้ป่วยไปส่งรักษาต่อได้ ไม่ต้องตาย  
 “เอ้าพี่คนไข้โชคดียังไง ทำไมคนไข้คนนี้ถึงเรียกว่าโชคดีครับ” น้องพยาบาลที่พึ่งเริ่มมาทำงานกับเราปีแรก ถามงงๆพร้อมกับมองพวกเราที่กำลังยิ้มปลื้มคุยกันเรื่องผู้ป่วยเมื่อเช้าด้วยความสงสัย ผมมองหน้ากับพี่ๆแล้วยิ้ม “ฟังลองดูนะว่ามันเป็นความโชคดีไหม” ผมพูดกับน้อง หน้ายังไม่หายบานเลย “เมื่อก่อนมันเหมือนเราเป็นหลุมดำของจังหวัด ของเขตนี้ เราไม่เคยช่วยผู้ป่วย STEMI ได้เลย ถ้า arrest มาก็มักจะมีประวัติที่บ่งบอกว่าน่าจะใช่ STEMI และถึงแม้จะเจ็บหน้าอก ปวดท้อง เจ็บไหล่มาที่เรา ก็มักจะถูกปล่อยให้รุนแรงขึ้นจนมาทราบทีหลังตอนที่ arrest แล้วว่าจริงๆแล้วผู้ป่วยเป็น STEMI ซึ่งท้ายสุดก็ตาย” ท่าทางน้องสนใจมาก แม้เรื่องนี้จะเป็นความทรงจำที่เจ็บปวดของพวกเราแต่ผมเห็นว่าจะเป็นประโยชน์กับน้องเพราะอย่างน้องจะตระหนักถึงความพยายามแก้ปัญหาที่พี่ๆอย่างเราทำมาอย่างยาวนาน ซึ่งอาจจะช่วยกระตุ้นเตือนให้น้องตั้งใจทำงานและมีความภูมิใจที่เป็นกำลังสำคัญของโรงพยาบาลเล็กๆห่างไกลแบบนี้ ผมจึงเล่าต่อว่า แต่ก่อนจนถึงเมื่อสักสองปีที่แล้ว ถ้าชาวบ้านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่เรา ก็เป็นเหมือนโชคร้าย เพราะโรงพระยาบาลของเราอยู่ไกลมาก ห่างจากตัวจังหวัด 109 กิโลเมตร ห่างจาก รพ.ศูนย์ 100 กิโลเมตร ส่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ตายระหว่างทาง อุปกรณ์หลายอย่างเราไม่มี และไม่พร้อมเลย เจ้าหน้าที่ก็ไม่พอ แถมมีแต่น้องใหม่ๆทำงานไม่กี่ปี ระบบการดูแลคนไข้ไม่ได้มีระบบดูแลให้คำปรึกษาโดยแม่ข่าย ไม่มีการแชร์ทรัพยากร และก็ไม่ได้มีการพัฒนาคนเพื่อให้ดูแลรักษาโรคนี้ได้ดีแบบปัจจุบันนี้ แพทย์พยาบาลเราไม่เคยผ่านการอบรมการให้ยา เราไม่มียา SK เราไม่มีเครื่องตรวจ INR เราไม่มีช่องทางการส่งต่อที่รวดเร็วแบบนี้ ไม่มีช่องทางการ consult รพ จังหวัด ตัวพี่เองปีแรกๆที่พึ่งทำงานใหม่ เพราะเรายังไม่มีระบบที่พร้อมตอบสนองการดูแลผู้ป่วยแบบนี้ เคยมีคนไข้ ที่มารักษาที่ รพ ด้วยอาการเจ็บหน้าอก เดินมาเองที่ห้องฉุกเฉิน พี่ทำEKG โทรรางงานแพทย์ ตอนนั้นยังไม่มี line หรือช่องทางที่ให้แพทย์ได้ดู EKGก่อน ต้องโทรไปเล่าอาการ ส่วนใหญ่ก็พลาด พี่เองสมัยนั้นยังอ่านEKG เบื้องต้นไม่เป็น มีผู้ป่วยที่เราคิดว่าเป็นกระเพาะฉีดยาให้นอนพักผู้ป่วยก็ล้มลงต่อหน้าเลย อีกคนระหว่างที่นั่งรอแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยอยู่ดีๆ ผู้ป่วยก็ หัวใจหยุดเต้น arrest ไปต่อหน้าต่อตาพี่ เกิดขึ้นสมัยนั้นผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดเพราะช้า เราไม่รู้ เราไม่ระบบอะไรที่จะเตือนให้ดูแลผู้ป่วย STEMI เร็วขึ้น ปลอดภัยขึ้น มันเป็นเหมือนเราช่วยอะไรเขาไม่ได้ ชาวบ้านที่ไม่เข้าใจก็มักพูดปลอบใจกันว่าเป็นคราวซวยของผู้ป่วย เขาป่วย เขาโชคร้ายที่ต้องเจ็บหน้าอกตาย ตอนนั้นหลายคนก็พยายามคิดว่าเขาโชคร้าย เพื่อให้เราเองรู้สึกสบายใจ แต่ในใจลึกๆของคนเป็นแพทย์พยาบาล เรารู้ว่า เราทำได้ดีขึ้นกว่านี้

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยในช่วงนั้น กอปรกับมีการทบทวนการตายตามแนวทางของคุณภาพทำให้พี่ๆทีมคลินิกได้มาพูดคุยกัน กลับมานั่งคุยกันว่าเราไม่อยากให้เหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นอีก เราอยากเป็นคนที่ช่วยผู้ป่วยได้ ไม่อยากเสียโอกาส ไม่อยากนั่งเสียดาย พี่มาย้อนดูเรื่องราวของผู้ป่วยแต่ละคน ที่เสียชีวิตเพราะโรคนี้ที่โรงพยาบาลของเราในช่วงที่ผ่านมา พบว่าเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER สูงที่สุด เสียชีวิตขณะส่งต่อสูงที่สุด จริงๆแล้วเสียชีวิตที่บ้านซึ่งชาวบ้านเรียกว่า “วูบตาย” ก็เคยได้ยินและมีไม่น้อย จนเราสรุปกันได้ว่าเป็นเรื่องที่เราต้องแก้ไข ต้องหาจุดเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น เราจึงเริ่มประเมินตัวเอง โดยประเมินว่ามักจะเกิดปัญหาที่ตรงไหน อะไรที่เป็นขั้นตอนที่แก้ไขได้ พูดง่ายๆคือกลับมาทบทวนกระบวนการทั้งหมด ตั้งแต่การเข้าถึงบริการ การเข้ารับบริการ การวินิจฉัย กาวางแผนดูแลรักษา คุณภาพการดูแลรักษา การวางแผนส่งผู้ป่วยและกระบวนการนำส่ง ว่าปลอดภัยหรือไม่ เหมาะสมหรือเปล่า ถ้าจะมองเรื่องโชค ในความโชคร้ายสมัยนั้น จริงๆก็มีความโชคดีอยู่ จากการทบทวนเราพบโอกาสที่จะต้องแก้ไขมากมาย เช่น ทำยังไงชาวบ้านถึงจะทราบว่าเขากำลังอันตราย ต้องรีบมาโรงพยาบาล จะมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดอย่างไร ใครจะช่วย จะปลอดภัยตั้งแต่ตอนเดินทางมาโรงพยาบาลได้ไหม มาถึงโรงพยาบาลแล้วทำอย่างไรหมอจะทราบเร็วๆว่าผู้ป่วยเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต จะตรวจให้รู้ รักษาให้ทันได้อย่างไร และจะมีวิธีที่ส่งต่อให้เร็วและปลอดภัยอย่างไร เราโชคดีที่เรามีบุคลากรที่รักผู้ป่วย ใจสู้ ไม่ท้อ และมีความพยายาม แม้เราจะพบว่าเราต้องปรับแก้ไขกระบวนการดูแลผู้ป่วยของเราเกือบทุกจุด เราตระหนักรู้ว่าเราแทบจะมีแค่หัวใจ สองมือ และเครื่อง EKG เก่าๆ แต่ด้วยเราตั้งใจ ไม่ท้อ ทุกคนก็มาคุยกันต่อหาคนช่วย หาทางให้ทำได้ในสิ่งที่ควรทำ มีในสิ่งที่ควรมี ทีมอุบัติเหตุฉุกเฉินของเราไปพบผู้บริหารบอกเล่าเรื่องราวและการทบทวนตนเอง เราพบว่าทั้งผู้บริหารและทีมที่เกี่ยวข้องต่างต้องการช่วยกันแก้ไขเรื่องนี้ พร้อมที่จะแก้ปัญหาร่วมกัน เราตั้งคำถามที่ทำให้ทุกๆคนในโรงพยาบาลเข้าใจได้ง่ายๆว่า “ถ้าผู้ป่วยเคยเป็นคนที่โชคร้ายเมื่อป่วยในพื้นที่ของเรา เราจะทำอย่างไร เพื่อเปลี่ยนให้ความโชคร้ายของเรากลับกลายเป็นความโชคดี” ถ้าชาวบ้านโชคร้ายที่มาป่วยด้วยโรคแบบนี้ที่เรา ต่อไปชาวบ้านต้องโชคดีที่แม้จะป่วยด้วยโรคนี้แต่ก็มีโอกาสรอดชีวิตและจะได้รับการดูแลที่ดี

“เรื่องโชคร้ายผ่านมา 5 ปีแล้ว” นับจากวันที่เราตั้งคำถามท้าทายตนเอง กว่าจะเปลี่ยนคำว่า “โชคร้าย” ให้กลายเป็น “ โชคดี “ เราผ่านอะไรมามาก ลำบาก เหนื่อย ทั้งประชุมทบทวน วางระบบแก้ไขข้อบกพร่อง เราเป็นโรงพยาบาลเล็ก บริบทมีข้อจำกัดมาก จะเลียนแบบระบบของโรงพยาบาลอื่นๆก็ยาก ก็ต้องพิจารณาข้อจำกัดตนเอง ปัญหาเยอะ แต่ก็ไม่เคยทิ้งเป้าหมาย พยายามปิดจุดอ่อนต่างๆ เปลี่ยนข้อด้อยของเรา เช่น เรื่องระยะทางเราไกลจากตัวจังหวัดก็หาช่องทางการ ติดต่อ เพื่อให้เจอผู้ป่วยให้เร็ว ดูแลให้เร็วขึ้น ติดต่อแม่ข่ายให้แม่นยำขึ้น ขอตารางเวร อาจารย์ทุกเดือน ขอแม้กระทั่งเบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวอาจารย์แพทย์ไว้เพราะทราบว่าโทรปกติมักจะไม่ทัน อุปกรณ์ที่เราขาด ก็ขอบริจาคจากชุมชนซื้อเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใหม่ เครื่องตรวจ INR ทบทวนออกแบบแนวทางปฏิบัติการดูแลที่ใช้ได้กับเราจริงๆ จนเราค่อยๆเห็นผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนไปทีละด้าน แต่ทุกครั้งที่เจอผู้ป่วยแบบนี้ก็มักจะพบกับปัญหาและอุปสรรคใหม่ท้าทายอยู่เสมอ ก็ประชุมทบทวนทุกครั้งที่มีปัญหา

ปี พ.ศ.2555 หลังจากพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น เราประชุมทบทวน หาสาเหตุ พบว่าเราให้ความสำคัญต่อการตรวจ หรือทำ EKG ในผู้ป่วย chest pain น้อย ซึ่งเราควรตรวจให้ได้พร้อมแปลผล ภายใน 10 นาทีและพบว่าเราไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ระหว่างรอแพทย์ ก็กำหนดแล้วดำเนินการ  
 ปี พ.ศ.2556-2557 หลังจากทบทวนพบกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีการส่งต่อไม่ทันเวลาเนื่องจากผู้ปฏิบัติยังไม่ทราบแนวทางชัดเจนทั่วถึง การสื่อสารไม่ชัดเจน ไม่ลงบันทึกเวลาที่ชัดเจน การรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รอความพร้อมของญาติและการประสานงานที่ล่าช้า กรณีที่เกินศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งให้ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์อีกจังหวัดหนึ่ง ต้องประสานงานหลายขั้นตอน รอการยืนยันการรับผู้ป่วย เราก็แก้ไขเรื่องที่ส่งไม่ทันเวลา โดยการใช้ระบบ FAST TACK ของกลุ่มโรคหัวใจ มีการประกันเวลา ออกแบบฟอร์มของOPD กลุ่มโรคหัวใจ เพื่อเป็นการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจนแม่นยำ เพิ่มกลยุทธ์การประสานงานโรงพยาบาลศูนย์ต่างจังหวัดเพื่อความรวดเร็วในการส่งต่อ  
 ปี พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลของเราเป็นโรงพยาบาล F2 ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และระยะทางไกลจากจังหวัดมาก ทำให้เราถูกมองว่าไม่มีศักยภาพในการให้ยา SK เพราะจะมีเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งสำหรับเราแล้วคือการเสียโอกาสของผู้ป่วย เราจึงปรึกษากับทีมและเสนอต่อผู้บริหารของเพื่อแสวงหาทางในการให้โอกาสผู้ป่วยได้เข้าถึงยา SK อย่างปลอดภัย โดยขอให้ผู้บริหารสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเรา ขอเข้าร่วมเครือข่ายระบบการดูแลผู้ป่วยทางไกลโดยมีแม่ข่ายคอยกำกับ จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น เพื่อยกระดับตนเองให้มีความพร้อมที่จะให้ยาและดูแลผู้ป่วยของเราได้ความซึ่งเราต้องได้รับการประเมินเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติด้านความพร้อม ความสามารถในการดำเนินการระบบจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลจังหวัด ทีมได้รับการประเมินและทดสอบทุกกระบวนการ ทั้งความรู้ ทักษะการวินิจฉัย การบริหารยา การเฝ้าระวัความเสี่ยงการผลข้างเคียงจากยา และในที่สุดเราก็สามารถให้ยา SK ผู้ป่วยรายแรกในวันที่ 17 กันยายน พ.ศ.2558 เราสามารถให้ยา SK และ ส่งต่อได้อย่างปลอดภัย หลังจากที่เราสามารถดูแลผู้ป่วยปลอดภัยได้เป็นรายแรก เราก็เริ่มสามารถให้การดูแลผู้ป่วยลักษณะเดียวกันนี้อย่างมีแนวทาง ทุกครั้งหลังให้เรามีการทบทวนทุกcase ที่เราให้เพื่อแก้ไข ปรับปรุงเพื่อให้มาตรฐานดีขึ้นเรื่อยๆ

จนมาถึงผู้ป่วยเมื่อเช้า ความภูมิใจอีกครั้งของพวกเรา ผมยังคงตื่นเต้นดีใจเสมอที่เราได้รับข่าวคราวสื่อสารกลับมาว่าเราสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยทุกวันนี้ชาวบ้านยอมรับเรามากขึ้น แม้เราจะเป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง ไกลจากโรงพยาบาลจังหวัดเป็น 100 กิโลเมตร แต่เราก็ทำได้ ความเหนื่อยมลายหายไปสิ้นเมื่อเห็นผู้ป่วยถูกนำส่งขึ้นรถอย่างมีชีวิต เมื่อได้ยินข่าวว่าปลอดภัย บางคนก็กลับมาขอบคุณ “ถ้าไม่ได้หมอทุกคนช่วย ก็คงตายไปตั้งแต่วันนั้น” ไม่มีอะไรที่ปลื้มใจมากไปกว่านี้อีกแล้ว ปลื้มใจที่ได้พยายาม ได้ช่วย และได้เห็นว่าผู้ป่วยมีโอกาสได้กลับมาลืมตาอีกครั้ง ใครจะคิดว่าเราจะมาถึงจุดนี้ ยิ่งไปกว่านั้น ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้แนวทางการรักษาผู้ป่วย STEMI แบบ Fast tract STEMI เป็นแนวทางประเทศเพื่อช่วยให้ โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 คล้ายๆเรา สามารถให้ละลายลิ่มเลือดได้ สำหรับเราที่พยายามทำเรื่องนี้เพื่อช่วยผู้ป่วยบ้านเราสำเร็จเป็นอันดับต้นๆของประเทศ ก่อนที่กระทรวงจะขับเคลื่อนการวางระบบและแนวทางครอบคลุมทั้งประเทศ ก็ถือเป็นความภูมิใจอย่างยิ่ง เพราะเราไม่ได้รอให้มีผู้มาเปลี่ยนโชคชะตา แต่เรารวบรวมเอาหัวใจนักสู้ ของคนทำงานที่ยังคงต้องอยู่กับความเป็นจริงภายใต้ปัญหาคือข้อจำกัดเรื่องความขาดแคลนและห่างไกล มาเป็นพลัง ช่วยกันเปลี่ยนโชคชะตาของชาวบ้านผู้เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยมือของเราเอง เราภูมิใจที่วันนี้ เราคือ **“ความโชคดี”**ของผู้ป่วย

**7.การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเชิงระบบ**

* เกิดการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ โรงพยาบาลท่าคันโทตั้งแต่ปี 2555
* เกิด ACS Clinic รพ.ท่าคันโท โดยมีแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย ACS และสามารถให้ยา Streptokinase ได้ 24 ชั่วโมง
* เกิดการพัฒนาทางคลินิกเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

* อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในเรื่อง ACS
* ปรับปรุงแบบคัดกรองและคัดกรอง ความเสี่ยง CVDในผู้ป่วยเรื้อรัง

1. พัฒนาระบบการเข้ารับเข้าถึงบริการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

* อบรมทีมกู้ชีพ และพัฒนาระบบ EMS ให้สามารถออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้รวดเร็วตามมาตรฐาน
* การจัดทำแผนที่เดินดินในกลุ่มเสี่ยง สื่อสารทีม EMS รับทราบตำแหน่งบ้านผู้ป่วยเพื่อการเข้ารับที่รวดเร็ว
* ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในชุมชนตลอดจนช่องทางการรับบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน1669 เมื่อเกิดอาการฉุกเฉินเจ็บหน้าอก ตามหอกระจายข่าวในชุมชน ป้ายประชาสัมพันธ์ นามบัตร ACS

1. พัฒนาระบบการประเมิน การวินิจฉัย ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

* กำหนดแนวทางการซักประวัติคัดกรองผู้ป่วยโรคหัวใจ และจัดกลุ่มความเร่งด่วนในการรักษา
* จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และปรับปรุงให้ใช้ได้กับบริบทของโรงพยาบาลท่าคันโท
* จัดทำStanding order ในการ Investigate ได้ทันทีโดยไม่ต้องรอแพทย์ ได้แก่ การทำ EKG ทันทีและรายงานแพทย์แปลผล ภายใน 10 นาที การส่งตรวจเลือด Top –T โดยกำหนดให้เป็น Lab ด่วน
* เพิ่มศักยภาพพยาบาลในการตรวจ cardiac enzyme Trop-t ซึ่งในกรณีหลัง 6 ทุ่ม พยาบาลต้องทำการตรวจ Trop –T และจัดเตรียมตรวจเช็คให้พร้อมใช้งานเสมอ
* กำหนดโซนผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้เข้าถึงเครื่องกระตุกหัวใจ /EKG
* พัฒนารูปแบบการประเมินคัดกรอง ประเมินซ้ำ ผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยจัดทำ OPD card โดยเฉพาะสำหรับบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการโรคหัวใจ และจัดทำแบบบันทึก ACS Chart ในการบันทึกประเมินดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่นอนรักษาใน โรงพยาบาล และส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น
* นวัตกรรม กล่องยา ACS ไว้ที่ห้องฉุกเฉิน และหอผู้ป่วย เพื่อการให้ยาที่รวดเร็ว
* จัดทำแนวทางการจำหน่ายกลุ่ม Atypical chest pain ป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาด
* เพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ในโรงพยาบาลโดยการกำกับของอายุรแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายทุกราย

1. พัฒนาระบบการส่งต่อ โรคACS

* ระบบเตรียมความพร้อมของรถกู้ชีพและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นในรถ
* กำหนดแนวทางร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์แม่ข่าย และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในการส่งต่อผู้ป่วยและการประสานงานผ่านทาง LINE
* กำหนดแนวทางการดูแลขณะส่งต่อ เช่น การส่งต่อต้องมีพยาบาลดูแล 2 คน บันทึกการดูแลหลังให้ยา Streptokinase ขณะนำส่ง
* แจ้งแนวทางปฏิบัติในเป้าหมายการส่งต่อภายใน 30 นาทีให้ทีมผู้ดูแลรับทราบทั่วถึง

ติดตามผลการส่งต่อการรักษาหลังการส่งต่อ เก็บรวบรวมข้อมูล และทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด

**8.บทเรียนที่ได้รับ**

ความโชคร้ายในอดีต จะเปลี่ยนผู้ป่วยให้กลายเป็นโชคดีได้ ไม่เจ็บเป็นต้องอยู่ในสถานที่ๆพร้อมทุกอย่าง ความโชคดีจะเกิดขึ้นได้เสมอเมื่อทุกคนที่มีหัวใจที่หวังดีต่อผู้ป่วย บนพื้นฐานของการพัฒนา คือพร้อมจะปรับปรุง เปลี่ยนแปลง อย่างมีเป้าหมายให้ระบบงานและกระบวนการทำงานดีขึ้น ไม่ว่าอยู่ในบริบทใดก็ตาม เราเปลี่ยนความโชคร้ายให้กลายเป็นความโชคดีได้เสมอ **9.การติดต่อกับทีมงาน**

นายธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: [tuk\_47@hotmail.com โทร](mailto:tuk_47@hotmail.com%20โทร) 0836225396