**การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ**

**นางวาสนา นาชัยเริ่ม 3460300032995 Wnacha@gmail.com**

**หลักการและเหตุผล**

ผู้ป่วย ACSที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในปี 2557-2560(ต.ค.59-มี.ค.60) มีจำนวน 29, 39, 51 และ 26ราย โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วย STEMI 9, 9, 16 และ 18ราย ผู้ป่วย NSTEMI 20, 30, 35 และ 8รายโดยผู้ป่วย STEMI และ NSTEMI ที่มีภาวะแทรกซ้อนทุกรายจะปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่าย (ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ หรือโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น) ทันทีที่วินิจฉัยเพื่อส่งต่อผู้ป่วยและให้ยา Streptokinase ( SK )ตามความเห็นของโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยที่ได้รับยา SKปี 2557-2560(ต.ค.59-มี.ค.60)มีจำนวน 1,4,8และ 5 ราย กรณีผู้ป่วย NSTEMI ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกมลาไสย และส่งตัวผู้ป่วยเป็น OPD case จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วย STEMIมีปัญหาในการเข้าถึงบริการล่าช้า เนื่องจากไม่ทราบความเร่งด่วนของการรักษา การวินิจฉัยล่าช้าจากการ triage ไม่เหมาะสม และ ผู้ป่วย posterior wall STEMI และการส่งต่อล่าช้าเนื่องจากรอการตอบกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และบางรายต้องให้ยาSK หมดก่อนส่งต่อจึงมีผลต่อระยะเวลาการส่งต่อที่นานขึ้น พบปัญหาในผู้ป่วยNSTEMI คือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคและจากการรักษา ได้แก่ Congestive heart failure, UGIH และ โรคดำเนินเป็น STEMI พบผู้ป่วย NSTEMI เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาลได้แก่ Sepsis

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเข้าถึงและเข้ารับบริการที่รวดเร็ว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการดูแลรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง

**เป้าหมาย**

1. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการโดยเร็วที่สุด
2. ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง รวดเร็ว มีแผนการรักษา และมีการเฝ้าระวังที่เหมาะสม
3. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อหลังวินิจฉัย STEMI ภายใน 90 นาที
4. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต

**ยไปกว่ากันีวิตของผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองหา**กลวิธีการดำเนินการ

1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต. ได้ทราบถึงอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล และความสำคัญของการเข้ารับบริการอย่างรวดเร็ว
2. ติดสัญลักษณ์ที่ OPD card ในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองผู้ป่วยที่มี CVD risk > 30% และส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยัง EMS ของแต่ละพื้นที่ เฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มารับบริการโดยประเมิน CVD risk.ในกลุ่มเสี่ยงทุกรายถ้าพบว่าเข้าเกณฑ์ให้ความรู้และเฝ้าระวังอาการ
3. ขอรับคำปรึกษาอายุรแพทย์ทุกรายกรณีสงสัย ACS
4. จัดทำ care map การดูแลผู้ป่วย NSTEMI และการเฝ้าระวังการเกิด ACS ระหว่าง admission
5. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษา (Bed side)ระหว่างอายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไปและพยาบาล
6. มีระบบการส่งต่อที่ปลอดภัยโดยจัดให้มีพยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยและมีแนวทางการเฝ้าระวังขณะส่งต่อ
7. ทบทวนอุบัติการณ์ และพัฒนาแนวทางปฏิบัติตาม CPG เป็นระยะ
8. พัฒนาระบบHHC ในกลุ่มผู้ป่วย ACS ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

**ผลการดำเนินงาน**

1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต. 17 แห่งได้ทราบถึงอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล และความสำคัญของการเข้ารับบริการอย่างรวดเร็ว
2. ติดสัญลักษณ์ที่ OPD card ในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยที่มี CVD risk > 30% และส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยัง EMS ของแต่ละพื้นที่17รพสตมีการประเมิน CVD risk.ในกลุ่มเสี่ยงทุกรายถ้าพบว่าเข้าเกณฑ์ให้ความรู้และเฝ้าระวังอาการในปี2560สามรถค้นหากลุ่มเสี่ยงCVD risk > 30% คิดเป็น 30%
3. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ*ร้อยละของ* Door–to-EKG in 10 minutes ในคนไข้ ACS ปี 2557-2560(มีค.)หลังจากมาถึงหน่วยงาน66.67, 66.67, 73.33, 66.67
4. ในผู้ป่วยร้อยละ Door-to-refer time ในคนไข้ STEMIภายใน 90 นาทีในคนไข้ ACS ปี 2557-2560(มีค.)33.3,11.1,26.6,27.7
5. ผู้ป่วย NSTEMI ที่เสียชีวิตปี 2557-2560(มีค.) 1,2,1,0ราย
6. จำนวนผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล 0 ราย