

# Conference : KM ในNCD 2564

คปสอ.โคกสำโรง / โรงพยาบาลโคกสำโรง จ.ลพบุรี



Case 1 ชาย 59 ปี no Hx.

Trigger : เสียชีวิตด้วย STEMI

The logo for Non-Communicable Diseases (NCDs) is displayed in a colorful, bubbly font. The letters 'N', 'C', and 'D' are in pink, yellow, and green respectively, while the 's' is in red. The logo is set against a light blue, glowing background.

# จากใบ Incident report สุเวณี Conference czse ของทีม PCT

## Case 7 STEMI dead ชาย 59 ปี

15 พ.ค. 63 OPD 14.05 น.

ICU 15.30 น.

ลงรถนั่งหน้าศูนย์แปล  
เวรแปลถาม **เรียนศิระชะ หนามัด**  
เกร็งทั้งตัว เรียกไม่รู้สึกตัว  
คล้าย Air hunger  
O2sat 98% hold Ambu bag  
ตามรถนอนส่ง ER

หยุดหายใจ no HR E1V1M1 Start CPR, on EKG monitor: VF, Defibril X 1 ครั้ง  
14.13น. ROSC รู้สึกตัว T35.9 P40 R32 BP75/46 MAP 55 SpO2=98% E<sub>2</sub>V<sub>6</sub>M<sub>6</sub>  
Pt. Hx. เพิ่ม มีจุกแสบได้ตั้งปี แน่นหน้าอก ไม่มีร้าวไปที่อื่นก่อนมารพ. 3ชม. (11.20น.)  
ดื่มและสูบบุหรี่ทุกวัน PS 2  
14.15น. EKG 12 lead: ST elevate II,III,aVF Consult Med Dx: STEMI  
14.17น. ทำ V3R,V4R load NSS 600ml then 100ml/hr 14.25น. Dopa (2:1) iv drip 5. 14.28น. VF, Defibril 200 J ROSC, On ETT.  
14.35น. Arrest 14.40น. Levophed (4:100) iv drip 20 ml/hr. 14.47น. เปลี่ยนให้ Dopa (2:1) ให้ ASA gr.V, Plavix NG feed  
14.48น. Lab ไทรอยด์ Trop-T 10.35 14.50น. สด rate NSS 40 ml/hr. MAP 63 SpO2 100% E<sub>2</sub>V<sub>6</sub>M<sub>6</sub> titrate Dopa.  
Dr. แจ้งการรักษา เตรียม SK แต่ยังไม่ได้ให้ 15.23น. ส่ง Admit ICU

แพทย์ ER ไม่ได้ตามมา  
Q: ในเวลาราชการถ้าแพทย์ ICU ไม่  
อยู่ต้องตามแพทย์ First call หรือไม่  
สุดท้าย Dead

มาตรฐาน	พลาดเรื่อง การเอา BP ขึ้นล่าช้า: มีผลต่อ Blood flow ..hemodynamic ทำให้ผู้ป่วยทรุดลงเรื่อยๆ จากทีมมีความสับสนไม่แน่ใจระหว่าง Dopa กับ Levop Process ที่ควรแก้ไขคือ	
	1. ชมเปลี่ยน Dopa กับ Levop พบผลอย่างไรอย่างหนึ่งบอกเลย	แก้ไขโดย 1.เอาตัวใหม่ใส่ไปก่อน แล้วค่อยตัวที่ให้อยู่บอกทีหลัง 2.ถ้าหนักมากเช่น case นี้ (BP drop + Brady) ให้ออกไปก่อน แล้วค่อยค่อยตัวได้อีกตัวหนึ่งบอกตามเงื่อนไข
	2.การปรับ etrate inotropic เบนอะมาโงไป คือทุก 5-15 นาที	1.ไม่ปรับได้ทุก 3-5 นาที ประสานทีม PTC บูรณาการช่างลงหน้างาน ให้ทราบเรื่องนี้ด้วย 2.เทคนิค ถ้าหนักมาก ให้อื่น inotropic ที่ Max เลย แล้วค่อยค่อยลง เพื่อให้ hemodynamic ง่ายขึ้น
	3.ทางเลือก กรณี Levop ต้องให้เส้นใหญ่ แล้วหาเส้นไม่ได้	ให้หลอด Adrenaline ลงใน tube
III-2 การประเมิน /การประเมินซ้ำ	พบการวัด BP ห่างจึงปรับ inotropic ห่าง พบไม่ได้ set ตั้งเวลาที่ monitor ไว้	1.ให้ ER ประสานทีมเครื่องมือสำรวจ/ตรวจสอบ monitor ว่าจะไม่ได้พลาดสิ่งไม่ alarm ถึงปกติคือ alarm
สมรรถนะ	พบเครื่องไม่ alarm เมื่อ arrhythmia แร่ AF VF VT	2.ลด human error สิบที อยู่ในกระบวนการดูแลแล้ว ให้ตั้ง monitor ไว้ เพราะอยู่ในสีแดงใช้กับผู้ป่วยวิกฤตอยู่แล้ว
การป้องกัน	<b>ไม่มี Hx. หรือ U/N NCD ....</b>	1.แพทย์ใช้ความรู้อาการที่ V3R,V4R แปลผล 2.ประสานทีม ER ให้ความสำคัญกับการทวนการแปลผลหน้างาน
ส่งเสริมในชุมชน		ประสาน SM NCD (สอบถามพื้นที่ ต.หนองแขม:การคัดกรองปี 62, 63 การเข้าสู่การระบบบริการ และ EWS ถึงหรือไม่

ชาย 59 ปี NoHx., U/N NCD จริงหรือไม่

ทำไมเสียชีวิตด้วย STEMI มีปัจจัยอะไรหรือไม่ที่เราสามารถแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดในรายต่อไป

Q: ได้รับการคัดกรอง? เป็นกลุ่มอะไร ได้รับการจัดการต่ออย่างไร?

สอบถามกลับไปพื้นที่ พบว่า Drink -smoke ทุกวัน

คัดกรองเบาหวานกลุ่มปกติ 96

คัดกรองความดันกลุ่ม 138/76 เป็นเสียงสูง CVD risk = กลุ่มเสียงสูง

ไม่เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงไม่มาจากรับรู้/เข้าใจ EWS เพราะมาถึง Late ดูจาก EKG :Progress

# การถอดบทเรียน 3 P

## ปัญหาที่พบ

1. คัดกรองแล้วถือว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วย โดยเฉพาะที่มี Strong risk : Smoke แต่ไม่ยอมมารักษา/บำบัด (.....จนท.ดำเนินการอย่างไรต่อ)
2. กลุ่มเสี่ยงไม่รู EWS



สิ่งที่ทำให้ดีขึ้น / ผลลัพธ์ที่คาดหวัง  
 เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

1. ทาวิธีการ/กลยุทธ์ใหม่กลุ่มสงสัยป่วยมารพ. (กลุ่มสงสัยป่วยเป็น รายใหม่)
2. ทวนช่องทางกาส่ง และผลการส่งกลุ่มสงสัยป่วย เข้ามารับ Dx ที่ รพ.
2. ทาวิธีจัดการกับกลุ่มเสี่ยง ที่มี CVD risk ที่ strong: สูบบุหรี่ โดยส่งบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่/รพ.สต. (no HR จากบ้าน/มาช้าลดลง)
3. เพิ่มการสื่อสาร เรื่อง EWS ในญาติและชุมชนต่อเนื่องเป็นระยะ นอกจากใช้ Key word เพิ่มการเล่าเรื่อง

เป้าหมาย ลดอัตราการตาย STEMI  
 1. เพิ่มการเข้าถึงบริการ (นำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ)  
 2. เพิ่มการสื่อสาร EWS/1669

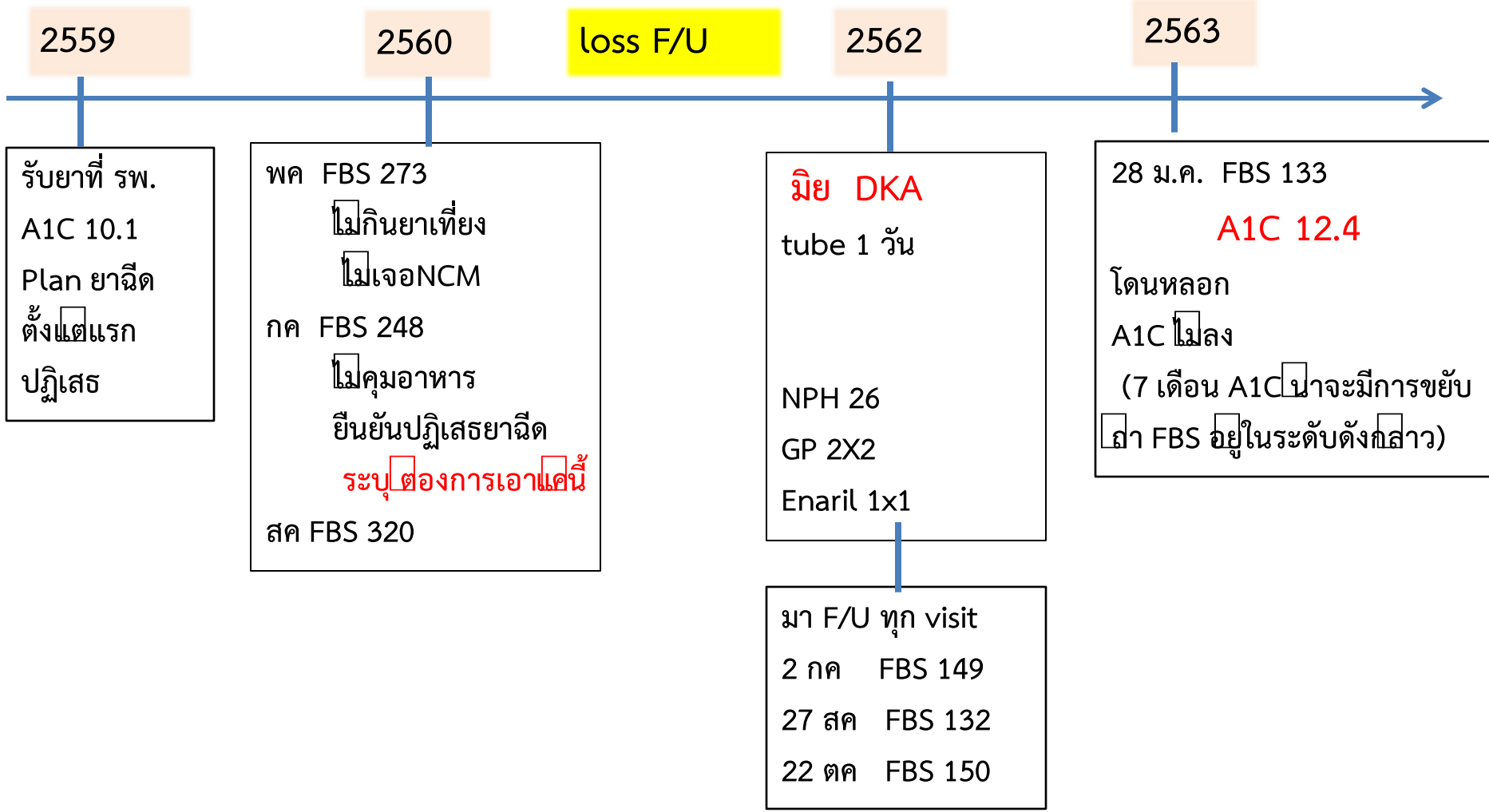
สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้  
 1. ผู้ให้บริการ ต้องมีกลวิธีการใหม่กลุ่มผู้ป่วย และมีช่องทางการติดตามที่ดี  
 2. สะท้อนยังมีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่รู้ว่าเสี่ยง และมีผู้ป่วยที่ไม่เข้าสู่ระบบการรักษาอีกมาก

Case 2 หญิง 50 ปี DM poor controlled

Trigger : loss F/U เกิด DKA ( AE: F)



หญิง อายุ 50 ปี ปี 2559



# การถอดบทเรียน 3 P

## เป้าหมาย

1. มาตรฐานตามนัด
2. ไม่เกิด DKA ซ้ำ:  
...ควบคุมโรคได้...ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็น

## ปัญหาที่พบ

1. ระบบการติดตามขนาดน้ำตาล เข้มแข็งยังไม่เพียงพอ  
ระบบข้อมูล  
- ยังไม่ได้ตามวาระพ.สต.ตอบกลับมามากี่คน (พบ/ไม่พบ)  
- ยังไม่รู้ ว่า ตามแล้วและมาตรวจกี่คน  
ระบบงาน: ขั้นตอน  
- ยังหาวิธีการที่ลดขั้นตอน ซ้ำซ้อน  
ใช้หลายคน ทวนกันไป-มา
2. ทีมผู้ดูแล ใช้พลังมากในการจูงใจให้ผู้ป่วยรักตัวเอง
3. ผู้ป่วยพร้อมการรับรู้เรื่องการดูแลตนเองในโรคเบาหวาน

## สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้

1. สอนอย่างเดียวไม่ได้ผลต้องหากลวิธี/แรงจูงใจให้เจอ
2. วิธีการวัดผลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ปรับแผนการดูแล  
ได้เร็วขึ้น (FBS ดี ไม่ได้หมายความว่า ควบคุมได้)
3. ผู้ป่วยรับผิดชอบ เรื่องของตัวเองน้อยลง



## สิ่งที่จะทำให้ดีขึ้น / ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. เพิ่มระบบการติดตามขนาดน้ำตาลที่มีประสิทธิภาพ (ขนาดน้ำตาลลดลง)  
- ใช้ ระบบ COC และ.....
2. เพิ่มประสิทธิภาพการหาแรงจูงใจ และการค้นหาจริงๆของผู้ป่วย  
การตั้งเป้าหมายพฤติกรรมเรื่องต่างๆ (Ac complicate ลดลง)  
(วิธีการ ... บางครั้งต้น)
3. ปรับวิธีการวัดผล ให้เร็วขึ้น ตรวจ A1C 3 เดือน: รายแผนาระวัง
4. Plan ทีมลงเยี่ยมบ้าน





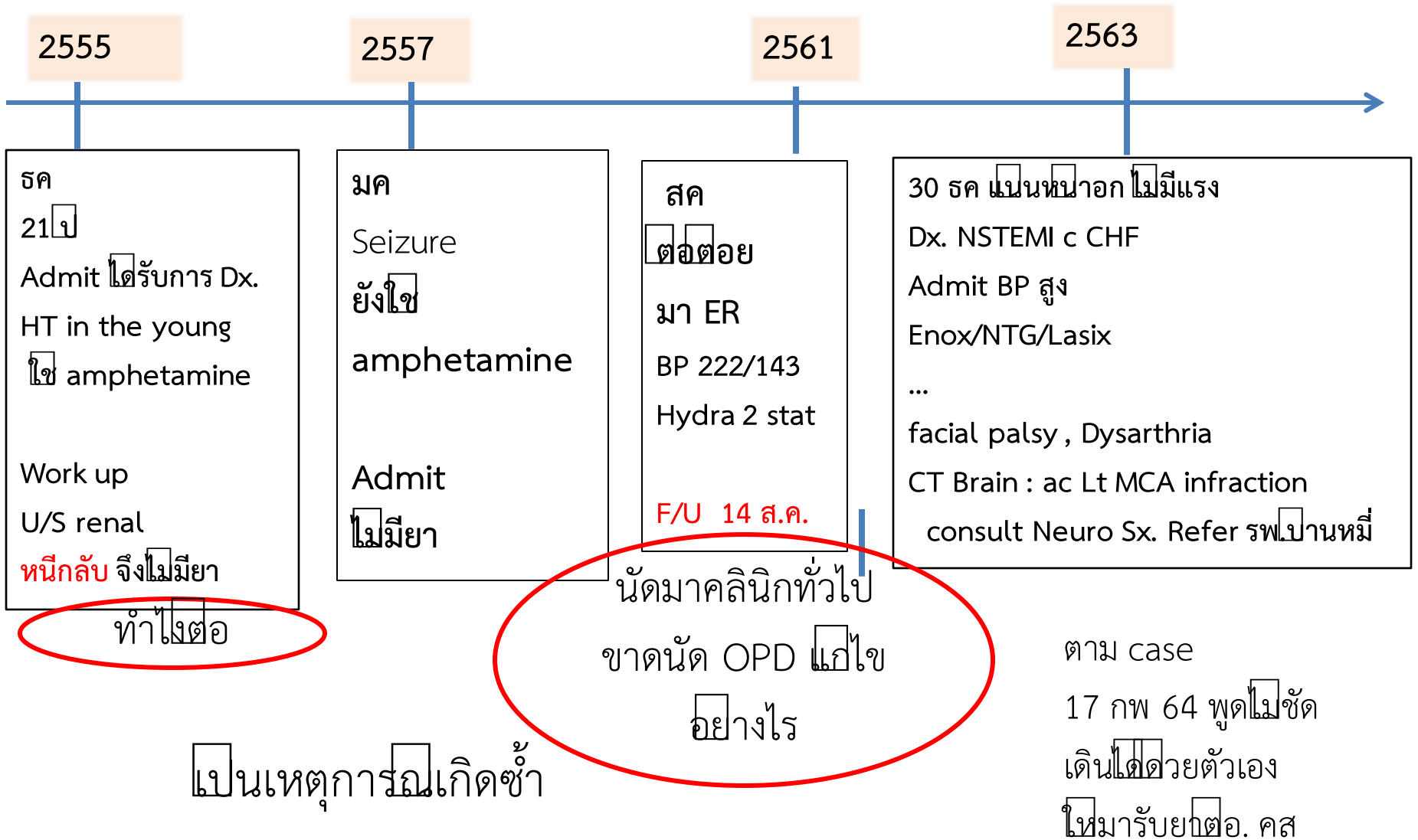
Case 3 ชาย อายุ 27 ปี old TB , HT รับยาที่

Trigger : HT in the young  
loss F/U ในรายที่ยังไม่เข้าคลินิก  
เกิด NSTEMI /MCA infarction

The logo for NCDs (Non-Communicable Diseases) is displayed in a colorful, bubbly font. The letters 'N', 'C', and 'D' are in pink, yellow, and green respectively, while the 's' is in red. The logo has a soft blue glow around it.



ชาย อายุ 29 ปี หนีกลับขาดการรักษา



ปี 2562 Case ที่ 3. เพศชายอายุ 67 ปี Dx. Hemorrhagic stroke final Dx. Aspirate pneumonia, UGIB เจ้าภาพ ตึกชาย

tigger: Sudden Dead จาก AE ระดับ 1

ผลจากการประเมิน SSA ใน Stroke (CNPg การดูแล stroke bed)

	Story & timeline	
	Underlying HT แต่ ยังไม่ Dx. Loss F/U 5 ปี (ครั้งแรกมา ER นัดมา opd แล้วนัดอีกครั้งเพื่อ complete lab ว่าเป็น DM ด้วยมียังจะได้เข้าคลินิกถูก หลังจากนั้น หายไปเลย	
	Turning 1 คือ ระบบการติดตามขนาดน้ำตาลในคนไข้ทั่วไป(ยังไม่เข้าคลินิก) ยังไม่มีการติดตาม เป็นปัญหาเดิม ปี2560-61 เกิดซ้ำในความดันสูงที่ปล่อยออกจาก ER แล้วหายไปเลย กลับมาอีก Hemorrhagic	ปรับแก้เรื่องการติดตามขนาดน้ำตาล กรณีที่มา ER ด้วย BP สูง 180/110 ที่ยังไม่เข้าคลินิก HT โดยหัวหน้า OPD รับไปนำร่องหาวิธีติดตาม
9 พ.ค. 62 ,17.30 ER	2 ชม.ก่อนมา แขนขวา อ่อนแรง T 36.6 BP 207 / 103 PR 78 RR 20 O2 sat 98% RA ประเภท 2 แพทย์ตรวจทันที ส่ง CT brain 18.00น.ผล : Ac. Intraparenchymal hematomal Consult neuro Sx. Conservative	
	Turning 2 ไม่ได้ พิจารณา Admit ICU (เข้าเกณฑ์ Admit ICU )	
20.50น . ตึกชาย	ประเภท 1. Rx. Nicardipine (1:5) v 5 ml /hr order Titrate ทุก 5 นาที keep BP < 140/90	ประสาน PTC เรื่องการปรับยา Nicardipine ควรปรับ titate ทุก 5 นาที
	1.พบการแยกประเภทถูกแต่ VS ไม่สอดคล้อง วัดห่างทุก 2 ชม และ Titrateไม่ตามorder 2.ไม่พบการนำ CPG Stroke มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย	

# การถอดบทเรียน 3 P

## ปัญหาที่พบ

1. ยังไม่มีระบบการติดตามขนาดนัดในรายที่ยังไม่เข้าคลินิก
2. ทีมผู้ดูแล ใช้พลังงานมากในการจูงใจให้ผู้ป่วยรักตัวเอง
3. ผู้ป่วยพร้อมการรับรู้ เรื่องการดูแลตนเองในโรคเบาหวาน

## เป้าหมาย

1. มีระบบการติดตามขนาดนัดในรายที่ยังไม่เข้าคลินิก
2. ผู้ป่วยได้เข้าคลินิกและขึ้นทะเบียนรับการรักษา

## สิ่งที่ทำให้ดีขึ้น / ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ออกแบบระบบ การติดตามขนาดนัดในรายที่ยังไม่เข้าคลินิก (มีระบบ และได้รับการรักษา)
2. คัดเลือกข้อมูลให้ผู้บริหารและชุมชน รับทราบถึงสถานการณ์การใช้ Amphetamine
3. เพิ่มการส่งเสริมให้ชุมชน รับรู้เรื่องการดูแลตนเองด้วย 3 อ 2 ส

## สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้

1. การออกแบบระบบรอบด้านเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้กระบวนการดูแล มีความครอบคลุม
2. สถานการณ์การดูแลตนเอง กับ การแก้ปัญหาของประชาชน



Case 4 หญิง อายุ 62 ปี DM /HT Uncontrolled

Trigger : Unplanned Readmission within 28 days



# หญิง อายุ 62 ปี รับประทานยาที่ คลินิก รพ.

26 พย 63  
Mixtard  
16-0-10  
GP 2X2  
MFM 2X2

Admitครั้งที่ 1

Readmit

Readmit

2 ธค 63  
BS 13 mg%  
กินได้น้อย  
ตามองไม่ค่อยเห็น  
D/C  
GP 1X2  
MF 2X2  
**Pred 1.5X 1 x3day**  
F/U 24 ธค 63  
ไม่ได้ D/C plan

วันที่มา F/U  
24 ธ.ค.63  
FBS 527  
อมซอล  
กินข้าวเหนียว  
Admit  
D/C 8 มค 63  
NPH 4 unit hs (เป็น sying)  
MF 2X2  
GP2X2  
Eltroxin  
**Nacl 4x3**  
ไม่ได้ D/C plan

9 มค 63  
Hypo coma  
ตาจืด NPH จาก 4 เป็น 40  
Admit  
D/C 13 มค 63  
ไม่มียา

มี adrenal insufficiency

## การถอดบทเรียน 3 P

### ปัญหาที่พบ

- 1.ระบบการประเมิน ทีม OPD (NCM/เภสัช)  
พลาดการประเมินการมองเห็นในรายที่ไซอินสุลิน: อายุมาก
- 2.ระบบการดูแล Continued care : Ac complication ของ IPD ไม่มีประสิทธิภาพ  
(D/C planning/ empowerment/ communication/ information และ COC:เยี่ยมบ้าน)  
ส่วนหนึ่งยังไม่มี Owner
- 3.ผู้ป่วยอายุมาก อยู่กันลำพัง การจัดการเรื่องอาหารและยา ยังหาวิธีการช่วยเหลือค่อนข้างยาก

### สิ่งที่ทำให้ดีขึ้น / ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- 1.เพิ่มประสิทธิภาพการประเมิน/ติดตามในรายที่ไซอินสุลิน - ไซ ระบบ COC (ลด การadmit/ readmit)
- 2.เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่อง D/C Plan และการส่ง COC โดยมี Owner readmission DM + แผนการดูแลรายวัน (ลด การadmit/ readmit)
3. พิจารณาปรับแผนการรักษา: ยา ให้เหมาะสม ในรายที่มีโรครวม รายนี้ adrenal insufficiency ซึ่งเป็นปัญหามากในปัจจุบัน
4. Plan ทีมลงเยี่ยมบ้าน ประสานท้องถิ่นร่วมดูแล

### เป้าหมาย :ควบคุมโรคได้

1. ไม่ readmission /admission จากเกิด Ac complication ซ้ำๆ
2. ดูแลตัวเองได้อย่างมีความสุข



### สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้

1. การประเมินสายตาในผู้ป่วยที่ไซอินสุลินมีความสำคัญ
2. การวางแผนการจำหน่ายที่ลงสู่การปฏิบัติ เป็นสิ่งสำคัญ เพราะแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น
3. การปรับยาให้ไปกับผู้ป่วยมีส่วนทำให้คุมโรคได้
4. การมี Owner ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อเนื่อง

# Non-communicable diseases

**NCDs**

