

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองจากอุบัติเหตุจราจร (Head injury)

1. บริบท:

โรงพยาบาลแม่เมาะ ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ใกล้กับการไฟฟ้าฝ่ายผลิต แม่เมาะ เป็นถนน 4 เลนพื้นที่ราบสลับกับเนินเขามีทางโค้งและทางแยกหลายจุดบางจุดไม่มีไฟส่องสว่างและสัญญาณไฟจราจร ในช่วงเวลาเร่งด่วนมีการจราจรที่หนาแน่น ยานพาหนะมีทั้งรถบรรทุกขี้ถ้ำลอย รถรับส่งพนักงาน และรถยนต์ส่วนบุคคลเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรที่บ่อยครั้งมีความรุนแรงและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น พบอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร (ต่อแสนประชากร) ในปี 2557-2559 เป็น 17.06, 30.04, 32.48 พบการเกิดเหตุมากที่สุดได้แก่รถมอเตอร์ไซค์ร้อยละ 85.68, 88.46, 89.43 มีการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.39, 38.77, 31.79 และสวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 13.47, 12.75, 24.10 ตามลำดับ จากการทบทวนผู้ป่วยกลุ่มที่เสียชีวิตหรือพิการนั้นพบ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า เนื่องจากการไม่มีการนำส่งด้วยระบบ 1669:ปัญหาในพื้นที่มีหน่วยบริการพื้นฐาน First Responder ในทุกตำบลแต่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง อยู่ 3 หน่วยบริการ พบอุบัติการณ์ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่เกิดเหตุ ในเรื่องการห้ามเลือด ปี 2557-2559 ร้อยละ 4.29, 1.72, 1.63 ไม่มีการ Immobilization ร้อยละ 2.29, 6.61, 2.48 ไม่มีการประสานในระหว่างการนำส่งผู้ป่วย จากการทบทวนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยพบอุบัติการณ์การประเมินและการช่วยหายใจก่อนการส่งต่อล่าช้าร้อยละ 2.92, 1, 0.48 ไม่มีการห้ามเลือดก่อนการนำส่งร้อยละ 1.72, 0.9, 0.49 ตามลำดับ

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:

1. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร > 16 แสนประชากร
2. การเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและครอบคลุมทุกพื้นที่
3. การช่วยเหลือในที่เกิดเหตุเหมาะสม
4. ความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ได้รับบาดเจ็บทางสมองจากอุบัติเหตุจราจร < 16 แสนประชากร
2. ผู้ป่วย Head injury เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใน 10 นาที
3. อัตราความถูกต้องในการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ > ร้อยละ 85
4. อัตราความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย > ร้อยละ 85
5. อัตราผู้ป่วย post head injury ที่ได้รับการทำ กายภาพบำบัด > ร้อยละ 80

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ

- 1) พัฒนาระบบ EMS การช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุโดยการขยายเครือข่ายให้ขยายบริการ ตลอด 24 ชั่วโมงให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และสนับสนุนกายกระดืบจาก FR เป็น BLS เพิ่มขึ้นเป็น 3 อปท. ในปี 2560.
- 1) การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน การขับเคลื่อนงานผ่าน DHS โดยการคืนข้อมูลการเกิดเหตุและจุดเสี่ยง ในที่ประชุมหัวหน้าภาคส่วน เกิดมาตรการในการแก้ไขปัญหาได้แก่ มาตรการด่านชุมชนในทุกพื้นที่ มาตรการการแก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่ายจำนวน 5 จุด ได้แก่ การติดตั้งสัญญาณไฟส่องสว่าง การติดตั้ง CCTV การติดตั้งป้ายเตือนก่อนถึงจุดเสี่ยง การควบคุมจราจรในช่วงเวลาเร่งด่วน, การบังคับใช้กฎหมาย การจำกัดความเร็วในการขับขี่ไม่เกิน 90 กิโลเมตร การกำหนดมาตรการองค์กร ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัยในการเข้า

สถานที่ราชการต่างๆการกรณรงค์ร่วมกับภาคเครือข่าย ในการกำหนดให้เป็นถนนสีขาวในการใช้รถใช้ถนนก่อนเทศกาลทุกปี

- 2) การประกันเวลาในการออกรับเหตุ ภายในระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตรในเขตเทศบาล หลังได้รับการแจ้งเหตุไม่เกิน 10 นาที

การดูแลผู้ป่วย

- 1) มีการพัฒนาปรับปรุง CPG head injury ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นและการประเมิน รวมถึงการส่งต่อที่ เหมาะสมตามหลัก primary survey, secondary survey ร่วมกับการแบ่งผู้ป่วย เป็น Mild, Moderate, Severe head injury เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
- 2) ส่งผู้ป่วยไปทำ CT brain และพบแพทย์ทางศัลยกรรมประสาทตามความเหมาะสมโดยพิจารณาจากความรุนแรงของอันตรายต่อสมองด้วยระบบประเมิน GCS

การให้ข้อมูลและเสริมพลัง

1. ให้คำแนะนำ และแผนพับแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยจำหน่ายทุกราย
2. ผู้ป่วย Post head injury ได้รับการทำกายภาพบำบัดและการติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 (5เดือน)
1. อัตราความถูกต้องในการดูแล pre-hospital	> 85%	95.87	98.69	96.07	90.08	91.12
2. อัตราการออก EMS ภายใน 10 นาที	> 80 %	79.44	74.49	80.16	81.05	76.14
3. อัตราความถูกต้องในการดูแลขณะส่งต่อ	> 85%	99.37	98.04	96.70	92.04	90.01
4. อัตราผู้ป่วย post head injury ที่ได้รับการทำกายภาพบำบัด	>80%	100	100	100	100	100
5. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร	16:แสนประชากร	17.06	30.04	32.48	22.5	7.49

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง:

1. พัฒนาทักษะการดูแล ณ จุดเกิดเหตุของหน่วยบริการ First Responder (FR)
2. มีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทุกรายและมีแนวทางการส่งต่อข้อมูลสู่ Home Health care เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาและคืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการประชุมกับท้องถิ่นทุกเดือน

