

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	อายุรกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

ผู้ป่วย Sepsis ยังเป็นปัญหาระดับประเทศพบว่ามีอัตราการตาย >50% เนื่องจากการเข้าถึงบริการและการดูแลรักษาล่าช้า ในปีงบประมาณ 2558 มีผู้ป่วยที่มี Sepsis, Severe sepsis และ Septic shock จำนวน 964 ราย พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตร้อยละ 37.03 เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย พบในผู้ป่วยอายุรกรรมสูงสุด โดยเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล การวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา ซึ่งทีม PCT อายุรกรรมร่วมกับคณะกรรมการ Sepsis ของโรงพยาบาลได้ร่วมกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis / Severe sepsis / Septic shock ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรแล้วเสียชีวิต มีประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญและโอกาสพัฒนา ได้แก่ มีการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นไม่ถูกต้อง ร้อยละ 1.97 การได้รับยาปฏิชีวนะล่าช้า ร้อยละ 7.79 ยาปฏิชีวนะไม่ครอบคลุมเชื้อที่เป็นต้นเหตุ ร้อยละ 1.56 การให้สารน้ำ Early Goal Directed Therapy ไม่ทันเวลา ร้อยละ 1.04 ปัญหาที่พบบ่อย คือ การปฏิบัติตาม CPG ไม่ครอบคลุมจากผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้เรื่องโรคและ CPG ไม่ชัดเจน ขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยเฉพาะการเฝ้าระวัง Vital signs change, Early warning signs ยังไม่มีประสิทธิภาพ การวินิจฉัยของแพทย์ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การปฏิบัติตามแนวทางการ Admit เข้า Unit ที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน ซึ่งมีการปรับปรุง CPG เช่น Septic work up และ ให้ยาปฏิชีวนะเร็วขึ้น พัฒนาโดยเน้นการปฏิบัติตาม CPG และการนิเทศ ติดตามผลการรักษา

2. ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การเข้าถึงการบริการล่าช้า
2. การประเมินเบื้องต้นไม่ถูกต้องและล่าช้า
3. การวินิจฉัยภาวะ Sepsis, Severe sepsis และ Septic shock ที่ล่าช้าและไม่ถูกต้อง
4. การให้การรักษาล่าช้า เช่น การให้ยาฆ่าเชื้อหลังการวินิจฉัยมากกว่า 1 ชั่วโมง
5. การให้สารน้ำในเวลา Early Goal Directed Therapy ช้ากว่ากำหนด
6. การปฏิบัติตาม CPG

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินการรักษาและวินิจฉัยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุหรือแผนกผู้ป่วยนอก
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และถูกต้องตามมาตรฐานตาม CPG
3. ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย
4. ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อก่อโรค
5. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในเวลา Early Goal Directed Therapy
6. ลดอัตราการตายไม่เกิน 50 %

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. มีการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ โดยเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและคัดกรองเบื้องต้น วางระบบ fast track ในการเข้ารับบริการ
2. จัดทำ Standing orderและ จัดทำ CPG / Care Map การดูแลผู้ป่วย
3. นำ SIRs criteria มาช่วยใน การวินิจฉัย Sepsis เพื่อส่งตรวจ Investigate ที่เหมาะสมและหาสาเหตุได้ทันเวลา
4. กำหนด Early warning sign และการรายงานค่า Critical lab value
5. สร้างระบบการเบิกจ่ายยาฆ่าเชื้อดาวน์ในผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยในเพื่อให้ได้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง
6. กำหนดเกณฑ์การรับผู้ป่วย Sepsis , Severe sepsis/ Septic shock เข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและในหอผู้ป่วยสามัญ วางแนวทางการสื่อสารภายในทีมการรักษาทั้งภายในและภายนอกแผนก
7. พัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis, Severe sepsis/ Septic shock ซึ่ง Refer โดยการให้ความรู้และนำส่งผู้ป่วยให้เร็วที่สุด

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558
1. ได้รับการประเมิน Early diagnosis sepsis	>90%	NA	83.72	98.03
2. การตายระบุงการติดเชื้อกระแสโลหิต	<50%	NA	42.35	37.03
3. ระยะเวลาให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง	>90%	NA	84.87	92.21
4. ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อที่เป็นต้นเหตุ	>80%	NA	92.88	98.44
5. สามารถระบุตำแหน่งที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ	>80%	NA	91.74	98.44
6. การให้สารน้ำในเวลา Early Goal Directed Therapy	>90%	NA	88.92	98.96
7. การประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการรักษา	>90%	NA	93.42	99.79

6. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis / Severe sepsis / Septic shock
2. กำหนดเส้นทางด่วนการรับยาปฏิชีวนะ
3. ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis / Severe sepsis / Septic shock เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย
4. จัดการอบรมเพื่อให้ปฏิบัติตาม CPG, Early warning sign

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Acute Cerebral Infarction)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน เป็นจำนวนมากเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดทุพพลภาพและอัตราตายสูง ในปี 2556 พบผู้ป่วย 516 ราย เสียชีวิต 57 ราย (11.04 %), ปี 2557 พบ 468 ราย เสียชีวิต 69 ราย (14.80 %) และ ปี 2558 พบ 491 ราย เสียชีวิต 68 ราย (13.84 %) ตามลำดับ

ในปี 2554 เปิดโครงการ Stroke fast tract ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่มีอาการภายใน 3 (4.5) ชั่วโมงภายหลังจากมีอาการ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ตามข้อบ่งชี้ซึ่งทุกรายต้องได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนซึ่งแต่ก่อนต้องส่งตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด(โรงพยาบาลรวมแพทย์) จนกระทั่งในเดือนเมษายนปี 2557 จึงเปิดให้บริการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ภายในโรงพยาบาลทำให้เพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับยาละลายลิ่มเลือดสูงขึ้น อัตราการได้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ปี 2555 จำนวน 7 ราย (1.41%), 2556 จำนวน 14 ราย (2.39 %), 2557 จำนวน 16 ราย (3.43 %), 2558 จำนวน 27 ราย (5.50 %)

ปี 2558 พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมอง 1 ราย (3.57%) ผู้ป่วยจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตอาการทั่วไปดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ได้ยาละลายลิ่มเลือดดีขึ้นจนเป็นปกติ 46% ดีขึ้นจนเกือบปกติ 18% ดีขึ้นเล็กน้อย 18% อาการไม่เปลี่ยนแปลง 9% เห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยที่ได้ยาสามารถลดทุพพลภาพลงได้อย่างมาก

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 การเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและครอบคลุมทั่วพื้นที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะ stroke fast tract
- 2.2 การวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว
- 2.3 คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (stroke fast tract) ที่จะให้ยาตามข้อบ่งชี้ ข้อห้ามอย่างเหมาะสม และให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ภายใน 1 ชั่วโมง (door to needle time) ที่ห้องฉุกเฉิน
- 2.4 เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของการได้ยาละลายลิ่มเลือดที่สำคัญคือภาวะเลือดออกในสมอง
- 2.5 การลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและภาวะทุพพลภาพ
- 2.6 การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ป้องกันการเกิดซ้ำ

3. เป้าหมายและเครื่องชี้วัดสำคัญ

- 3.1 ผู้ป่วยเข้าถึงช่องทางด่วน Stroke fast track และได้ยาละลายลิ่มเลือดมากขึ้น
- 3.2 ลดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพ จากโรคหลอดเลือดสมองตีบ
- 3.3 จัดให้มีระบบการส่งต่อที่ดีและมีการดูแลต่อเนื่อง
- 3.4 ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- ประชาสัมพันธ์การให้บริการช่องทางด่วน โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ตามข้อบ่งชี้

4.2 การคัดกรองและการประเมินผู้ป่วย

- มีระบบคัดกรองประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke fast track) ได้รับการตรวจโดยแพทย์ (Door to physician time) ภายใน 10 นาที, ประสานงานทีมผู้เกี่ยวข้อง (Door to stroke team) ภายใน 15 นาที

4.3 การตรวจวินิจฉัย

- การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยใช้แบบประเมิน GCS และ NIHSS score ที่ ER และ ICU
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Stroke fast track) ตรวจเลือดและได้ผลภายใน 20 นาทีส่ง CT brain scan (Door to CT) ในเวลาไม่เกิน 30 นาที

4.4 การดูแลรักษาและส่งต่อ

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke fast track) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน (Door to needle time) ภายใน 60 นาที, เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤติ (Door to monitor bed) ภายใน 180 นาทีจัดทำ Care map, CPG ในการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยทีมสหวิชาชีพ
- จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
- ส่งกายภาพบำบัดทุกราย และใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตามความเหมาะสม
- ส่งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด /on tracheostomy tube / ญาติมีปัญหาในการดูแล / เศรษฐฐานะ ประเมินสังคมสงเคราะห์ตามความเหมาะสม
- กรณีผู้ป่วย Stroke fast track หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือดและมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในสมองจะปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาททุกราย (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์)

4.5 การดูแลต่อเนื่อง

- จัดอบรม อสม. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค, ปัจจัยเสี่ยง, ใหู้จัก Stroke fast track, การบำบัดและฟื้นฟู การติดตามเยี่ยมบ้าน
- จัดนิเทศการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในชุมชน รพสต. อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี

5. ผลการพัฒนา

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
จำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (ราย)	-	497	516	466	491
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน	< 10 %	12.07 (60 ราย)	11.04 (57 ราย)	14.80 (69 ราย)	13.84 (68 ราย)
เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558

จำนวนผู้ป่วยที่เสนอเข้า Stroke fast tract	เพิ่มขึ้น	32	37	38	70
อัตราได้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย Stroke fast tract	>30%	21.87 (7 ราย)	37.83 (14 ราย)	42.10 (16 ราย)	40.00 (27 ราย)
อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด	0%	0	0	6.25 (1 ราย)	0
อัตราการได้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย หลอดเลือดเลี้ยงสมองตีบทั้งหมด	>5%	1.41 (7 ราย)	2.39 (14 ราย)	3.43 (16 ราย)	5.50 (27 ราย)
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในสมองเมื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือด	0%	0	0	0	3.70 (1 ราย)
ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้นหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด	>50%	NA	64.28	68.75	96.29

6. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- 6.1 ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชน เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรค หลอดเลือดสมองตีบ โดยเฉพาะ stroke fast tract
- 6.2อบรมฟื้นฟูวิชาการความรู้ทักษะ เกี่ยวกับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษาควบคุมปัจจัยเสี่ยง การให้ยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) การทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูให้กับบุคลากร ให้สามารถดูแลรักษา เบื้องต้นและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งการดูแลต่อเนื่อง
- 6.3 จัดตั้งศูนย์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit)
- 6.4 จัดตั้งธนาคารอุปกรณ์ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการยืมอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่นอนติดเตียง หรือมีปัญหาทางเดินหายใจร่วมด้วย เช่น on tracheostomy

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome)
วันที่ปรับปรุง	27 มกราคม 2559

1. บริบท

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยนาทเรนทรเริ่มมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrom (ACS) ตั้งแต่ปี 2551 มีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ยอดผู้ป่วยเฉลี่ย 433 รายในปี 2558 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยในและ ER จากการทบทวนเวชระเบียนอัตราการตายใน ST segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) สูงถึง 16.66% การได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ยังมีความล่าช้าและการได้รับการรักษาด้วยการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ Coronary angiography (CAG) ± Percutaneous Cardiac Intervention (PCI) ยังมีจำนวนน้อย

จากผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี 2558 พบว่า จำนวนผู้รับบริการ STEMI 102 ราย ได้รับการขยายหลอดเลือดโดยการให้ยา SK และ PCI รวม 85 ราย คิดเป็น 83.33% STEMI เสียชีวิต 17 ราย คิดเป็น 16.66% ที่ได้รับยาเสียชีวิต 5 ราย คิดเป็น 8.33% ไม่ได้รับยา SK เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็น 28.57% ซึ่งอัตราการได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาลยังไม่ได้ตามเป้าหมาย โรงพยาบาลชัยนาทเรนทรร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ STEMI จังหวัดชัยนาท จึงมีมติที่จะพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถบริหารยาละลายลิ่มเลือด (SK) ได้ครบทุกแห่งในปี 2559

2. ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 ได้รับยา SK ล่าช้า หลังจากเกิดอาการ
- 2.2 อัตราตาย STEMI ลดลง
- 2.3 เพิ่มอัตราการได้รับยา SK ของผู้ป่วย STEMI ที่มีข้อบ่งชี้
- 2.4 เพิ่มศักยภาพในการบริหารยา SK ของโรงพยาบาลชุมชนให้ได้ครบทุกแห่ง
- 2.5 การส่งต่อ/การรับคำปรึกษาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK + PCI ได้ตามเป้าหมาย 70%
- 3.2 อัตราการตายของ STEMI ลดลง
- 3.3 ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 3 ชม. หลังมีอาการเจ็บหน้าอก
- 3.4 มีระบบการประสานส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจากโรงพยาบาลชุมชนมาโรงพยาบาลจังหวัดและไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามข้อบ่งชี้

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว

- พัฒนาระบบ EMS ให้ครอบคลุมพื้นที่บริการของโรงพยาบาล และพร้อมออกรับผู้ป่วยภายใน 10 นาที หลังได้รับแจ้ง

4.2 การคัดกรองและการประเมินผู้ป่วย

- พัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วย STEMI ให้กับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ, พยาบาล ทั้งในโรงพยาบาล (เน้นที่ ER, OPD, ICU, หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง) และโรงพยาบาลชุมชน
- พัฒนาระบบ Fast tract STEMI โดยการจัดประชุมอบรมเจ้าหน้าที่ทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- มีแพทย์ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างใกล้ชิด
- มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลและเครือข่ายตลอดเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ

4.3 การวินิจฉัยถูกต้องและรวดเร็ว

- ตรวจคลื่นหัวใจภายใน 10 นาที และส่งตรวจ Cardiac enzyme ได้ผลภายใน 20 นาที

4.4 แนวทางการรักษาที่ได้มาตรฐานถูกต้องและเหมาะสม

- สามารถให้ยา Streptokinase ภายใน 30 นาที ตามข้อบ่งชี้ที่ ER
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม CPG, Care map และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ CHF, VT, VF, Cardiogenic shock
- เสริมทักษะและอบรมให้ความรู้ แก่บุคลากรเรื่องโรค, การรักษาและการให้ยา Streptokinase
- อายุรแพทย์หรือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นที่ปรึกษาได้ตลอดเวลา
- จัดหาเครื่องมือที่จำเป็นให้เพียงพอพร้อมใช้ ได้แก่ EKG, Defibrillator, Patient Monitor, Infusion pump
- จัดเตรียม ICU เพื่อรองรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา SK

4.5 ระบบการส่งต่อประสานเครือข่าย

- พัฒนาระบบส่งต่อ AMI - STEMI จากโรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลจังหวัด
- ปรับปรุงแนวทางการรับรักษาผู้ป่วย STEMI, การส่งต่อข้อมูล EKG ทาง Internet (เช่น line) หรือ FAX, การรักษาเบื้องต้น
- ประสานงานเครือข่ายส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในกรณีจำเป็น เช่น โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, โรงพยาบาลพุทธชินราช, โรงพยาบาลโรคทรวงอก, โรงพยาบาลราชวิถี, โรงพยาบาลศรีสวรรค์, โรงพยาบาลปิยะเวท เป็นต้น
- มีการติดตามผู้ป่วยโดยนัดมาติดตามการรักษาที่ OPD โดยมีอายุรแพทย์โรคหัวใจมาตรวจผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสตีลลดหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง
- ในกรณีจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านให้ส่งต่อไปที่ศูนย์ COC เพื่อประเมินและติดตามเยี่ยมบ้าน

4.6 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่เจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล, อสม, รพสต และ รพช. เครือข่าย
- จัดทำค่ายรักษหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง เน้นให้กลุ่มเสี่ยงมีความเข้าใจสามารถดูแลตนเองได้พร้อมกับสร้างเครือข่ายภายในชุมชน
- มีสัญญาณเตือนภัยในกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
จำนวนผู้ป่วย STEMI		105	86	102
อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK	70%	40 (42 ราย)	47.67 (41 ราย)	58.82 (60 ราย)
อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PCI	70%	25.71 (27 ราย)	20.93 (18 ราย)	41.67 (25 ราย)
รวมอัตราผู้ป่วยได้รับการทำ SK+PCI	70%	65.71	68.6	83.33
อัตราตายของ STEMI ทุกราย	<10%	20 (21 ราย)	23.26 (20 ราย)	16.67 (17 ราย)
อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK	<10%	9.52 (4 ราย)	12.20 (5 ราย)	8.33 (5 ราย)
อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ที่ไม่ได้รับยา SK	<10%	25.40 (16 ราย)	33.33 (15 ราย)	28.57 (12 ราย)

6. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1. เพิ่มศักยภาพ รพช. เครือข่ายในการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ รพช. 3 แห่ง ได้แก่ รพช.หันคา, รพช.สรรคบุรี, รพช. สรรพยา มินโยบายให้เพิ่มครบ 100% ในปี 2559
2. ปรับปรุงแนวทางการพิจารณาข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อเพิ่มอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วย STEMI โดยพิจารณาแก้ไขสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
 - 2.1 BP Drop / Cardiogenic Shock ต้องกำหนดขอบเขตการดูแลและวิธีการรักษาให้ชัดเจน
 - 2.2 พิจารณาปรับ Risk Profile ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย STEMI ของสถาบันโรคทรวงอก
 - 2.3 การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย
3. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต เพื่อหาสาเหตุและการแก้ไข
4. จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพโรค STEMI
 - 4.1 โครงการอบรมเรื่อง มาตรฐานการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยโรค STEMI
 - 4.2 โครงการอบรมเรื่อง การดูแลความปลอดภัยขณะส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และกรณีศึกษา
 - 4.3 จัดทำคู่มือ มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
5. ได้รับทุนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ รองส่งไปศึกษาต่อ
6. บรรจุตำแหน่งพนักงานราชการนักเทคโนโลยีด้านหัวใจ และทรวงอก จำนวน 1 ตำแหน่ง
7. การติดต่อส่งผู้ป่วยกับโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง สำหรับผู้ป่วยสิทธิ UC
 - โรงพยาบาลศรีสวรรค์
 - โรงพยาบาลปิยะเวท ซึ่งส่ง Cardiologist มาตรวจ เดือนละ 1 ครั้ง

****ส่วนสิทธิ์ประกันสังคม อยู่ระหว่างการประสานงาน****
8. เปิด Warfarin Clinic เริ่มเมื่อเดือน พฤษภาคม 2558

7. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- 7.1 พัฒนาระบบประเมินคัดกรองเบื้องต้นและกระบวนการดูแลรักษาในโรงพยาบาล
- 7.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายจังหวัดและชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- 7.3 ส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อสามารถให้ยา Streptokinase ที่โรงพยาบาลชุมชนได้ครบทุกแห่ง
- 7.4 จัดประชุมวิชาการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิให้สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงและให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ระดับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้สามารถดูแลรักษาเบื้องต้นและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพได้ทันเวลาการให้ยา SK
- 7.5 กำหนดบทบาทหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่บ้าน/รพ.สต./รพช./ER/ICU/หอผู้ป่วย ให้ชัดเจน เพื่อไร้รอยต่อในการปฏิบัติงาน
- 7.6 จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงในการดูแลทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การส่งต่อจนกลับถึงชุมชน เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
- 7.7 พัฒนาระบบส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อฉีดสีหลอดเลือดหัวใจให้รวดเร็วขึ้น

Clinical Tracer Highlight : การดูแลติดเชื้อ HIV ที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
สาขา	อายุรกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลติดเชื้อ HIV ที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

ผู้ติดเชื้อ HIV ถือเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์มากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยนอกจากทางร่างกายแล้วยังมีผลกระทบด้านอื่นอีกด้วยทั้งครอบครัว สังคม รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้นถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างถูกต้อง โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรให้การดูแลรักษาผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสมาตั้งแต่ปี 2546 ปัญหาที่เกิดขึ้นช่วงแรกๆ คือเรื่องปัญหาการยอมรับของทั้งผู้ป่วย ญาติ และสังคม รวมทั้งเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นจำนวนมาก และมีผู้ป่วยอีกไม่น้อยที่หยุดการรักษาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอทำให้อัตราการขาดการรักษาและอัตราการดื้อยาสูงและในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาให้ทันสมัยและเหมาะสมมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนสูตรยาใหม่หรือไม่เข้าใจเพียงพอที่จะอดทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น บางรายหยุดกินยาหรือกินยาไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหาการดื้อยาและเกิดโรคฉวยโอกาส ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 8.99 ที่ต้องกลับไปกินยาสูตรเดิมเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากยาหรือทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาสูตรพื้นฐานใหม่คือ 3TC, TDF, EFV ไม่ได้ ผู้ป่วยร้อยละ 8.05 ที่ดื้อยาและต้องเปลี่ยนสูตรยา และผู้ป่วยอีกร้อยละ 4.33 ที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างรับประทานยาต้านไวรัส

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสจำเป็นต้องกินยาให้ตรงเวลา เพื่อให้สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด
- 2.2 ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสต้องมีความรู้ความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการรักษาตลอดชีวิต
- 2.3 การประเมินผลการรักษาทางคลินิกรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาส ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาบางชนิดต้องมีประสิทธิภาพ
- 2.4 ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อควรได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสต้องมีอัตราการกินยาตรงเวลาไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
- 3.2 ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสคงอยู่ในระบบการรักษามารับยาสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- 3.3 ผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนสูตรยาต้องได้รับการเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาสูตรใหม่ทุกคนและถ้าพบปัญหาจากการกินยาต้องได้รับการแก้ไขทันที
- 3.4 หลังรับยาต้านไวรัสอย่างน้อย 6 เดือน ต้องไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- 3.5 ผู้ป่วยใหม่ทุกคนต้องได้รับการปรึกษา/แนะนำ/และคัดกรอง TB ปัญหาสุขภาพจิตและคัดกรองซ้ำทุก 6 เดือนในกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งมีการสนับสนุนกิจกรรมกลุ่มการดูแลตนเองของผู้ป่วย

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การคัดกรองและประเมิน

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายและอาสาสมัครเพื่อช่วยให้มีความสามารถในการคัดกรองและให้คำปรึกษาเรื่องโรคและการติดตามผลการรักษา
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการประเมินฤทธิ์ข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาแต่ละชนิด
- พัฒนาแบบติดตามความสม่ำเสมอและตรงเวลาในการกินยาของผู้ป่วย
- สร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม

4.2 การตรวจวินิจฉัย

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์ หรือเมื่อมีภาวะเสี่ยงทั้งทางคลินิกและทางสังคมจิตใจ

4.3 การดูแลรักษา

- ให้ความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาทั้งแบบส่วนตัวและแบบกลุ่มทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด
- จัดทำแนวทางการดูแลรักษาต่อเนื่องและส่งต่อให้บุคลากรในเครือข่ายใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2558	ปี 2559 (ต.ค.-ธ.ค.)
อัตราเฉลี่ยการกินยาตรงเวลาของผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัส	> ร้อยละ 95	93.85	92.56
ร้อยละของผู้ป่วยที่คงอยู่ในระบบการรักษามารับยาสม่ำเสมอ	> ร้อยละ 90	89	87.5
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลช่วยเหลือทันทีเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา	ร้อยละ 100	84	100
อัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสอย่างน้อย 6 เดือน	< ร้อยละ 5	4.33	0.28

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 6.1 พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในชุมชนให้สามารถดูแลและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาให้รวดเร็วและถูกต้อง
- 6.2 สนับสนุนความเข้มแข็งของกลุ่มผู้ติดเชื้อเพื่อเป็นแนวร่วมในการดูแลติดตามการรักษา ทั้งที่โรงพยาบาลและเยี่ยมบ้าน
- 6.3 จัดอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอทั้งบุคลากรสาธารณสุข, ผู้ป่วย, อาสาสมัครกลุ่มผู้ติดเชื้อและประชาชนในชุมชน

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
สาขา	อายุรกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยวัณโรค
วันที่ปรับปรุง	20 ตุลาคม 2558

1. บริบท

สถานการณ์วัณโรคในปี 2558 ของโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร พบว่า Success Rate ที่ได้ไม่ถึง 90% โดยในปี 2556 ผู้ป่วยเสมหะบวกที่นำมาประเมิน 26 ราย ยังมีเสียชีวิต 1 ราย และล้มเหลว 2 ราย คิดเป็นอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค เท่ากับ 84.62% ในปี 2557 ผู้ป่วยเสมหะบวก ที่นำมาประเมิน 33 ราย เสียชีวิต 3 ราย ล้มเหลว 1 ราย คิดเป็นอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคเท่ากับ 87.88% และในปี 2558 เสมหะบวกที่นำมาประเมิน 27 ราย (จาก 28 ราย รักษาเกิน 1 ปี ไม่นำมาประเมิน) เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค เท่ากับ 85.71% จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตด้วยโรคร่วม ได้แก่ HIV with Shock, COPD with AE, Acute Cholecystitis ผ่าตัดแล้วเสียชีวิต, Sepsis, เสียชีวิตที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยดื้อยา ทั้งหมดจำนวน 9 ราย เสียชีวิตก่อนผลการทดสอบความไวของเชื้อจำนวน 2 ราย เหลือเข้าระบบการรักษา 7 ราย

ดังนั้นโรงพยาบาลได้เห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง หายขาด ไม่ดื้อยา ลดอัตราการตาย

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. ลดอัตราการตาย
2. เพิ่มอัตราการหายขาด
3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

3. เป้าหมายการพัฒนา

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาถูกต้อง ครบถ้วน ลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อน	1. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (success rate) 2. อัตราเปลี่ยนของเสมหะ ระยะเข้มข้น (Conversion rate) 3. อัตราการขาดยา (Default Rate) 4. อัตราการตาย 5. อัตราการตรวจ HIV
2. การค้นหาผู้ป่วย ผู้สัมผัส เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน	1. ร้อยละการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การคัดกรอง

- มีการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยที่ OPD และ ER
- การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน, การคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ, กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มผู้ป่วย HIV
- การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้

4.2 การดูแลผู้ป่วย

- มีการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทีมสหสาขาวิชาชีพ
- การรักษาวัณโรคตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติปี 2556
- มีการจัดตั้งคลินิกวัณโรคและแยกเป็นสัดส่วนที่ห้องแยกโรคทางเดินหายใจ
- เกสซ์ซอร์มีการให้บริการจ่ายยาแบบ One Stop Service ผู้ป่วยได้รับประเมินอาการ ผลข้างเคียงของยา
- การจัดระบบติดตามนัดล่วงหน้า
- ประสานงานงานและส่งต่อข้อมูลให้กับ DTC อำเภอ และ รพสต. หรือ สอ.
- มีการประชุม Dots Meeting ของจังหวัด
- ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะเสมหะบวกหรือมีภาวะแทรกซ้อน Admit ที่หอผู้ป่วยห้องแยกโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและติดตามอาการข้างเคียงของยา กรณีไม่สามารถ Admit ได้ประสานงานเครือข่ายที่รับผิดชอบทราบและติดตามการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง
- จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดย DTC อำเภอ ให้แก่ อสม. และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในเรือนจำโดย สสจ. ชัยนาทและสคร.8 และร่วมกันคัดกรองในเรือนจำโดยส่งเสหะในกรณีผู้ป่วยมีอาการในปี 2558 จำนวน 75 ราย พบเสมหะบวก 3 ราย เข้าระบบรักษา
- ส่งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคเข้ารับการอบรมตามแผนงานวัณโรคเพื่อเพิ่มพูนความรู้
- จัดทำใบส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน ระบุรายละเอียดที่สำคัญพร้อมทั้งแจ้งเครือข่ายทราบข้อมูลเบื้องต้น
- ติดตามสาเหตุผู้ป่วยที่เสียชีวิตในปี 2556-2558
- บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม Tb CM และส่งข้อมูลให้ สสจ. และ สปสช. ทุกเดือน

5. ผลลัพธ์

ตัวชี้วัดทางคลินิก	ปี 2556		ปี 2557		ปี 2558	
	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (success rate)	89%	84.62	90%	87.88	90%	85.71
อัตราเปลี่ยนของเสมหะระยะเข้มข้น (Conversion rate)	90%	96.15 (1/26)	90%	93.33 (2/33)	90%	92.86 (2/28)
อัตราการขาดยา (Default Rate)	3%	0	3%	0	3%	0
อัตราการตาย	5%	3.84 (1/26)	10%	9.09 (2/33)	10%	10.71 (3/28)
อัตราการตรวจ HIV	100%	100	100%	98.7	100%	100
ร้อยละการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน	100%	100	100%	100	100%	100

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. ทบทวนแนวทางการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ตรงตามมาตรฐานและทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิต

2. พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการทำ DOT
3. พัฒนาระบบคัดกรองวัณโรคในชุมชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและครอบคลุมทุกพื้นที่
4. พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคให้มีความต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. พัฒนาระบบโปรแกรม Tb CM ให้ทำงานอย่างต่อเนื่อง

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด (Asthma)

โรงพยาบาล	ชัยนาทนเรนทร
-----------	--------------

สาขา	อายุรกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด (Asthma)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรคหอบหืดเป็นโรคของหลอดลมที่มีการอักเสบเรื้อรังจากสถิติผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เข้ามารักษาโรงพยาบาล ชัยนาทเรนทร ปี 2556 - 2558 มีจำนวน 518 ,510 และ 501 รายตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มา Re-visit ที่ ER หรือผู้ป่วยที่ Re-admit พบหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ถูกต้องตรงตามมาตรฐาน เนื่องจากไม่ได้รับการตรวจจากอายุรแพทย์ ไม่ได้รับคำแนะนำการพ่นยาจากเภสัชกร ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทีม PCT อายุรกรรม ได้จัดทำแนวทางการรักษาหอบหืดให้ง่ายขึ้น เพื่อให้แพทย์ทุกคนสามารถให้การรักษามาตรฐานเดียวกันและมีการจัดตั้งคลินิกโรคหอบหืด (Easy Asthma Clinic) โดยคัดกรองผู้ป่วยจากแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยที่ Re-visit / Re-admit การจัดบริการในช่วงบ่ายทำให้ทีมมีเวลาในการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยมากขึ้น เพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วยและมีการให้ความรู้เรื่องโรคหืดและแนวทางการรักษาโรค ความรู้เรื่องยาและวิธีการใช้ยาพ่นชนิดต่างๆแก่ผู้ป่วย ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งผลที่ได้จากการจัดตั้ง Easy Asthma Clinic คือการรักษาโรคหืดได้มาตรฐานมากขึ้น มีการวัด Peak flow และมีการใช้ยา inhaled corticosteroid เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและสามารถลดการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือลดการนอนรักษาที่โรงพยาบาลได้

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. การมารับการรักษาด้วยภาวะ acute attack ที่ ER หรือนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล
2. การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ถูกต้อง
3. ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4. การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. อัตราการมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน <2 %
2. ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลมได้ถูกต้อง 100 %
3. ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหืดได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การวางแผน/ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

1. จัดตั้ง Easy Asthma Clinic
2. จัดอบรมให้ความรู้แก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ที่ออกตรวจ GP / ทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. ประเมินความรุนแรงทุก visit ของการรักษา
4. ประเมิน Severity โดยการเป่า peak flow ทุกราย
5. ผู้ป่วยได้รับยาพ่น Inhaler corticosteroid หากมีข้อบ่งชี้

6. เกสซ์กรสอนและมีการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยทุกราย
7. การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง/ ประเมินผลความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคโดยพยาบาลวิชาชีพ
8. แจกเอกสารแผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคและการพ่นยาที่ถูกต้อง
9. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกรณีผู้ป่วย Re-visit
10. ผู้ป่วยที่ Re-visit ที่ ER และผู้ป่วยที่ Re-admit นัดเข้าคลินิก Asthma ทุกราย

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558
อัตราการ Re-visit ที่ ER ด้วย Acute attack	< 2 %	3.09	2.94	2.20
อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน	<1 %	0.60	0.30	0.11
อัตราผู้ป่วยเข้ารับการรักษานที่ Asthma Clinic	>90%	32.82	50.79	62.32
อัตราการพ่นยาขยายหลอดลมได้ถูกต้อง	100%	69.72	80.15	86.59

6. แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- การติดตามประสิทธิภาพการพ่นยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเกสซ์กร
- จัดโปรแกรม Breathing Exercise โดยนักกายภาพบำบัด
- อยู่ระหว่างดำเนินการจัดซื้อ spirometer เพื่อประเมินประสิทธิภาพของปอด ภายหลังรับการรักษา
- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรายที่ Re-visit / Re-admit บ่อย

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD)

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
-----------	-------------

สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease)
วันที่ปรับปรุง	25 มกราคม 2559

1. บริบท

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทรมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2556 - 2558 มีจำนวน 824, 1,233, 1964 รายตามลำดับ ซึ่งสาเหตุหลักพบว่าเป็นจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในปี 2557 - 2558 พบผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3 -5 ในผู้ป่วยเบาหวาน 12.04% และ 14.22% ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบ 10.20% และ 13.17% จากแนวโน้มที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้น PCT อายุรกรรมได้ประชุมและวางแผนเปิด CKD clinic ตั้งแต่มกราคม 2557 ผู้ให้บริการประกอบด้วยอายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกรและโภชนากร โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะคัดกรองและให้การรักษาที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ลดจำนวนการบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้ยังมีการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพื่อให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก กรณีไตเสื่อมระยะ 4-5 นัดผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างหน่วย CAPD และหน่วยล้างไต รวมถึงการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และมีความเชื่อมโยงถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนในการให้ความรู้เรื่องแนวทางการคัดกรอง การแบ่งระยะของภาวะไตวาย การวินิจฉัย การรักษาตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยระยะ

2. ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 1) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 2) การชะลอภาวะไตเสื่อม
- 3) การวินิจฉัยและบอกระยะของโรคไตเรื้อรังได้ถูกต้อง
- 4) การรักษาตามสาเหตุและให้การรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต
- 5) กระบวนการเสริมพลังและให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง / การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการรักษาและคำแนะนำในการบำบัดทดแทนไตอย่างถูกต้อง
- 6) ความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 1) ผู้ป่วยกลุ่มเบาหวานความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองและประเมินการทำงานของไตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีระยะคงที่หรือดีขึ้น
- 3) ได้รับการรักษาโดยการให้ยาหรือปรับขนาดของยา เพื่อชะลอการเสื่อมของไต
- 4) ได้รับการเสริมพลัง ให้ข้อมูลที่เพียงพอ

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- 1) อบรมให้ความรู้กับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล/รพ.สต./โรงพยาบาลชุมชนในเรื่อง

- ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง/การประเมินการทำงานของไต/การแบ่งระยะของโรคไต/การวินิจฉัย/ความรู้เรื่องยา/ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
- 2) ประชุมคณะทำงานและวางแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3) จัดทำแนวทางการคัดกรอง การดูแลรักษาและการส่งต่อที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
- 4) การคัดกรองภาวะไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 5) การประเมินผู้ป่วยเป็นระยะและให้การดูแลรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
- 6) การเสริมพลังและให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยและญาติในผู้ป่วยระยะต่างๆ
- 7) การพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยในระยะต่างๆ
- 8) พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

5. ผลการพัฒนา

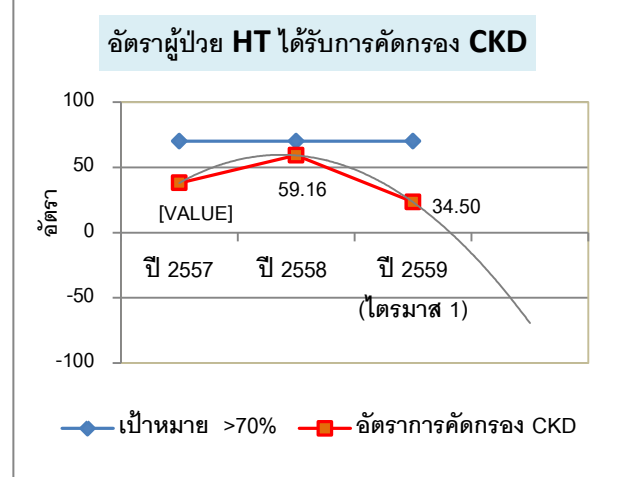
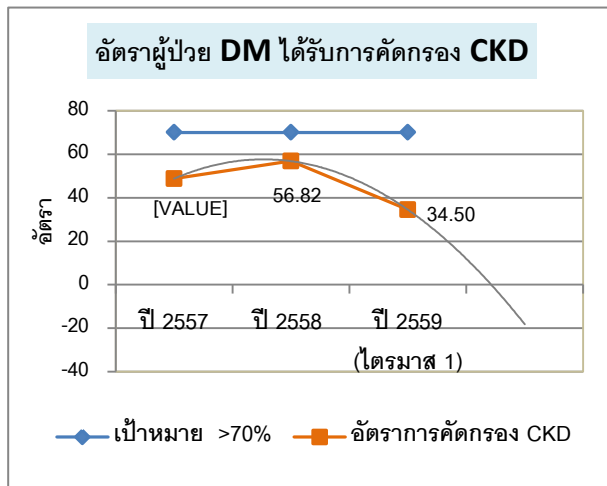
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559 (ต.ค- ธ.ค.58)
1. ร้อยละของผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะไตเรื้อรัง	>70 %	48.75	56.82	34.5
2. ร้อยละของผู้ป่วย HT ได้รับการคัดกรองภาวะไตเรื้อรัง	>70 %	38.05	59.16	23.36
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ GFR < 4ml./min/1.73 m ² /year ใน CKD clinic	>50 %	27.92	72.57	73.33
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ GFR < 4ml./min/1.73 m ² /year ในแผนกอายุรกรรม	>50 %	NA	48.52	52.20

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

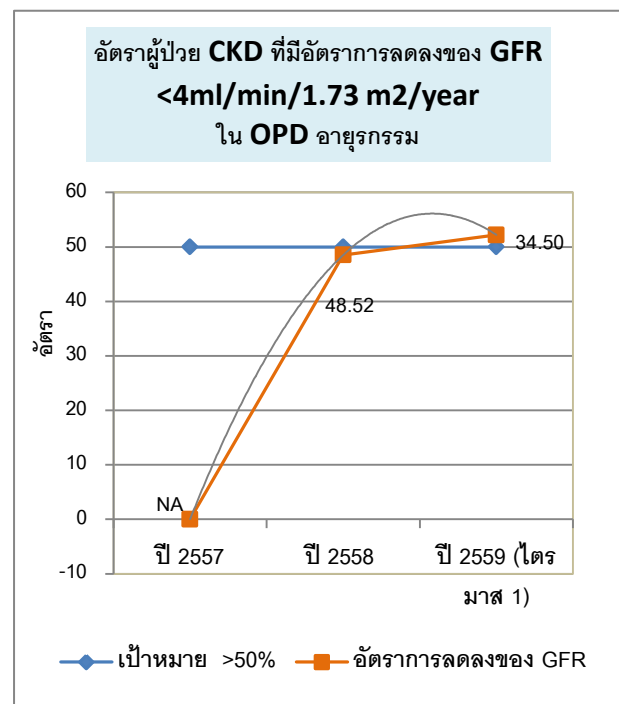
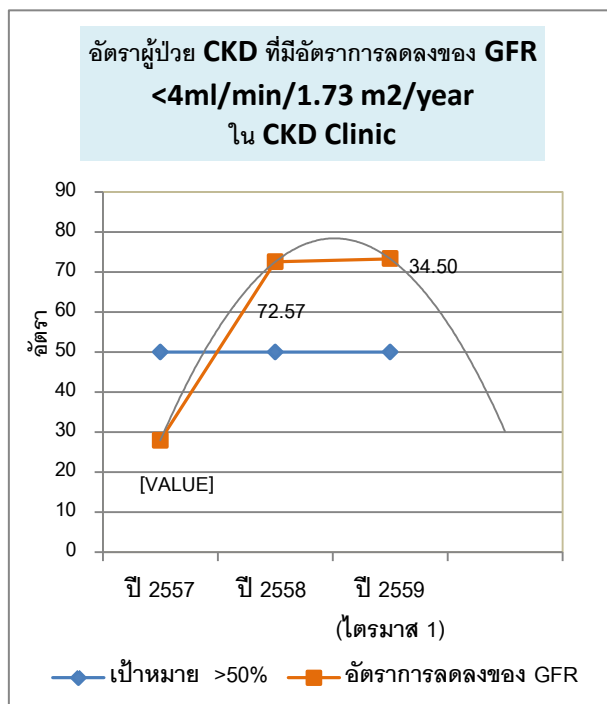
- 1) พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการอบรมบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
- 2) พัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต
- 3) คัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- 4) พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะแทรกซ้อนรวมถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย Chronic Kidney Disease

อัตราผู้ป่วย DM / HT ได้รับการคัดกรองภาวะไตเรื้อรัง



อัตราของผู้ป่วยไตเรื้อรังมีอัตราการลดลงของ GFR <4 mL/min/1.73 m²/year ใน CKD clinic / OPD Med



จากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากปี 2556 มีผู้ป่วยจำนวน 824 ราย ทีม PCT อายุรกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้เปิดให้บริการ CKD clinic ในเดือนมกราคม 2557 โดยเริ่มจากการส่งบุคลากร ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลและโภชนาการ เข้ารับการอบรมเสริมความรู้ร่วมกับเขตบริการสุขภาพที่ 3 เชิญบุคลากรจากโรงพยาบาลพิจิตรมาบรรยายให้ความรู้กับทีมงาน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นได้จัดทำแนวทางการคัดกรองภาวะไตเสื่อม การแบ่งระยะของโรคไต แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การตรวจ Yearly lab การให้บริการที่ CKD clinic โดยอายุรแพทย์ เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน (จาก OPD 2 คน CAPD 1 คน) โภชนาการ 1 คน โดยรับผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 4-5 ส่วนผู้ป่วยระยะที่ 1-3 ให้ตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรม และมีการมุ่งเน้นการรักษาตามมาตรฐานเพื่อชะลอความเสื่อมของไต การเสริมพลังและให้ความรู้จากแต่ละวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ผลลัพธ์ในปี 2557 พบว่าอัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองภาวะไตเรื้อรัง ในกลุ่ม DM = 48.75% ในกลุ่ม HT = 38.05% อัตราของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ GFR < 4ml./min/1.73m²/year ใน CKD clinic = 27.92% ในปี 2558 จึงเพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูง กรณีผู้ป่วยไตเสื่อมระยะ 4-5 ส่งเข้า CKD clinic การพัฒนาความรู้ทักษะของทีม รพ.สต., รพช. ในการคัดกรอง การแบ่งระยะของโรค การวินิจฉัย การรักษา แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยระยะที่ 4-5 การเป็นพี่เลี้ยง รพช. ในการเปิด CKD clinic จำนวน 4 โรงพยาบาลในปี 2558 โดยมีเป้าหมายเปิดครบทุกโรงพยาบาลในปี 2559 มีการพัฒนาความรู้ของบุคลากรโดยการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล, รพ.สต., รพช. ปีละ 1 ครั้ง ปี 2558 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ได้แก่ การเรียนรู้ Best Practice จากโรงพยาบาลคลองขลุงเพื่อนำผลมาพัฒนางาน

จากการคัดกรองผู้ป่วยไตเรื้อรังพบผู้ป่วยในระยะ 5 ในปี 2557-2559 พบจำนวน 42, 72, 24 ราย ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ถูกต้องด้วยวิธี CAPD, HD และ KT มีการขยายบริการโดยการเพิ่มจำนวนเตียงของหน่วยล้างไต ประสานงานกับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น การส่งต่อที่มีระบบชัดเจนจาก รพช. ผลลัพธ์ปี 2558 พบว่าอัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองภาวะไตเรื้อรัง ในกลุ่ม DM = 56.82% ในกลุ่ม HT= 59.16% อัตราของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ GFR< 4ml./min/1.73 m²/year ใน CKD clinic =72.57% OPD อายุรกรรม 48.52%

ในปี 2559 ได้วางแผนการส่งผู้ป่วยจาก OPD อายุรกรรมเข้า CKD clinic ให้มากขึ้น วางแผนการชะลอความเสื่อมของไต ในกลุ่มผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ 3 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยจะเปิดดำเนินงานในเดือนมีนาคม 2559

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
-----------	-------------

สาขา	อายุรกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบโรคเบาหวานเป็นอันดับ 2 ของสาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก สถิติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอกในปี 2556 - 2558 ดังนี้ 10,119 ราย 9,806 ราย และ 9,495 ราย ตามลำดับ สถิติการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน ดังนี้ 2,263 ราย 2,386 ราย และ 2,691 รายรวมทั้งมีผู้ป่วยเบาหวานที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้อาการอยู่ลำดับที่ 6 จำนวน 8 ราย ในปี 2557 การคัดกรองเบาหวานในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 87.24, 86.17 และ 80.44 อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 0.34, 0.27 และ 1.15 ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับ HbA1c <7% คิดเป็นร้อยละ 36.69, 36.43 และ 35.06 เกิดภาวะแผลที่เท้า จำนวน 2, 14 และ 6 ราย ภาวะแทรกซ้อนทางตา 11.05, 9.05 และ 15.09 ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 4.68, 3.42, 2.51 ผู้ป่วยที่มารับบริการเข้าตรวจด้วย Acute Hypoglycemia ที่นอนโรงพยาบาล 125, 169, 110 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มารับบริการเข้าตรวจด้วย Acute Hyperglycemia ที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 56, 68, 96 ราย ตามลำดับ รวมทั้งยังพบผู้ป่วยที่ Re-admit ใน 28 วันจำนวน 8 รายในปี 2556 และ 2557 และ 9 รายในปี 2558

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การคัดกรองเบาหวานในชุมชนยังทำได้น้อย
2. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานยังทำได้น้อย
3. กลุ่มผู้รับบริการภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน (ตา ไต เท้า) มีจำนวนมากเพิ่มขึ้น
4. ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราตาย

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ส่งเสริมสุขภาพในประชาชนให้ได้รับการคัดกรองเบาหวานเพิ่มขึ้น
2. ผู้รับบริการโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มขึ้น
3. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินก่อนมาโรงพยาบาลและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต เท้า ช่องปาก

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้ได้รับการคัดกรองเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยร่วมกับทีมสุขภาพเครือข่าย ในการคัดกรองผู้รับบริการในชุมชน ประสานงานและติดตามแบ่งกลุ่มผู้รับบริการออกเป็น

- กลุ่มปกติ ดูแลโดยทีมเวชกรรมสังคม
- กลุ่มเสี่ยง มีการคัดกรองและให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.
- กลุ่มป่วย ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ช่องปาก
- กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานชะลอการเสื่อมของอวัยวะสำคัญและลดการคุกคามของภาวะแทรกซ้อน

4.2 การวางแผนดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มขึ้น และพบภาวะแทรกซ้อนลดลง

- ลดการเกิด Acute Complication ฉุกเฉินก่อนมาโรงพยาบาลและขณะรับไว้ในโรงพยาบาล โดยการกำหนดแนวทางการดูแลการดูแลผู้ป่วยที่เกิด Acute Complication ได้แก่ Hypoglycemia, Hyperglycemia, DKA, HHNK ร่วมกันพร้อมมีการส่งต่อข้อมูลที่คลินิกเบาหวาน
- ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต เท้า ช่องปาก มีการวางระบบเพิ่มการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้าและช่องปาก โดยผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจหาโดยจักษุแพทย์ ปัญหาเรื่องไตส่งเข้า CKD Clinic มีการตรวจเท้าโดยนักร่างกายภาพบำบัดหากพบปัญหาเรื่องเท้าส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มีปัญหาเรื่องแผลที่เท้าส่งปรึกษาศัลยแพทย์ ตรวจช่องปากโดยทันตแพทย์มาให้บริการเชิงรุกที่คลินิกเบาหวาน
- จัดอบรมการดูแล 5 สัญญาณเตือนภัย อันตรายภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในเครือข่ายจังหวัดชัยนาท
- แจกเอกสารพร้อมปฏิทินการดูแลตนเอง 5 สัญญาณเตือนภัยให้กับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินที่บ้าน
- มีการทำ SMBG ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- พัฒนาโปรแกรมความรู้เรื่องโรคเบาหวานให้กับผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการในโรงพยาบาล
- มีทีมสหวิชาชีพมาให้ความรู้และประเมินปัญหาที่คลินิกเบาหวาน ได้แก่ เภสัชกรให้ความรู้และคัดกรองปัญหาเรื่องการใช้ยา สอนฉีดอินซูลิน และมีนักโภชนาการมาให้ความรู้เรื่องอาหารในกลุ่มที่มีปัญหาคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

4.3 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง

- จัดค่ายการอบรมสำหรับผู้รับบริการ
- ค่ายเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1, 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน
- ค่ายเบาหวานกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ FBS >180 mg% 2 ครั้ง หรือ HbA1C >8%

4.4 การดูแลต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบนัดมีการติดตามในรายที่ไม่มีตามนัดและมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบแนวทางการรักษา การส่งต่อ เชื่อมโยงทั้งภายในโรงพยาบาล เครือข่ายและชุมชน

5. ผลการพัฒนา

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2556	ปี2557	ปี2558
1. อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	< 4%	0.34	0.27	1.15
2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1c <7%	> 40 %	36.69	36.43	35.06
3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า LDL <100 mg%	> 70 %	26.88	32.88	29.46
4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	< 2 %	0.33	0.79	1.38
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2556	ปี2557	ปี2558
5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา	< 10 %	11.05	9.05	15.09
6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	< 5 %	4.68	3.42	2.51

7. อัตราการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	< 5 %	3.30	3.29	5.60
8. อัตราการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	< 5 %	7.37	9.61	6.41
9. อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน	< 2 %	0.47	0.45	0.52

พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมี HbA1C <7% ยังไม่ได้เป้าหมาย โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ยังทำได้ไม่ครอบคลุม คณะทำงานโรคเบาหวานจึงได้มาวางแผนการพัฒนาร่วมกัน โดยได้ตั้งเกณฑ์ในการส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อพบ Nurse case manager รายการนี้ พร้อมทั้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ สร้างเสริมพลังอำนาจในตนเองให้กับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

อัตราการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะ Acute Complication Hyperglycemia มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังไม่ครอบคลุม

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. เพิ่มการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต เท้า
2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล
3. จัดทำค่ายผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง
4. พัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งส่งเจ้าหน้าที่อบรม mini case manager
5. Update แนวทางการดูแลรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เรื้อรัง ตา ไต เท้า ช่องปาก และระบบส่งต่อ การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เชื่อมโยงทั้งภายในโรงพยาบาล เครือข่ายและชุมชน

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIH)

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
-----------	-------------

สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper GI Haemorrhage)
วันที่ปรับปรุง	30 กันยายน 2558

1. บริบท

ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นปัญหาที่พบบ่อย สาเหตุส่วนใหญ่เป็นจากแผลในกระเพาะอาหาร โดยมีสาเหตุหลักจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs กลุ่ม Steroid การดื่มสุรา ซึ่งภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะที่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นทำให้สามารถวินิจฉัย ให้การรักษารวมทั้ง ปรึกษาศัลยแพทย์ร่วมประเมินดูแลตามข้อบ่งชี้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

- 2.1 การวินิจฉัยแรกเริ่ม และการประเมินความรุนแรงของโรค
- 2.2 การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร
- 2.3 การรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน โดยสหวิชาชีพ
- 2.4 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 เพิ่มอัตราการตรวจด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น
- 3.2 ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- 4.1 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล
- 4.2 ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
- 4.3 มีการให้คะแนน BLATCH FORD SCORE เพื่อการประเมินความรุนแรง
- 4.4 เฝ้าระวังติดตามอาการโดยใช้ Modified Early Warning Sign (MEWS) และการรักษาภาวะวิกฤตอย่างทันท่วงที
- 4.5 กำหนดแนวทางการให้เลือดเพื่อให้เลือดอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม
- 4.6 จัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกับแพทย์, พยาบาล, ทีมสหสาขา รพช. รพสต. อสม.
- 4.7 ฝึกอบรมการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษาผ่านทางการส่องกล้องทางเดินอาหาร
- 4.8 วางแนวทางปรึกษาแผนกศัลยกรรมเพื่อพิจารณาให้การรักษา เช่น ผ่าตัด หรือส่องกล้องนอกเวลาราชการได้ในกรณีฉุกเฉิน
- 4.9 เพิ่มช่องทางการสื่อสารส่งข้อมูลตอบกลับการเยี่ยมบ้านให้โรงพยาบาลชุมชน
- 4.10 จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น และการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคกระเพาะอาหาร

5. ผลการพัฒนา

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558
------------------	----------	------	------	------	------

1.จำนวนผู้ป่วย UGIH	-	425	408	412	315
1.1 เป็นโรคตับแข็ง	-	34.82 (148 ราย)	46.81 (191 ราย)	23.54 (87 ราย)	18.73 (59 ราย)
1.2 เป็นมะเร็งกระเพาะ	-	0.70 (3 ราย)	0	1.94 (8 ราย)	0.003 (1 ราย)
2. อัตราการเกิด Hypovolemic shock	<20%	12.99 (53 ราย)	16.91 (69 ราย)	18.93 (78 ราย)	17.14 (54 ราย)
3. อัตราการเกิด acute renal failure	<10%	5.88 (25 ราย)	9.55 (39 ราย)	9.46 (39 ราย)	11.75 (37 ราย)
4. อัตราการได้รับเลือด (blood transfusion)	<80%	86.82% (369 ราย)	98.39 (400 ราย)	96.11 (396 ราย)	81.90 (258 ราย)
5. อัตราผู้ป่วยได้รับการส่องกล้อง ทางเดินอาหาร	>50 %	20.47 (87 ราย)	18.87 (77 ราย)	23.54 (97 ราย)	24.76 (78 ราย)
6. อัตราการได้รับการผ่าตัด	-	0	0.73 (3 ราย)	1.94 (8 ราย)	0
7. อัตราตายในผู้ป่วย UGIB	<10%	8.70 (37 ราย)	13.23 (54 ราย)	9.46 (39 ราย)	9.84 (31 ราย)

6. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- 6.1 จัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกับแพทย์, พยาบาล, ทีมสหสาขา รพช. รพสต. อสม. อย่างต่อเนื่อง
- 6.2 เพิ่มช่องทางการส่งต่อผู้ป่วยหรือให้บริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นให้กับ รพช. ปรีक्षाทางโดยตรงทางโทรศัพท์หรือ Line application
- 6.3 ฝึกอบรมการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นอย่างสม่ำเสมอ
- 6.4 เปิดศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

โรงพยาบาล	ชัยนาทเรนทร
-----------	-------------

สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
วันที่ปรับปรุง	มกราคม 2559

1. บริบท

โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในพื้นที่มากเนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยใน Top 10 ของโรคผู้ป่วยนอก และในโรงพยาบาล และขณะเดียวกันต้องรับ Refer จากโรงพยาบาลเครือข่ายเพิ่มขึ้น ทีมอายุรกรรมมีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา สถิติจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ปี 2556 - 2558 พบผู้ป่วยที่มี Acute exacerbation จำนวน 299, 270 และ 243 คน จากผู้ป่วยจำนวน 687, 700 และ 686 คนตามลำดับและกลุ่มนี้บางรายมีโรคร่วมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 37, 47 และ 45 ราย

2. ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 ลดการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค
- 2.2 ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- 2.3 อัตราการเสียชีวิตจาก COPD
- 2.4 ผู้ป่วยสามารถเข้ายาได้ถูกต้อง

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 อัตราการ Admit
- 3.2 อัตราการ Re-Admit ใน 28 วัน
- 3.3 อัตราการเสียชีวิต
- 3.4 อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
- 3.5 อัตราการพ่นยาถูกต้อง

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การวางแผนและการดูแลผู้ป่วย

- จัดตั้ง Clinic COPD ทุกวันพฤหัสบดีโดยทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงพฤติกรรม
- กำหนด Criteria การคัดผู้ป่วยเข้าคลินิก และนำเสนอเสนอมาใช้ในการเก็บสถิติ
- พัฒนาระบบการรักษาให้ได้มาตรฐาน
- มีการวางแผนจำหน่าย และดูแลต่อเนื่อง

4.2 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย

- เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้เน้นความรู้เรื่องโรคยา การฝึกหายใจ

4.3 การดูแลต่อเนื่อง

- ร่วมกับงานเวชกรรมสังคมในการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค ≥ 1 ครั้ง ใน 2 เดือน, มีการใช้ Home O₂ therapy, ผู้ป่วยที่ Re-Admit ภายใน 28 วัน ≥ 1 ครั้ง ในเดือน หรือมีโรคร่วมไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558
อัตราการ Admit ในผู้ป่วย COPD Acute Exacerbation	<30%	43.5	38.6	35.2
อัตราการ Re-Admit ใน 28 วัน	<15%	0	0	0.43
อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย COPD	<5%	4.9	6.7	6.5
อัตราการเกิดภาวะ Acute Respiratory Failure	<10%	14.4	12.2	14.8
ผู้ป่วยคลินิก COPD ที่ใช้ยาสูดพ่นถูกต้อง	>85%	N/A	N/A	N/A

จากการวิเคราะห์ตัวชี้วัดพบว่ายังมีปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วย COPD ที่ไม่ได้มาตรฐาน ขาดแนวทางการรักษาที่ชัดเจนผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้เรื่องโรค, การพ่นยา การฝึกหายใจไม่ถูกต้อง ทีมดูแลรักษามีความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงเริ่มจัดตั้ง Clinic COPD โดยสหสาขาวิชาชีพ และมีการพัฒนาผู้ป่วยตามมาตรฐาน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องโรค ลดอัตราการ Admit, Re-Admit ใน 28 วัน, การเสียชีวิต, การเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และการใช้ยาไม่ถูกต้อง

6. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- 6.1 จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
- 6.2 พัฒนานุเคราะห์โดยจัดอบรมการใช้เครื่องตรวจวัดสมรรถภาพปอดที่ถูกต้อง
- 6.3 พัฒนาตัวชี้วัดเพื่อให้สามารถวัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น อัตราการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง, อัตราเลิกบุหรี่สำเร็จ, ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นต้น
- 6.4 พัฒนาระบบการส่งต่อการดูแลร่วมกับแผนกเวชกรรมสังคมเพื่อเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะกำเริบ