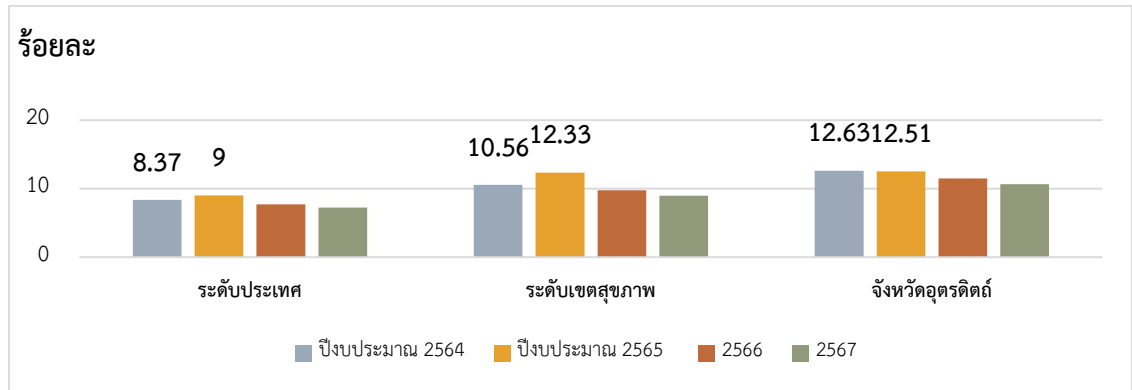


3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

1. สถานการณ์

แผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับประเทศ, ระดับเขต, ระดับจังหวัด



ที่มา : ฐานข้อมูล HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

โรคหลอดเลือดสมองจังหวัดอุตรดิตถ์ เกิดได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง พบมากในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี และผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564-2567 จำนวน 1,316, 1,471, 1,884 และ 1,862 ราย ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2564 - 2567 ร้อยละ 12.63, 12.51, 11.47 และ 10.66 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของจังหวัดอุตรดิตถ์ สาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ร้อยละ 26.75
2. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ร้อยละ 4.72

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ให้มีคุณภาพ

1) จัดประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข, วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน และร่วมกันวางแผนพัฒนาระบบบริการ, ทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย จังหวัดอุตรดิตถ์, ทบทวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ในระบบ HDC

2) เฝ้าระวังและสร้างความตระหนักรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM HT ที่มีเข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง CVD risk เพื่อให้เข้าถึงบริการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็ว

3) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

4) พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลและชุมชนให้มีคุณภาพและต่อเนื่อง

5) พัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ให้มีคุณภาพและต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานกิจกรรม

1) ประชุม ในวันพุธที่ 6 ธันวาคม 2566 เวลา 09.00 - 12.00 น. ณ ห้องประชุมศรีอุตรา อาคารอำนวยการ ชั้น 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

2) คลินิก NCD มีการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM HT ทุกครั้งที่มารับบริการ และสร้างความตระหนักรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM HT ที่เข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง CVD risk เข้าถึงบริการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างรวดเร็ว

3) จัดทำแนวทางระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ของจังหวัดอุดรดิตถ์เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อมีอาการรุนแรง

4) จัดทำคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

5) จัดทำข้อมูลและแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

1) จัดอบรมการประเมิน คัดกรอง วินิจฉัย และดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผ่านระบบออนไลน์ Zoom meeting

ผลการดำเนินงานตามกิจกรรม อยู่ระหว่างการจัดเตรียมแผนในการฝึกอบรม

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการจัดเก็บและส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา โปรแกรมการบันทึกข้อมูล

1) จัดทำรูปแบบการจัดเก็บฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุดรดิตถ์

2) จัดประชุมชี้แจงแนวทางการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

3) จัดระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาในการบันทึกข้อมูล

4) จัดทำคู่มือการจัดเก็บและส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

ผลการดำเนินงานตามกิจกรรม จัดทำ Google sheet ในการเก็บฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลยุทธ์ที่ 4 กำกับ ติดตาม การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

1) การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

2) การดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

3) การดำเนินงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

4) การบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ในระบบ HDC

5) จัดทำแผนนิเทศเยี่ยมเสริมพลัง รพช.ทุกแห่งในการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 1 แสดงคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี									ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
		1.ฟกทำ	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง				
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (60-69) ทั้งหมด <ร้อยละ 7 (ข้อมูลจากรพ.)	เป้าหมาย	32	36	79	103	72	139	214	234	445	1463	1569	1,471	1,316
	ผลงาน	4	4	7	5	4	17	30	32	48	160	183	184	174
	ร้อยละ	12.5	11.11	8.86	4.85	5.55	12.23	14.0	13.67	10.79	11.12	11.66	12.51	13.22

ตัวชี้วัดและ เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน										ปี	ปี	ปี	ปี
		1.พาท่า	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.พาลี	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	2567	2566	2565	2564
ร้อยละผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง (I60-I69) มีอาการไม่เกิน 72 ชม ได้รับ การรักษาใน Stroke unit ≥ ร้อยละ80	เป้าหมาย	27	27	68	82	71	123	177	203	444	1222	675	306	1,073
	ผลงาน	26	20	59	73	65	110	159	179	405	1096	615	259	803
	ร้อยละ	96.3	74.07	86.76	89.02	91.55	89.43	89.83	88.18	91.22	89.69	91.11	84.64	74.84
อัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (I60-69) ทั้งหมด <ร้อยละ 7 (ข้อมูลจาก DHC)	เป้าหมาย	7	9	14	14	19	28	31	44	1411	1649	1569	1,471	1,316
	ผลงาน	0	0	1	0	4	3	2	5	157	176	183	184	174
	ร้อยละ	0	0	7.14	0	21.05	10.71	6.45	11.36	11.12	10.67	11.47	12.51	12.63

ที่มา : รายงานประจำเดือนโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

3. การวิเคราะห์ปัญหา และปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

จากข้อมูลอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองตาม ICD10 (I60-I69) ในโรงพยาบาล (1ต.ค.66- 30 ก.ย.67) ในภาพรวมของจังหวัด เท่ากับ 10.66 เมื่อแยกสาเหตุการเสียชีวิตพบว่า โรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) (I64-I69) มีอัตราการตาย ร้อยละ 26.75 สูงกว่า โรคหลอดเลือดสมองตีบ (I63) ที่มีอัตราการตายร้อยละ 4.72 ปัญหาที่พบคือ สภาพผู้ป่วยที่มีอาการหนัก มีการส่งรายงานสภาพผู้ป่วยมาทางศูนย์ Refer และประสานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนผู้ป่วยจะมาถึง รพศ. เพื่อเตรียมรับผู้ป่วย และพบปัญหาการวินิจฉัยผู้ป่วยล่าช้าจากแพทย์ผู้รักษาในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ผู้ป่วย Ischemic Stroke อัตราการตาย ร้อยละ 4.72 แสดงถึงการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า คือ ไม่รู้อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลญาตินำผู้ป่วยไปรักษาตามคลินิกเพื่อรอดูอาการ และการไม่ทราบวิธีการขอความช่วยเหลือ เพื่อลดอัตราการเข้ารับบริการล่าช้า การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักรู้เรื่องความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke awareness) และ Early warning sign และการให้ความรู้เรื่องการรับบริการ 1669 จากการวิเคราะห์สาเหตุการตาย พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เกิดจากการมารับยาไม่ทันเวลา การมีข้อบ่งชี้ของการรับยา ซึ่งพบในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke อัตราการตาย ร้อยละ 26.75 พบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว และมีภาวะเลือดออกในตำแหน่งที่ลึก และมีจำนวนมาก ไมยินยอมรับการรักษา

โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดอุตรดิตถ์ได้ทำ MOU กับสถาบันประสาท ในปี 2559 และมีการส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรของสถาบันประสาท ได้รับการประเมินจากสถาบันประสาท และ Stroke Unit ใน รพศ.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2561 ทั้งนี้การดำเนินการต่อไปคือประเมินตนเองตามเกณฑ์ SSCC

(18 ตัวชี้วัด) และพัฒนาส่วนขาด และรับประเมินจากสถาบันประสาท ผ่านการประเมิน ระดับ 5 ดาว ปี 2565 ปี 2566 และ ปี 2567 ได้รับรางวัลคุณภาพ ระดับประเทศ ระดับสากล Angle Award ระดับ Gold/ Platinum

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) ส่งเสริมการตระหนักรู้เรื่อง Stroke in hospital, stroke alert & awareness สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน บุคลากรในโรงพยาบาล
- 2) หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) มีจำนวน 24 เตียง โดยแบ่งเป็น acute กับ non acute เมื่อพ้นภาวะวิกฤตส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ IMC เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง
- 3) ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์และโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน
- 4) ทบทวน Dead case ทุกราย หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ
- 5) จัดเก็บข้อมูลในระดับหน่วยงาน ระดับจังหวัด และระดับประเทศโดยฐานข้อมูล HDC และสามารถนำข้อมูลมาใช้สำหรับสถาบันประสาทวิทยา เพื่อเป็นฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการดูแล

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา และสาเหตุของปัญหา ปี 2567	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1. โครงสร้างคณะกรรมการและคณะทำงานไม่เป็นปัจจุบันและยังไม่ถึงระดับอำเภอ	1. จัดทำโครงสร้างให้เป็นปัจจุบันและให้ถึงระดับอำเภอ
2. มีแนวทางการดูแลแต่ยังไม่ได้นำมาปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน - การติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง โดยเยี่ยมดูงานระบบการทำงาน รพช. - ผลลัพธ์ของการใช้ Stroke Kit มีกระบวนการทำงานเร็วขึ้น แต่ Door to needle time ไม่ทัน 60 นาที - กระบวนการ Stroke in Hospital ยังล่าช้ายังพบ DTN > 60 min ในปีงบประมาณ 2567	2. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประกาศใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด - จัดโครงการติดตามเยี่ยมและติดตามตัวชี้วัดอย่างน้อย 3 เดือนครั้ง - พัฒนาให้มีการเพิ่มความรู้ให้ญาติที่เฝ้าเพื่อเป็นการสังเกตอาการผู้ป่วยเบื้องต้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลง เป็นการ Activate Stroke ได้เร็วขึ้น - ซ้อมแผนการเกิด Stroke in hospital อย่างต่อเนื่อง - Line Alert Stroke in Hospital (กำลังดำเนินการ)
3. ผู้ป่วยเข้ารับบริการล่าช้า - ผู้ป่วยที่มาด้วย Unknown Onset มีการส่ง MRI เพิ่มเติม ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และ Door to needle time เพิ่มขึ้น - ผู้ป่วยที่มาทันเวลาให้ IV rtPA แต่มี Hypertension ส่งผลให้ Door to needle time เพิ่มขึ้น - การลงข้อมูลระบบ SFT ของรพช.ไม่ถูกต้อง และล่าช้า - กระบวนการ Activate Stroke Fast Track รพช.ล่าช้า	3.1 สร้างสื่อประชาสัมพันธ์ Early Warning sign ,การใช้บริการ 11669 ให้กับกลุ่มเสี่ยง CVD risk 3.2 ติดข้อความ บน IT board และ รถ Refer 3.3 ปรับปรุงช่องทางการลงข้อมูลใน Google form ให้ลงข้อมูลได้ง่าย เข้าใจ และถูกต้อง 3.3 มีการแจ้งเตือนไลน์ Notify ให้ต้นทาง รพช.ทราบ และตอบรับ เพื่อให้ได้ข้อมูล Real Time 3.4 ทบทวนและพัฒนา CPG Stroke Fast track ในแต่ละ

ปัญหา และสาเหตุของปัญหา ปี 2567	แนวทางการแก้ไขปัญหา
	รพช. ให้เป็นแนวทางเดียวกัน
<p>4. การวินิจฉัยและการดูแลรักษาล่าช้าเนื่องจากบุคลากรการขาดความรู้ความชำนาญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การวินิจฉัยผิด และ admit ผิด ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตาม CPG - รพ.เอกชนเริ่มมีการให้ rtPA เอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตาม CPG และไม่มีระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ 	<p>4.1 จัดอบรมหรือ Teleconference เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรปีละ 1 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - อบรมให้ความรู้และพัฒนาการวินิจฉัยเบื้องต้น - การให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน <p>โรงพยาบาลอุดรธานีใน Acute Stroke ที่ walk in มาที่ ER หรือ refer จากรพช.มาเพื่อยืนยันการวินิจฉัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้นวัตกรรม Stroke Kit ก่อนส่งมา รพช. เพื่อลด door to needle time <p>4.2 แนะนำให้รพช.จัดทำนวัตกรรม Stroke Kit</p> <p>4.3 มีระบบ Consult แพทย์ที่เลี้ยง หรือแพทย์อายุรกรรมระบบประสาทนอกเวลา</p> <p>4.4 เชิญผู้เชี่ยวชาญและดูแลงาน SFT ในรพ.เอกชนเข้ามาเพื่อพัฒนาคุณภาพ และสร้าง CPG ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายจังหวัด</p> <p>4.5 พัฒนาโครงสร้างและทีม ในการทำหัตถการ Mechanical Thombectomy</p>
<p>5. การติดตามผู้ป่วยหลังการรักษายังไม่ครอบคลุมทุกคนที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด (Loss F/U)</p>	<p>5.1 พัฒนาโปรแกรม UTT care เพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วย และโปรแกรม UTT Seamless Care ในการติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยส่งต่อข้อมูลการเปลี่ยนกลุ่มผู้ป่วย เมื่อครบ 6 เดือนไปยัง LTC PC HHC ติดตามต่อเนื่อง ร่วมงาน IMC</p> <p>5.2 ส่งข้อมูลผู้ป่วย Thai COC พัฒนาการตอบกลับในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยใช้ IMC เป็นต้นแบบ</p>

ผู้รับผิดชอบงาน

1. ชื่อ-สกุล.....นางนฤมล สบายสุข
ตำแหน่ง....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทรศัพท์... 088-2691626
ID Line...088-2691626
2. ผู้รายงาน นางสาวชญญา อุทิศสิริพานิช
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 0882826164
ID Linelovedog6

หัวหน้ากลุ่มงาน

2. ชื่อ-สกุล.....นางอัจฉราวดี เสนีย์
ตำแหน่ง..นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทรศัพท์.. 093-5965145
ID Line...093-5965145