



# สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการดำเนินงาน 8 เดือน ( ต.ค. 60 – พ.ค. 61 )

## สถานการณ์

- ปัจจุบันมี Stroke Unit ที่ รพร. สระแก้ว 7 เตียง และให้ยา rt-PA ตั้งแต่ปี 58
- มี Stroke Corner ใน รพช. ทุกแห่ง
- มีระบบ Stroke Fast track ใน รพช. และ รพท.
- ผู้ป่วย Hemorrhage Stroke เสียชีวิต ปี 2558, 2559 และ 2560 = 23.2%, 26.4% และ 30%
- ผู้ป่วยที่มีอาการยังเข้ารับการรักษาล่าช้ากว่าเวลาที่กำหนด
- ประชาชนยังขาดความตระหนักและความรู้
- ผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือนหลังมีแนวโน้มลดลง

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน	
		6 เดือน	8 เดือน
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล	< 7%	11.02 (70/635)	10.45 (81/775)
2. อัตราตาย โรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	< ร้อยละ 25	26.38 (43/163)	26.37 (53/201)
3. อัตราตาย โรคหลอดเลือดตีบ/อุดตัน (I63-I69)	< 5 %	5.72 (27/427)	4.88 (28/574)

## มาตรการ/แนวทางการพัฒนา

- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่/ชุมชน
- ปรับแนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะได้รับยา rt-PA
- ทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย HT และ DM ในคลินิก NCD และผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบให้เข้มข้นและมากขึ้น

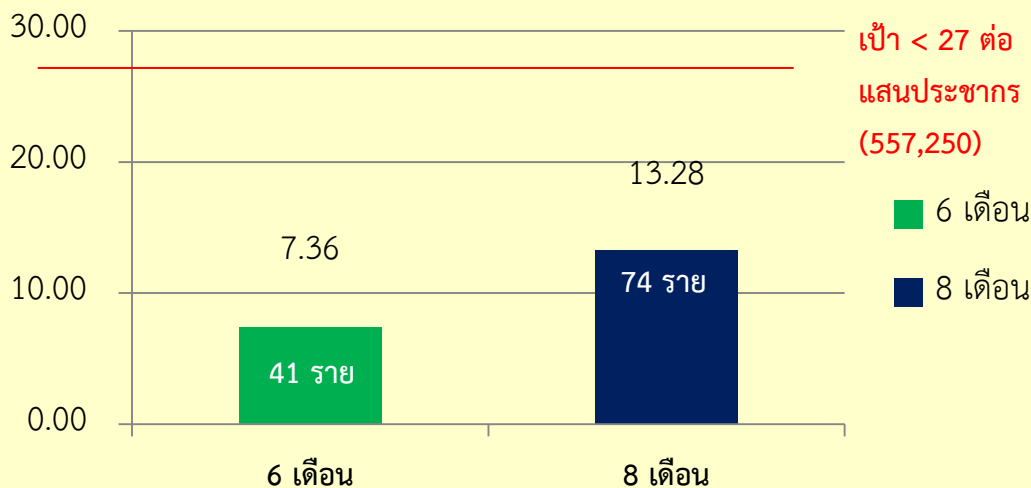


# สาขาโรคหัวใจ

## ผลการดำเนินงาน

- โรงพยาบาล F2 ขึ้นไปให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยชนิด STEMI ได้ = **100% (7/7)**
- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและหรือยาละลายลิ่มเลือด (PPCI) ได้ = **86.67%**  
(เป้า  $\geq$  80%)
- อัตราตาย STEMI = **13.33%**  
(เป้า  $<$  10%)
- Warfarin Clinic ในรพ. F2 ขึ้นไป = **85.71 % (6/7 แห่ง)**

## อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจจากแสนประชากร



## มาตรการ/แนวทางการพัฒนา

- พัฒนาระบบ STEMI fast track ในแต่ละ รพ.
- จัดตั้ง warfarin clinic ใน รพ.ระดับ F2 100% (รพ. ตาพระยา)
- ทบทวนการลง ICD-10 ให้ถูกต้องเพื่อความถูกต้องในการรวบรวมข้อมูล



# สาขาโรคไต (CKD)

ผลการดำเนินงาน 8 เดือน ( ต.ค. 60 – พ.ค. 61 )

## สถานการณ์

- จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมากขึ้น
- ขาดบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักกำหนดอาหาร, พยาบาล CKD, Clinic Case Manager และสถานที่ไม่เพียงพอ
- ขาดการประสานงานด้านการส่งต่อ
- มีระบบการเก็บตัวชี้วัดชัดเจน และการจัดเก็บระบบฐานข้อมูลเป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งการตรวจ Serum CR ด้วย Enzymatic Method ให้ได้ค่า EGFR ที่ถูกต้อง
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ดู Case CKD stage 3,4 และ 5 และเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน
- รพ.อรัญประเทศ ดู Case CKD stage 3,4 และ 5
- รพช. ดู CKD stage 1 2 และ 3

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน	
			6 เดือน	8 เดือน
1	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	> ร้อยละ 66	54.48 (389/714)	54.67 % (550/1,006)
2	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปมีการบริการ CKD Clinic และเครือข่ายบริการโรคไต		88.89 % (8/9)	88.89 % (8/9)

## มาตรการ/แนวทางการพัฒนา

- จัดตั้ง CKD Clinic และระบบบริการได้ทุกโรงพยาบาลชุมชน (เพิ่มที่ รพ.วังสมบูรณ์)
- จัดทำแผนขอสนับสนุนงบประมาณ, อัตราค่าล้าง และอุปกรณ์
- มุ่งเน้นการให้คำปรึกษารายบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- พัฒนา CKD Clinic ให้ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพ



# สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

ผลการดำเนินงาน 8 เดือน

- มีการเก็บข้อมูลส่งเขตทุกเดือน
- ประชาชนทั่วไปยังมีทัศนคติดีมากๆ เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ยอดผู้แสดงความจำนงบริจาคดวงตา = 63 ราย
- ยอดผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ = 103 ราย
- ยังขาดบุคลากรด้านนี้ เช่น พยาบาลจัดเก็บดวงตา เจ้าหน้าที่ Counseling เป็นต้น

หน่วยบริการ	Hospital death	เป้าหมายการจัดเก็บระดับเขต ดวงตา = 1.2 : 100 อวัยวะ = 0.7 : 100	การได้รับการบริจาค (ผู้เสียชีวิต)
รพ. สระแก้ว	750	ดวงตา = 9	1 ราย (2 ดวง)
		อวัยวะ = 5.25	1 ราย (ไตและหัวใจ)
รพ. อรัญฯ	124	ดวงตา = 1.49	0
		อวัยวะ = 0.87	0
รวม	874	ดวงตา = 10.49	1 ราย (2 ดวง)
		อวัยวะ = 6.12	1 ราย (ไตและหัวใจ)

## มาตรการ/แนวทางการพัฒนา

- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ และให้คำปรึกษาประชาชนเรื่องการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
  - มีแผน ส่งพยาบาลอบรม TC nurse หลักสูตรสภาการพยาบาล 4 เดือน จำนวน 1 คน/ปี
  - รพ. สระแก้ว และ รพ. อรัญฯ ส่งพยาบาลอบรมการจัดเก็บดวงตาของสภาการพยาบาลไทย ระยะเวลา 2 สัปดาห์
  - ให้ทุก รพ. มีโต๊ะรับบริจาคอวัยวะและดวงตา 1 จุดที่ OPD
- Node รพ. สระแก้ว = รพ. วัฒนานคร , รพ. เขาฉกรรจ์ , รพ. วังน้ำเย็น และ รพ. วังสมบูรณ์
- Node รพ. อรัญประเทศ = รพ. ตาพระยา, รพ. คลองหาด และ รพ. โคกสูง

# สาขา One Day Surgery

---

- จัดตั้งคณะกรรมการในการดำเนินโครงการ One Day Surgery
- มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมวางแผนงานในการดำเนินงานตามโครงการ One Day Surgery
- ทดลองดำเนินก็ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ODS ที่กำหนด
- ประเมินผลการทดลองปฏิบัติตามแนวทาง ODS และปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย

## มาตรการ/แนวทางการพัฒนา

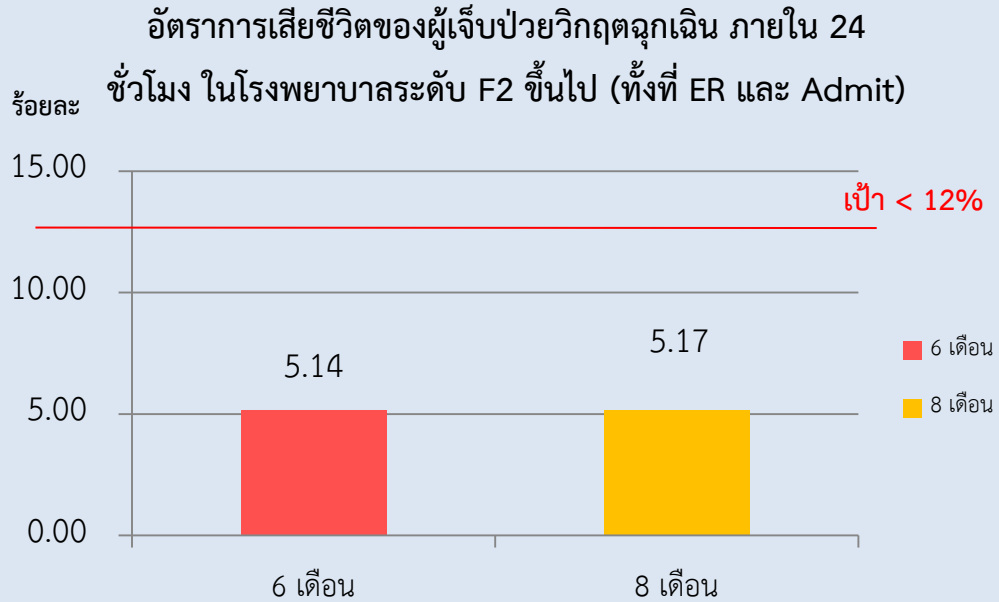
อยู่ในระหว่างการประเมินเพื่อเข้าร่วมโครงการจากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เขตสุขภาพที่ 6



# สาขาอุบัติเหตุและอุบัติเหตุฉุกเฉิน

## ผลการดำเนินงาน

- โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่มีการพัฒนาคุณภาพ ECS จนผ่านเกณฑ์การประเมิน = 100%
- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มีค่า PS Score  $\geq 0.75 = 0$
- จำนวนแพทย์ฉุกเฉินมีน้อยมี Neurosurgery 1 คน และ EP จะจบปี 2561 และ 2563 อีกปีละ 1 คน เป้า 5 คน EN/ENP : RN = 1:10, มี EN 5 มี ENP 3 ไม่มี Paramedic
- ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการมาก และไม่มีคลินิกนอกเวลา



## มาตรการ/แนวทางการพัฒนา

- ลดความแออัดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินและพัฒนาคุณภาพ TRIAGE ผลักดันเปิด OPD คู่ขนานหรือ Premium คลินิกนอกเวลา และให้อยู่ใน ER น้อยกว่า 2 ชม.
- ทบทวน RCA ที่วิกฤติใน 24 ชม.
- พัฒนาระบบ Trauma Fast Track การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมา รพ.และทบทวน PS score
- พัฒนามาตรฐาน TEA Unit จัดหาอุปกรณ์อัตรากำลังแพทย์พยาบาลเฉพาะทาง