

# CKD

## Chronic Kidney Disease



## ตัวชี้วัด

### ➤ คัดกรอง/ค้นหาเสียงป่วยรายใหม่ (Coverage)

- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ( $\geq 80\%$ )
- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่รอการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (20%)
- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (20%)



## ตัวชี้วัด

### ➤ การชะลอความเสื่อมของไต (Work Load)

1. ผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ BP < 140/90 mmHg (>80%)
2. ผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB (>60%)
- \*\*\* 3. ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>/yr (>66%)
4. ผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจและมีระดับ Hb > 10 gm/dl หรือ Hct > 30% (>60%)
5. ผู้ป่วย CKD(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม) ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% (>40%)
6. ผู้ป่วย CKD กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจได้รับยากลุ่ม Statin (>60%)



## ตัวชี้วัด

### ➤ การชะลอความเสื่อมของไต (Work Load)

7. ผู้ป่วย CKD ได้รับการตรวจ serum K และมีค่าผลการตรวจ  $< 5.5$  mEq/L ( $>80\%$ )
8. ผู้ป่วย CKD ได้รับการตรวจ serum HCO<sub>3</sub> และมีค่าผลตรวจ  $> 22$  mEq/L ( $>80\%$ )
9. ผู้ป่วย CKD ได้รับการตรวจ Urine protein ( $>80\%$ )
10. ผู้ป่วย CKD ได้รับการประเมิน UPCr ( $>40\%$ )
11. ผู้ป่วย CKD ได้รับการประเมิน UPCr และมีผลการประเมิน  $< 500$  mg/g cr ( $>40\%$ )
12. ผู้ป่วย CKD ได้รับการตรวจ Serum PO<sub>4</sub> และมีผลการตรวจ  $\leq 4.6$  mg% ( $>50\%$ )
13. ผู้ป่วย CKD ได้รับการตรวจ Serum iPTH และผลอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ( $< 500$ ) ( $>50\%$ )



# ตัวชี้วัด

## ➤ การชะลอความเสื่อมของไต (Work Load)

- จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage (Work Load)
- Stage Change ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกตามโรงพยาบาลที่รักษา (Work Load)
- จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage (Coverage)

หมายเหตุ ::

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุก Stage หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น N181-N189,E102,E112,E122,E132,E142,I151,N083, I12\*,I13\*,N02\*,N03\*,N04\*,N05\*,N06\*,N07\*,N08\*,N11\*,N13\*,N14\*,N20\*,N21\*,N22\*,N23\*

\*\*\*\*\* ผู้ป่วย 1 คน สามารถเป็นผู้รับบริการได้มากกว่า 1 โรงพยาบาล \*\*\*\*\*



## ผลการดำเนินงาน

\*\*\* ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr. อำเภอเมืองสระแก้ว ปี งบประมาณ 2563

**เกณฑ์เป้าหมาย = 66%**

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 B	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 A	ร้อยละ
826	546	66.10

✓ ผ่าน



## **การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention)**

- การป้องกันไม่ให้เกิดคนปกติเป็นโรคไต
- การป้องกันไม่ให้เกิดคนเป็นโรคเรื้อรังเป็นโรคไตเรื้อรัง

เบาหวาน

เก๊าท์

ความดันโลหิตสูง

ไขมันในเลือดสูง

อ้วนลงพุง



## การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention)

- โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 → 2 → 3 → 4
- รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตอักเสบ นิ่ว
- คุมอาหาร
- การเลือกใช้ยาบางชนิดช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้
- รักษาภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดเป็นกรด ดุลของเกลือแร่ เช่น แคลเซียม ฟอสเฟต โปแตสเซียม





## การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention)

### Service Delivery

- ขยายบริการคลินิกชะลอ ไตเสื่อมให้ครอบคลุม รพ.ระดับ F3 ขึ้นไป และเชื่อมโยงกับ primary care cluster และ DHS
- ขยายเครือข่ายบริการ peritoneal dialysis ลงไป ใน รพ.ระดับ M2 และ F1 ที่มีศักยภาพ
- เปิดบริการ palliative care สำหรับผู้ป่วย End Stage Kidney Disease



# มาตรการที่สำคัญในการจัดการโรคไตเรื้อรัง

- มาตรการที่ 1 เฝ้าระวัง ติดตามและการคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนและสถานบริการ
- มาตรการที่ 2 การสร้างความตระหนักในระดับประชากรและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
- มาตรการที่ 3 การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสี่ยงและการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน
- มาตรการที่ 4 การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- มาตรการที่ 5 การพัฒนาคุณภาพการบริการ
- มาตรการที่ 6 การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีความเข้มแข็ง



## ปัญหา อุปสรรค

- ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้น
- การคัดผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย
- การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต่างๆ ยังไม่ได้ครอบคลุม
- จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- หน่วยไตเทียมที่รองรับผู้ป่วยฟอกเลือดไม่เพียงพอ



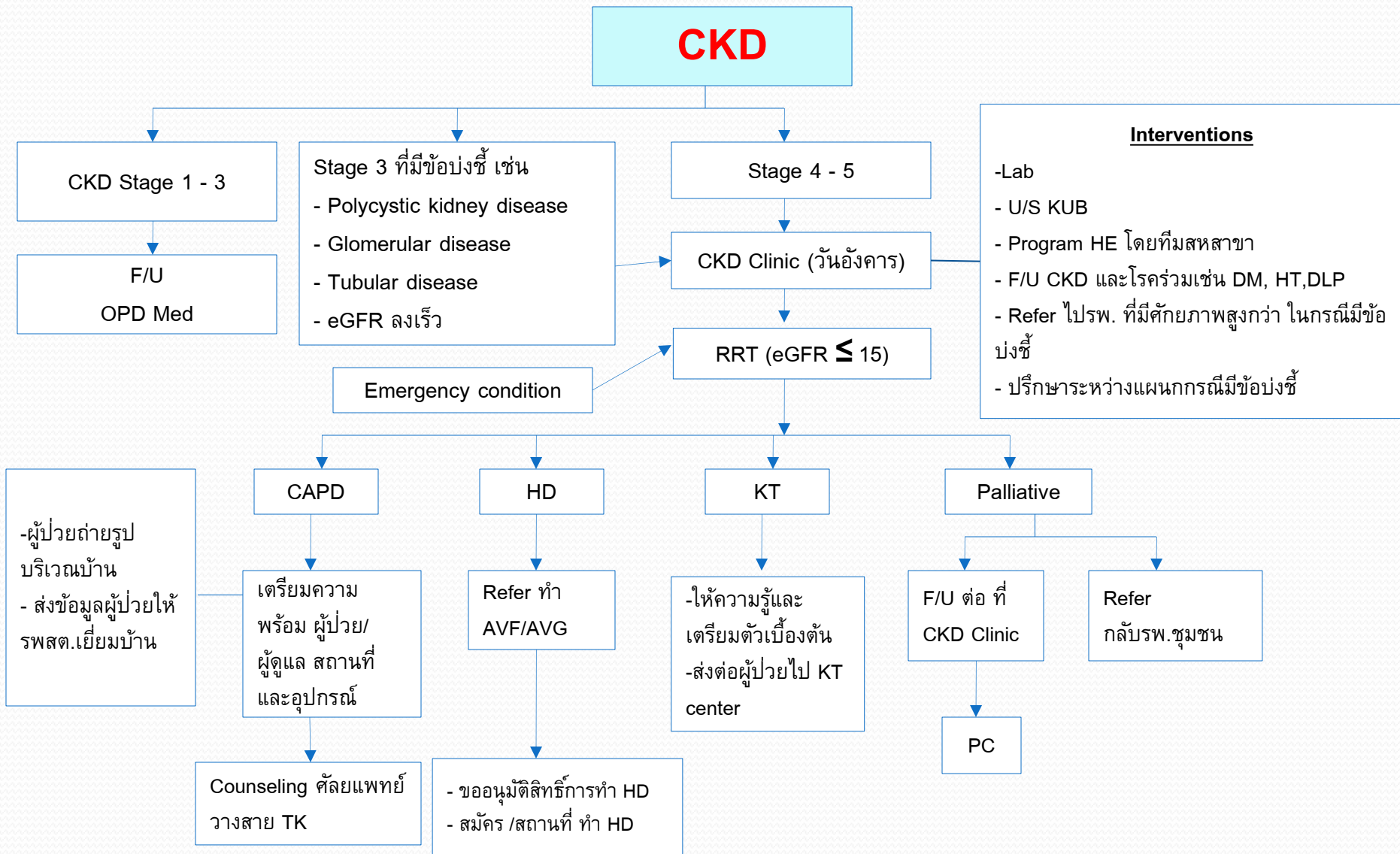
# แนวทางการดำเนินงาน ปี 2564

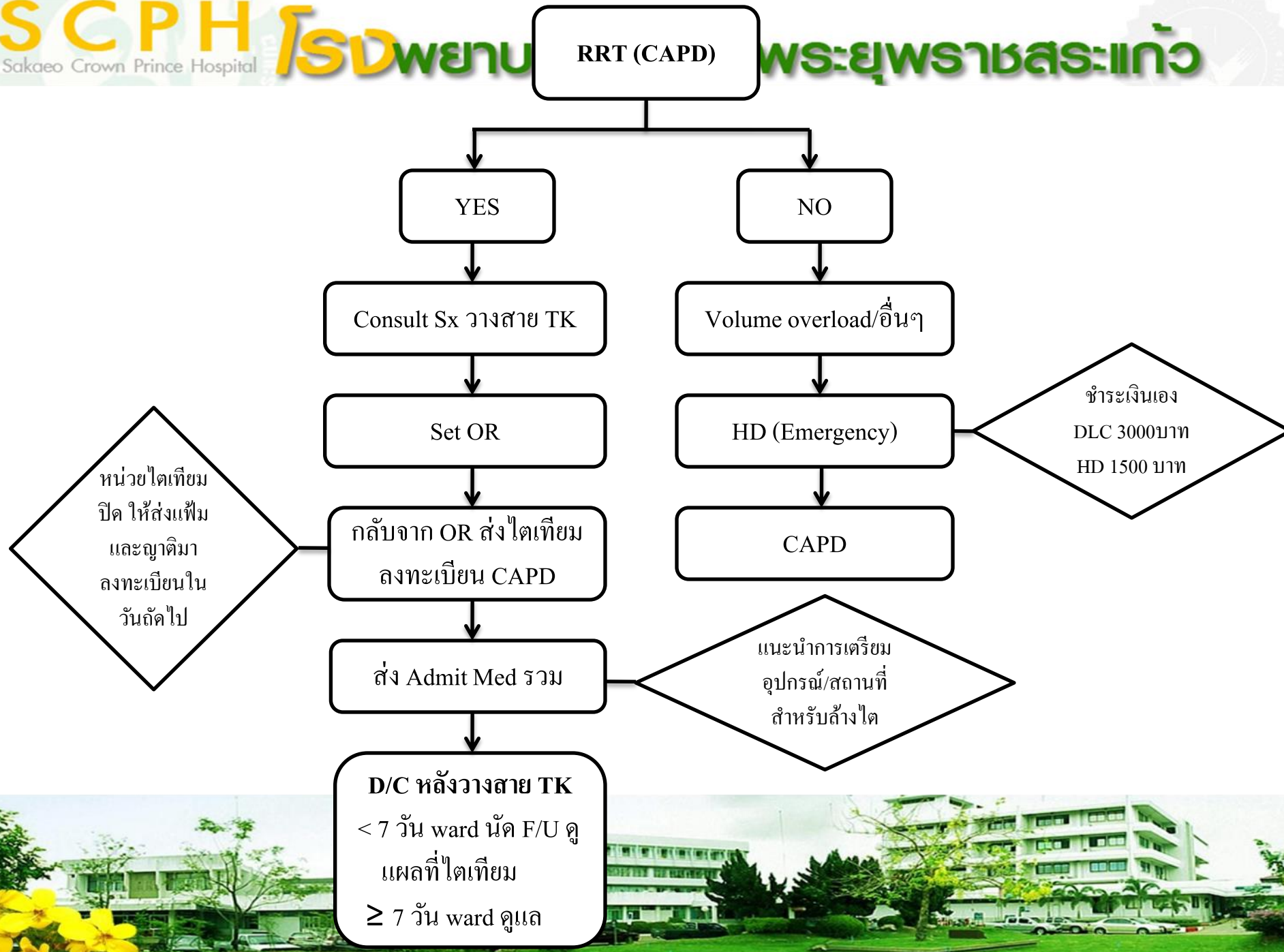
## Information

- พัฒนาระบบการรายงาน KPI โรคไตเรื้อรังผ่าน ระบบ HDC ให้สมบูรณ์และบูรณาการระบบรายงานกับโรค NCD ที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาระบบ IT เพื่อการ ติดตามและส่งต่อผู้ป่วย CKD



# Flow การดูแลผู้ป่วย CKD รพร.สระแก้ว





# ผลงาน Counseling RRT 2563 (28/9/2563)

- Counseling 215 ราย
  - เลือก CAPD 128 ราย
  - เลือก HD 20 ราย
  - เลือก Supportive 24 ราย
- CAPD รายใหม่ 101 ราย
- HD รายใหม่ 22 ราย



## Unplan dialysis

- ที่ผ่านมา unplan dialysis ประมาณ 33 %
- ปี 2563 (28/9/2563)
  - unplan dialysis จำนวน 35 ราย
  - New HD จำนวน 121 ราย
  - unplan dialysis 28.93%

สถานการณ์ปัจจุบัน (กันยายน 2563)

- ผู้ป่วย HD 166 ราย
- ผู้ป่วย CAPD 256 ราย





# ผลลัพธ์และการพัฒนา

## วิเคราะห์

Unplan dialysis ยังเกินเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการ counseling แล้วไม่ตัดสินใจ หรือเปลี่ยนใจต้องการทำ dialysis ภายหลัง
2. ผู้ป่วยรอสิทธิ์ จึงไม่ได้ไปทำ vascular access ล่วงหน้า
  - หาเครือข่ายทำ vascular access ให้ผู้ป่วยที่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองได้
3. admit ด้วย condition อื่นๆก่อนที่จะวางสายTK เช่น sepsis
4. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า เนื่องจาก รพช.ส่งมาช้า การติดตามค่า Cr ยา enalapril
5. ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด
6. ผู้ป่วยไม่เคยทราบมาก่อนว่าเป็น CKD

# ผลลัพธ์และการพัฒนา

## แผนพัฒนาปี 2564

- กำหนดเกณฑ์การติดตามผลการ counseling RRT และ counseling RRT ชั่ว ดังนี้
  - eGFR < 15 ml/min ค่อยชั่วคราวพร้อมแพทย์นัด
  - eGFR < 10 ml/min ติดตามผลการคุยและคุยชั่วคราวภายใน 1 เดือน
  - eGFR < 7 ml/min ติดตามผลการคุยและคุยชั่วคราวภายใน 2 สัปดาห์
- กำหนดแผนออกนิเทศติดตาม รพช. ปีละ 2 ครั้ง ทั้ง CKD CAPD clinic
- พัฒนาการ counseling RRT ใน รพช.
- บูรณาการ palliative care ในผู้ป่วย CKD ทุกกลุ่ม (CAPD HD และ ปฏิเสธ RRT )
- CAPD nurse รพ.อรัญประเทศ และ ตาพระยาร่วมดูแล ผู้ป่วย CAPD clinic ที่ รพ.อรัญประเทศ

# ผลลัพธ์และการพัฒนา

## ปัญหาและอุปสรรค

- ขาดแพทย์ผ่าตัดเส้นเลือด Vascular Surgeon
- ขาดกุมารแพทย์โรคไต
- CAPD node ใน รพช.ยังน้อย
- CAPD nurse ยังน้อย กระจายไม่ทั่วถึง

**Thank You**

