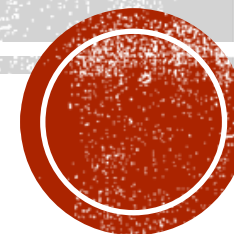


การดำเนินงาน PRIMARY CARE

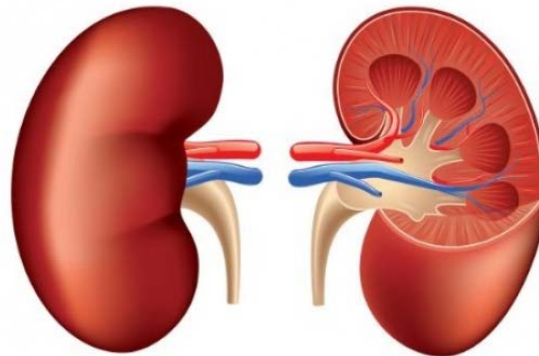
ปีงบประมาณ 2564

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว



การจัดการ กลุ่มผู้ป่วย
ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

CKD STAGE 3-4

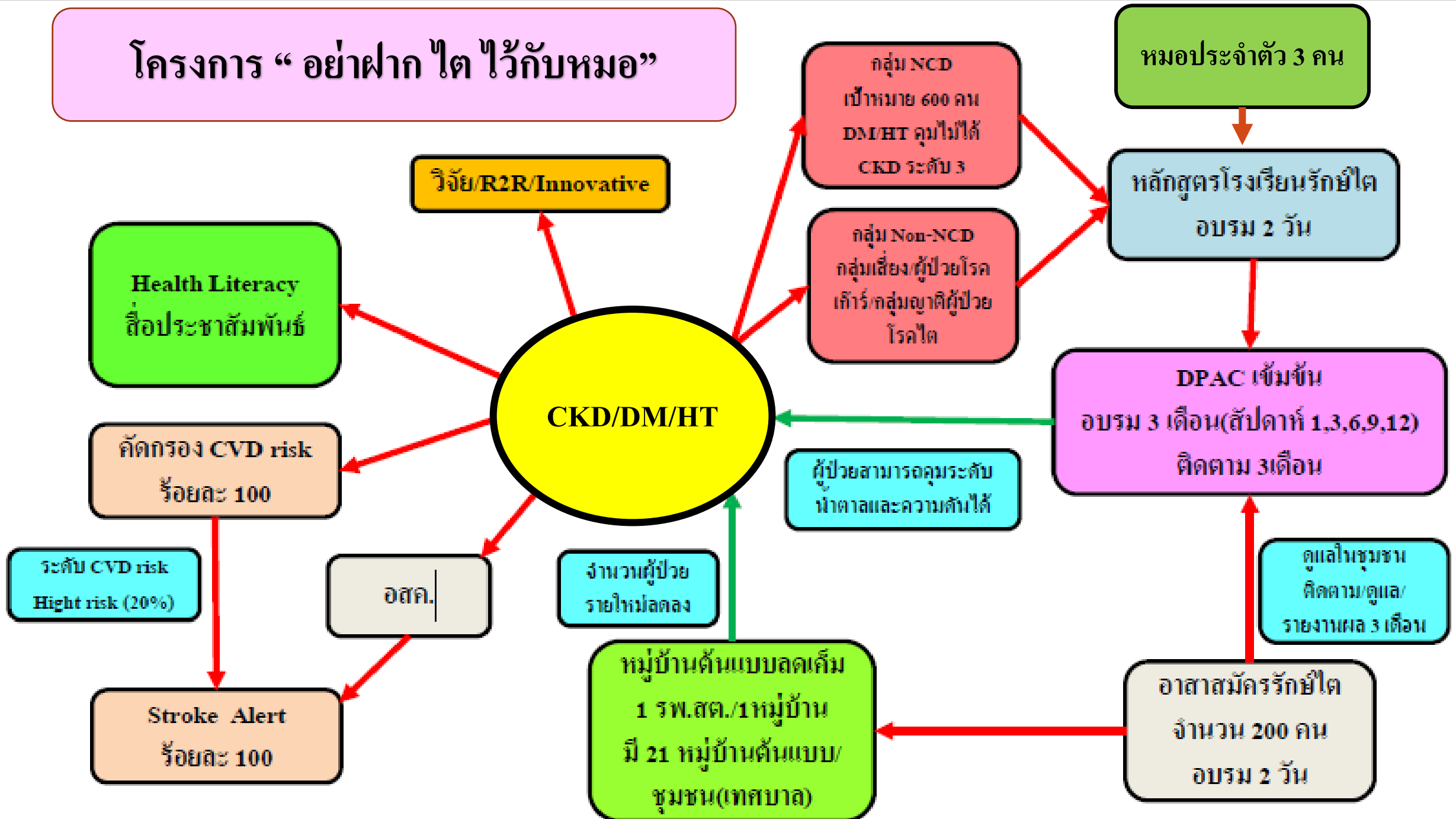


แผนพัฒนาตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ในปี 2564

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์ | ผลลัพธ์ | แผนพัฒนา |
|---|-----------|---------|---|
| 1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL <100 mg/dL | ≥ 60 | 44.2 | 1. ดำเนินการเจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวาน ทุกรายที่ยังไม่ได้รับการเจาะเลือดในเขตรับผิดชอบ (รับยาที่ รพ.สต.+รพร.สก.) ให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาสแรก (ต.ค.-ธ.ค. 63) |
| 2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง | ≥ 80 | 71.13 | 2. ประสานการดำเนินการในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ |
| 3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี | ≥ 40 | 32.42 | กระบวนการ DPAC เข้มข้น โดยเพิ่มกลุ่มที่เข้าร่วมเป็น หมอ 1 อสม. และ อสค. ประจำบ้าน |
| 4. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.73m ² /yr | ≥ 65 | 60.93 | โครงการ “อย่าฝากไตไว้กับหมอ” |



โครงการ “อย่าฝากไตไว้กับหมอ”



Health Literacy
สื่อประชาสัมพันธ์

วิจัย/R2R/Innovative

กลุ่ม NCD
เป้าหมาย 600 คน
DM/HT คุมไม่ได้
CKD ระดับ 3

กลุ่ม Non-NCD
กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรค
เก๊าท์/กลุ่มญาติผู้ป่วย
โรคไต

หมอประจําตัว 3 คน

หลักสูตรโรงเรียนรักษไต
อบรม 2 วัน

DPAC เข้มข้น
อบรม 3 เดือน(สัปดาห์ 1,3,6,9,12)
ติดตาม 3เดือน

คัดกรอง CVD risk
ร้อยละ 100

CKD/DM/HT

ผู้ป่วยสามารถคุมระดับ
น้ำตาลและความดันได้

ระดับ CVD risk
High risk (20%)

อสค.

จำนวนผู้ป่วย
รายใหม่ลดลง

ดูแลชุมชน
ติดตาม/ดูแล/
รายงานผล 3 เดือน

Stroke Alert
ร้อยละ 100

หมู่บ้านต้นแบบลดเค็ม
1 รพ.สต./1หมู่บ้าน
มี 21 หมู่บ้านต้นแบบ/
ชุมชน(เทศบาล)

อาสาสมัครรักษไต
จำนวน 200 คน
อบรม 2 วัน

ผลการดำเนินงาน ในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2564

- จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบ Urine protein > 30 mg/dL (รายใหม่) = 16 ราย
- จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า eGFR <60 (รายใหม่) = 44 ราย
- จำนวนผู้ป่วย CKD ที่ได้รับการส่งต่อไป รักษา ที่ รพร.สระแก้ว ในไตรมาส ที่ 1/2564 = 2 ราย(CKD stage 4 1 ราย , ESRD 1 ราย)



แนวทางการดำเนินงาน ไตรมาส ที่ 2-4 ปี 2564

การดำเนินงานแบบเชื่อมโยงร่วมกัน ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

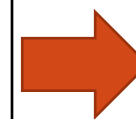
กลุ่มเป้าหมาย

- ๑. CKD ระยะ ๓-๔ รายใหม่ และ รายเก่า
- ๒. กลุ่มผู้ป่วย ที่ตรวจพบ Urine microalbumin > ๓๐ mg/dL



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- ติดตาม ค่าการทำงานของไต ทุก ๖ เดือน
- จัดทำ POP UP ในโปรแกรม JHCIS การใช้ยา กลุ่ม ทำลายไต (ยาสมุนไพรรและ NDAIDs)
- จัดทำบันทึก อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือ Adverse Drug reaction
- มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ประเมินอาการและรายงาน อายุรแพทย์ เมื่อพบภาวะแทรกซ้อน
- กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตาม และปรับเปลี่ยน พฤติกรรม โดย **โครงการ อย่าฝากไตไว้กับหมอ** ใน ไตรมาส ๒-๓
- ติดตามผลกิจกรรมโครงการ ใน ไตรมาสที่ ๔



รพ.สมเด็จพระยุพราช สระแก้ว

- รับผิดชอบรักษาต่อ ใน ผู้ป่วยจาก รพ.สต. กลุ่มไตวาย ระยะ ๔-๕



การดำเนินงานแบบเชื่อมโยงร่วมกัน ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย CKD

รพ.สต. ติดตามเยี่ยมบ้าน และประสานชุมชน อสม./อสค. ในการดูแลผู้ป่วย เช่น

- การได้รับการฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือด (EPO.)
- การจัดการขยะติดเชื้อจากน้ำยาล้างไต

Refer กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยไตวาย ระยะ 4-5 ให้ รพ.สระแก้วเพื่อรับการ รักษาต่อ

รพ.สต.

ผู้ป่วยไตวาย ระยะที่ 4 อยู่ในความดูแล ติดตาม โดยอายุรแพทย์ **ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 (ESRD)** ส่งให้ คำปรึกษาแนวทางการบำบัดทดแทนไต ที่ หน่วยไตเทียม 1 รพ.สระแก้ว

สสอ.เมือง

รพ.สระแก้ว

สสอ.เมือง แจ้าง รพ.สต. และติดตามการ ดูแล อย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 (ESRD) ที่ได้รับการ บำบัดทดแทนไต ได้รับการประสานส่งต่อ ในพื้นที่ ตามเขตความรับผิดชอบ ของ รพ. สต. เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน



โครงการ “อย่าฝากไตไว้กับหมอ”

เน้น การส่งเสริม **Health Literacy**

ในกลุ่มผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูง

เพื่อ **DPAC** คุณภาพ

ร่วมกับ หมอ 1 อสม.หมอประจำบ้าน และ อสค.

เป้าหมาย **CKD** ลดลง



กลุ่มเป้าหมาย

แบ่งตาม CKD CLASSIFILE

- eGFR (stage 3-4) กลุ่มเป้าหมายเดิม
- Microalbum in uria รายใหม่ กลุ่มเป้าหมายใหม่ เพื่อ ลดการเกิด CKD รายใหม่
- Cause of Disease (Gout ,อื่นๆ)



HOW TO...

- ให้ Health literacy ตามกลุ่มโรคของผู้ป่วย โดยมี หมอ 1 อสม.หมอประจำบ้าน และ อสค.ประจำตัว เข้าร่วมในกระบวนการ
 - การอ่านฉลากโภชนาการ
 - การประเมิน อาหารที่เหมาะสมกับโรค
 - ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
 - ประเมิน ความรู้ หลังจากการ อบรมโครงการ (วัดจากแบบประเมิน Pre- Post)
- กำกับ ติดตาม และประเมินผลโดย ทีม 3 หมอ และทีมสหวิชาชีพ ในชุมชน



ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- Lab , : eGFR ดีขึ้น > 5
- HbA1C < 7.0
- SBP/DBP control ได้
- มี Microalbuminuria น้อยลง



