

โรงพยาบาล	สตึก อบ. 10
สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบเครือข่าย
วันที่	30 กันยายน 2562

1. บริบท

สถิติผู้มารับบริการ

สถิติปี 2559-2562ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง = 1,611 1,584 ,1,241และ1,251 รายตามลำดับ

ข้อมูลแสดงขนาดของปัญหา

ทบทวนประชากรในอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี 2559-2562 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.40, 83.25 , 71.93 และ 76.65 ตามลำดับ พบอัตราป่วยรายใหม่ในโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.63 1.71 , 0.78 และ 12.70 ตามลำดับสาเหตุ 1) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม 2) secondary HT เช่น hyperaldosteronism, Takayasu, pheochromocytoma ฯลฯ 3) ภาวะเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ

ทบทวนการ admit ด้วย hypertensive urgency/emergency พบร้อยละ 0.46 วิเคราะห์สาเหตุ 1) ประชากรในพื้นที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 28.07 2) ผิดนัด ขาดการรักษาซื้อยากินเอง

ทบทวน HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ 0.20 สาเหตุ 1) ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่องจากหลายปัจจัย 2) Control ASCVD risk ไม่เหมาะสม

ทบทวน HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต พบร้อยละ 12.1 สาเหตุ 1) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและไม่ออกกำลังกาย ทำให้คุม BP ได้ไม่ดี 2) จากยาบางกลุ่ม เช่น NSAIDs, aminoglycoside, ยาสมุนไพรต่างๆ ฯลฯ 3) มีโรคอื่นร่วม เช่น เก๊าต์ SLE

ทบทวนการผิมนัดขาดยา พบร้อยละ 9.17 สาเหตุ 1) คิดว่าไม่มีอาการจึงไม่ทานยาแล้ว 2) ยายังเหลือเพียงพอจึงคิดว่าไม่ต้องมาพบแพทย์ก็ได้ 3) ขาดความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อน 4) ปัญหาเรื่องการเดินทางมารักษา 5) การติดตามผู้ป่วยผิมนัดมีปัญหาจากผู้ป่วยเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์และย้ายที่อยู่

ศักยภาพ/บุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก F1 ไม่มีอายุรแพทย์ มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 6 คน nurse case manager 1 คน มีแพทย์ประจำ รพ.สต. ละ 1 คน

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

2.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดการ admit ด้วยภาวะ hypertensive urgency/emergency

2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต และภาวะไตเสื่อม

2.3 ความไวของการปรับแผนการรักษามีผลต่อการควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.4 ระบบข้อมูลการติดต่อที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดการผัดนัด ขาดยา และระบบการดูแลต่อเนื่อง

3. เป้าหมายการพัฒนา

Treatment goal	Objective	KPI
Good control	-ควบคุมโรคได้ -ลดภาวะแทรกซ้อน	-อัตราผู้ป่วย HT <140/90 mmHg -อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน
Good habit	-ลดการเกิด HT รายใหม่ -ลดการ admit ด้วย hypertensive urgency/emergency -ลดการผัดนัด/ขาดยา	-อัตรา Pre-HT ป่วยเป็น HT -อัตราการ admit ด้วย hypertensive urgency/emergency -อัตราการผัดนัด ขาดยา

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงและการรับบริการ

1.ปี 2559 วางแผนรณรงค์การคัดกรองตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ และเพิ่มความครอบคลุมในกลุ่มพระภิกษุ จัดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ role model เดือนละ 2 ครั้ง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และวันเสาร์ เดือนละครั้งในชุมชนบูรณาการร่วมกับท้องถิ่นตั้งแต่ความครอบคลุมการคัดกรอง และรณรงค์สร้างกระแสการดูแลสุขภาพ โดยรณรงค์เรื่องการออกกำลังกาย สนับสนุนเครื่องออกกำลังกาย/สถานที่ออกกำลังกายและจัดตั้งชมรมออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน

2.ปี 2560 จัดระบบการบริการNCDในรพ.เพียงจุดเดียว(รับโอนผู้ป่วยDMจาก PCU พลุตาหลวง)

3.ปี 2561 ปรับระบบการคัดกรองในชุมชนเพื่อเข้าถึงชุมชนตามบริบทพื้นที่เมื่อพบกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อข้อมูลสู่ DPACclinicพร้อมปรับพฤติกรรมในรพ.และนัดติดตามผลการปรับพฤติกรรม

4. ย้ายคลินิกบริการเป็นสัดส่วน และกำหนดวันให้บริการ โดย กลุ่ม uncontrolนัดทุกวันพฤหัสบดี เพื่อพบทีมสหสาขาวิชาชีพให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล กลุ่ม control นัดทุกวันศุกร์ ให้ความรู้แบบรายกลุ่ม

การประเมินและวินิจัย/การวางแผนการรักษา

5. ปี 2556 มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยตามป้องกันจราจร 7สี เพื่อการจัดกิจกรรมการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและ case manager

6. ปี 2558 มีการใช้การประเมิน CVD risk ในผู้ป่วยทุกราย ปี 2561 มีการค้นหากลุ่มเสี่ยง CVD risk ซึ่งจะมี pop upจากหน้าเวชระเบียนทุกครั้งโดยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง CVD risk > 30% จะได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบแพทย์พิจารณาเรื่องการใช้ยา การออกกำลังกาย อาการสำคัญเร่งด่วน early warnings signs และติดต่อเบอร์ฉุกเฉิน 1669 ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย

6. ผู้ป่วย HT รายใหม่ จัดระบบนัดเข้าคลินิกติดตามครั้งแรก 1-2 สัปดาห์ ให้มีการบันทึกความดันโลหิตที่บ้านทุกวันสม่ำเสมอ ถ้าคงที่ให้นัดตามระบบ

การเสริมสร้างและการดูแลต่อเนื่อง

7. ปี 2557 กำหนดเกณฑ์การรับและส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย และจัดระบบนัดหมายแบบเดียวกันทั้งเครือข่าย โดยใช้การจัดผู้ป่วยตามปีงบประมาณ 7 สี ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว นัด 3 เดือน สีส้มหรือสีเหลืองนัด 1-2 เดือน สีแดงนัด 1-2 สัปดาห์

8. วางระบบการใช้ยา med reconcile โดยการให้ผู้ป่วยนำยาเก่ามาเพื่อการบริหารยาให้พอดี และกำหนดให้จ่ายยาเกินวันนัดไม่เกิน 3 วัน ยกเว้น กลุ่มผู้ป่วยทำอาชีพประมง และผู้ป่วยที่แจ้งติดธุระ

9. ปี 2558 IT วางระบบเรียกข้อมูลผู้ป่วยนัดในแต่ละวัน และกำหนดทุกวันช่วงบ่ายพยาบาล Exit ตรวจสอบผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดในระบบคอมพิวเตอร์และติดตามทางโทรศัพท์ ถ้าติดตามไม่ได้จะประสานเครือข่ายเพื่อติดตามปี 2561 มอบหมายให้พยาบาล/ผู้รับผิดชอบในแต่ละคลินิกติดตาม

10. ปี 2560 ทำ Home BP ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อยืนยันการวินิจฉัยและรักษาโดยให้ผู้ป่วยบันทึกมาส่งแพทย์เป็นข้อมูลในการพิจารณา

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562
1. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิต < 140/90 mmHg	> 60	74.64	65.74	60.68	76.65
2. อัตราการเกิด CVD risk > 30% ในผู้ป่วย HT	< 30	NA	14.21	17.39	10.15
3. อัตราการขาดนัดขาดยา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	< 10	10.22	17.00	09.17	2.50
4. อัตราผู้ป่วย IFG ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	< 10	37.56	32.89	30.37	40.76
5. อัตราการเกิด stroke รายใหม่ในผู้ป่วย HT	< 1	0.25	0.45	0.16	2.79
6. อัตราผู้ป่วย HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	< 10	7.97	13.99	21.25	3.91
7. อัตราการเกิด STEMI รายใหม่ในผู้ป่วย HT	< 1	NA	0	0.20	0.36

วิเคราะห์ถึงผลการพัฒนา

พบอัตราการควบคุมโรคได้ ได้ตามเป้าหมายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2562 และพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไต และหลอดเลือดสมองไตมีแนวโน้มลดลง พบอัตราการเกิด stroke รายใหม่ในผู้ป่วย HT เพิ่มขึ้น ติดตามพบเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ขาดความรู้เรื่อง warning signs พบเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงบุหรื

และ น้าหนักเกิน ปี 2561 ได้วางระบบปรับเปลี่ยนโดยให้ความรู้และส่งเสริมปรับเปลี่ยนที่คลินิก DPAC ทุกวันพฤหัสบดี และ รพ.สต.ทำทุกวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรัง

6.แผนพัฒนาต่อเนื่อง

6.1 ปรับระบบบริการในคลินิก HT แยกกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่ม high ASCVD risk/low ASCVD risk ออกจากกัน ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน กับ high ASCVD risk ทำกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้สหวิชาชีพ