

โรงพยาบาล	สัทธิบ กม.10
สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกเฉียบพลัน (Acute stroke)
วันที่	30 กันยายน 2562

1. บริบท

สถิติผู้ป่วย Acute stroke ปี 2559 -2562 จำนวน 64, 87,117 และ 164 ราย ตามลำดับ พบเป็น Ischemic stroke ร้อยละ 84.15 และ Hemorrhagic stroke ร้อยละ 15.85

ข้อมูลแสดงขนาดของปัญหา

ผู้ป่วย Acute stroke ที่มีโรคประจำตัว HT ร้อยละ 23.17, DM ร้อยละ 7.32 พบ DM ร่วมกับ HT ร้อยละ 20.12, AF ร้อยละ 4.87 และไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน ร้อยละ 21.37 สาเหตุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ขาดการติดตามและรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงและไม่มีการให้ยาในการป้องกันหลอดเลือดสมอง ขาดความรู้เกี่ยวกับ Alert signs

ทบทวน Stroke fast track ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ร้อยละ 21.95 วิเคราะห์สาเหตุที่ล่าช้า

1) ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบ Alert signs ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล 2) ไม่มีคนนำส่งและไม่ทราบระบบการติดต่อ 1669 3) ผู้ป่วยอาการหนัก ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือต้องได้รับยาลดความดันโลหิตในระยะเฉียบพลัน

ติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าระบบ Fast tract พบได้รับยา rtPA ร้อยละ 2.44 สาเหตุที่ได้รับยาในอัตราที่น้อย เนื่องจากพบข้อบ่งห้ามต่อการรับยาทั้ง Absolute และ Relative contraindication เช่น ได้รับยาความดันโลหิตสูงจนไม่สามารถคุมได้, ASA, Hemorrhagic stroke และระยะเวลาที่ไม่ได้ตาม Fast tract ประวัติ Onset ของอาการไม่ชัดเจน พบ Miss/delay diagnosis ร้อยละ 0.39 ไม่ใช่ Stroke เช่น Hypokalemia, Pneumonia, Bell's palsy สาเหตุจากการซักประวัติและตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม ไม่สามารถ Refer ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ได้ทันที ต้องส่ง CT Scan ที่โรงพยาบาลบางละมุงหรือโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์แล้วนำผล CT Scan มาประเมินเองที่โรงพยาบาลสัทธิบ กม.10 ซึ่งไม่มีแพทย์อายุรกรรม และ Stroke unit ไม่สามารถออกผล Official report ได้ในเวลาอันรวดเร็วทำให้วินิจฉัยได้ล่าช้าและอาจผิดพลาด

Recurrent stroke ร้อยละ 6.67 วิเคราะห์สาเหตุ 1) ไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องจากการติดตามเมื่อผิพนัดรวมถึงการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกับทีมเยี่ยมบ้าน 2) กลุ่มความเสี่ยงสูงไม่ได้รับยาที่เหมาะสม เช่น AF with stroke ไม่ได้รับยา Warfarin 3) กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยดื้อยา Antiplatelet แต่ยังคงได้รับเฉพาะยา ASA ไม่ได้รับ Antiplatelet ตัวอื่นหรือ DAP ระยะสั้น 4) การได้รับยาลดความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสม ทำให้ความดันโลหิตลดลงเร็วเกินไป

พบทวนอัตราการเสียชีวิตทั้งสิ้น ร้อยละ 8.53 โดยเป็น Hemorrhagic stroke ร้อยละ 5.48 และ Ischemic stroke ร้อยละ 3.04 วิเคราะห์สาเหตุ 1) ความรุนแรงของตัวโรคเองทั้ง Hemorrhagic stroke และ Large infarct 2) ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ได้ กรณีเป็น Ischemic stroke 3) ผู้ป่วย Stroke ที่รักษาเองแล้วเกิด Complication กระบวนการส่งต่อทำให้ติดต่อกลับไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ล่าช้าและมักจะได้รับการปฏิเสธการส่งต่อ

ศักยภาพ/บุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ

ไม่มีอายุรแพทย์ /ไม่มี CT

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 การเข้าถึงและการรับบริการล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
- 2.2 การวินิจฉัยผิดพลาดหรือล่าช้า ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดความพิการและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต
- 2.3 การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ผิดนัด ขาดยา จะช่วยลด Recurrent stroke

3.เป้าหมายการพัฒนา

Treatment goal	Objective	KPI
การวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว	ลดอุบัติการณ์การเกิด Miss/Delay diagnosis และลดอัตราการเสียชีวิต	- อัตรา Miss/Delay diagnosis - อัตราการเสียชีวิต
ได้รับการรักษาที่รวดเร็วด้วย rTPA	เพิ่มคุณภาพชีวิต	- อัตรา Stroke ส่งต่อถึง รพ.ชลบุรี ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง - อัตราการได้รับ rTPA
การดูแลอย่างต่อเนื่อง	ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ	- อัตราการเกิด Recurrent stroke

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ปี 2558 ติดป้ายประชาสัมพันธ์สัญญาณแสดงอาการเตือนที่ รพสต. เครือข่ายทุกแห่งและให้ความรู้เกี่ยวกับ Stroke alert ใน NCD Clinic ประชาสัมพันธ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

การประเมิน/วางแผนรักษา

ปี 2559 จัดทำแนวทางคัดกรองและประเมินผู้ป่วย Stroke “FAST” เพื่อประเมินตั้งแต่จุดคัดกรองและในรายที่เข้าระบบ Stroke Fast Track ใช้แนวทางการประเมิน NIHSS เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับยา rTPA

ทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและวางระบบผู้ป่วยที่ Clinical เข้าได้กับ Stroke ให้ Differential Dx. ด้วย Lab ตาม CPG ทุกราย

NCD Clinic : ประเมิน CVD Risk กลุ่มเสี่ยงสูงพบ Case manager ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพบแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา ASA

ผู้ป่วย Post stroke นักกายภาพบำบัดประเมิน Barthel index และทำการฟื้นฟูสภาพร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ

ปี 2559 จัดตั้งศูนย์ COC เพื่อเป็นศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องในเครือข่าย

เพิ่มช่องทางการส่ง CT Scan ที่โรงพยาบาลบางละมุง

ปี 2560 มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่โรงแรมชลอินเตอร์เพื่ออบรม อสม. ให้ตระหนักถึง Alert signs ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลรวมถึงระบบฉุกเฉิน 1669 ให้กลุ่ม อสม.ได้รับทราบ

2. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562
อัตรา Stroke ส่งต่อถึงรพ.ชลบุรี ไม่เกิน 4.5 ชม.	> 50	18.75	18.39	12.82	21.95
อัตรา Miss Diagnosis	0	0	2.5	0	0.39
อัตรา Recurrent stroke	< 15	15.62	11.49	17.95	6.67
อัตรา Ischemic stroke เสียชีวิต	< 10	0	1.15	0	3.04
อัตรา Hemorrhagic stroke เสียชีวิต	< 10	4.68	0	0	5.48
อัตราการได้รับยา rTPA	> 10	0	1.45	0	2.44
อัตรา AF with stroke ได้รับยา Warfarin	> 80	100	100	100	75
อัตรา AF with stroke ที่ Warfarin in target 2.0-3.0	> 60	63.15	75	100	70
อัตรา Stroke ได้รับการฟื้นฟู มี Barthel index เพิ่มขึ้น	> 75	74.58	78.40	70.71	78.57

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

อัตรา Stroke recurrent มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีระบบเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานพยาบาลเครือข่าย รวมถึงระบบการติดตามผู้ป่วยที่ผิวนัด จึงทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง

อัตราผู้ป่วย Stroke with AF ที่ได้รับยา Warfarin และ INR อยู่ในเกณฑ์มีอัตราที่สูงขึ้นดังนั้นจึงคาดคะเนในอนาคตว่า Recurrent stroke จะลดลง

อัตรา Stroke ส่งต่อถึงโรงพยาบาลชลบุรีไม่เกิน 4.5 ชม.มีแนวโน้มที่ต่ำ เนื่องจากหลายๆปัจจัย เช่น ผู้ป่วยยังไม่ทราบถึง Alert signs, เบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 อย่างทั่วถึงรวมถึงกระบวนการติดต่อ Refer และระยะทางไปถึงโรงพยาบาลชลบุรีค่อนข้างไกล ทำให้โอกาสที่ระยะเวลาใน Onset time ไม่ถึงเป้าหมายยังอยู่ในอัตราสูง

3.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

พัฒนาทักษะและแบบคัดกรองผู้ป่วยให้แก่บุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและสถานพยาบาล
เครือข่าย

ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน 1669 แก่ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยใน NCD Clinic อย่างต่อเนื่อง

พัฒนาระบบการส่งต่อและเพิ่มช่องทางให้ได้ผล CT Scan จากผู้เชี่ยวชาญที่รวดเร็วยิ่งขึ้น
ผลักดันให้ผู้ป่วย Stroke ทุกรายต้องได้รับการรักษาใน Stroke Unit หรือโรงพยาบาลที่มี
อายุรแพทย์ในระยะเฉียบพลัน