

โรงพยาบาล	สตีป กม.10
สาขา	ผู้ป่วยนอก
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยวัณโรค
วันที่	30 กันยายน 2562

1.บริบท

สถิติผู้รับบริการ

สถิติผู้ป่วยวัณโรค ปี 2559 – 2562(มีนาคม 2562) มีจำนวน 125,100, 81 และ 61 ราย(ต่างตัว19,10,3และ1ราย)เป็นวัณโรคปอดที่เสมหะบวก จำนวน 68, 42, 50, และ 28 ราย(ต่างตัว 7, 0, 3, และ 0 ราย)ตามลำดับ

ข้อมูลแสดงขนาดของปัญหา

พบว่าเป็นปอดรายใหม่ทั้งเสมหะบวกและลบร้อยละ 75.85 โดยพบการติดเชื้อวัณโรคปอดรายใหม่ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 21.59 กลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 11.64 เป็นแรงงานต่างด้าว ร้อยละ10.51

พบอัตราการรักษาสำเร็จไม่ได้ตามเป้าหมายสาเหตุที่พบมากอันดับหนึ่ง คือ การเสียชีวิตระหว่างการรักษาพบร้อยละ 10.09 ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV lowCD4(<200) ร้อยละ 45.16 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังติดเชื้อวัณโรค ร้อยละ 41.93 มีภาวะปอดอักเสบแทรกซ้อนร้อยละ 8.33มีภาวะไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคร้อยละ 8.33อันดับสองคือการขาดยาร้อยละ 3.58 สาเหตุจาก มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่ดี ขาดนัดรักษาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 75 เป็นผู้เสพยาเรื้อรัง ร้อยละ 25 อันดับสามคือการดื้อยาร้อยละ 2.07 ทั้งหมดเป็นผู้เคยต้องโทษในเรือนจำ

ปี 60 พบเจ้าหน้าที่ติดเชื้อวัณโรค 2 ราย โดยเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วย 1 ราย และเป็นเจ้าหน้าที่สนับสนุนการบริการ (back office) ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วย 1 ราย เนื่องจากข้อจำกัดด้านอาคารสถานที่ที่มีห้องแยกโรคไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยทำให้มีการนำผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกระยะเริ่มการรักษามาพักรวมกับผู้ป่วยในแล้วมีการป้องกันไม่เพียงพอยังพบผู้ป่วยวัณโรคที่นอนบนเตียงบางรายได้รับการวินิจฉัยล่าช้า กว่าที่จะได้รับการแยกโรคก็อยู่ร่วมกับผู้ป่วยปกติมาระยะหนึ่งร่วมกับตัวเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามหลัก UP อย่างเคร่งครัด

ปี 61 พบการเปลี่ยนวินิจฉัย 1 ราย คือผู้ป่วยเป็นปอดบวมแต่ให้การวินิจฉัยเป็นวัณโรคทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ตรงโรค

ศักยภาพ/ข้อจำกัด/บุคลากร/เครื่องมือ

ไม่มีอายุรแพทย์ พยาบาลประจำคลินิก 1 คน ส่งตรวจ mycobacterium culture, drug sensitivity test, PCR ที่โรงพยาบาลชลบุรี หากfilm x ray กำกวม ผลเสมหะไม่พบเชื้อต้องส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคปอด

2.ประเด็นคุณภาพ /ความเสี่ยงสำคัญ

2.1. ระบบคัดกรองค้นหาผู้สัมผัสโรค ไม่ครอบคลุม และไม่มีระบบติดตาม ทำให้พบผู้ติดเชื้อรายใหม่

2.2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงการดูแลตัวเอง ทำให้เกิดการขาดยา /ดื้อยา

2.3 มาตรฐานการคัดแยกและดูแลผู้ป่วย TB ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดการแพร่กระจายสู่บุคลากร

3. เป้าหมายการพัฒนา

Treatment Goal	Objective	KPI
1.เข้ารับบริการเร็วและต่อเนื่อง	1.ลดอัตราการเสียชีวิต 2.ลดการติดเชื้อดื้อยา 3.รับการรักษาตามนัด	1.อัตราการรักษาหาย 2.อัตราการขาดยา 3.อัตราการเสียชีวิต 4.อัตราการดื้อยา
2. ป้องกันและควบคุมโรค TB ได้ตามมาตรฐาน	ลดการแพร่กระจายเชื้อ	5.อัตราการติดเชื้อรายใหม่

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการ/การวางแผนการรักษา

1. ปี 2558 ส่งค้นหาเชื้อดื้อยา โดยใช้ gene expert ได้ผลใน 2 สัปดาห์ ทำให้สามารถค้นหาวัณโรคดื้อยาได้เร็วขึ้น

2.ปี 2558 เพิ่มช่องทางปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในรายที่มีปัญหาซับซ้อนและเสี่ยงต่อการดื้อยาทาง line หรือทางโทรศัพท์

3. ปี 2559 สนับสนุนให้มีการตรวจหาการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อจะได้เข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ วัณโรค

4.ปี 2561 จัดตั้งไลน์กลุ่มแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดชลบุรีทำให้ง่ายต่อการปรึกษาแพทย์ผู้ชำนาญการในกรณีที่ผู้ป่วยมีความซับซ้อนหรือยากแก่การดูแลรักษา

5.ปี2561ทีม IC ทบทวนการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร และสำรวจดูแลสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อโดยบริหารจัดการให้เกิดความเสี่ยงที่ต่ำที่สุด

6. ปี 2561 สนับสนุนให้มีการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยHIV ผู้สัมผัสใกล้ชิดคนไข้วัณโรค แรงงานต่างด้าว บุคลากรทางการแพทย์(การตรวจสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่โดยทำ chest x ray ทุกคน) การทำ tuberculin skin test ในเด็กผู้สัมผัสโรคเพื่อจะได้เริ่มรักษาตั้งแต่ตรวจพบ ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ

7.ปี 2561 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย MDR TB เมื่อแรกตรวจพบโดยให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวในห้องแยกโรคหลังให้คำปรึกษาโดยสมัครใจ จนกระทั่งถูกส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่งต่อข้อมูลและประสานกับหน่วยปฐมภูมิเพื่อติดตามผู้ป่วยจนครบการรักษา ประสานกับคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชลบุรีเพื่อติดตามผู้ป่วยจนครบการรักษา

8.ปี 2561 ให้คำปรึกษาก่อนเริ่มรักษา มีช่องทางการติดต่อหากมีปัญหาระหว่างการรักษาโดยให้เบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่คลินิกแก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย

9.ปี 2561 นัดตรวจติดตามผู้ป่วยเมื่อเริ่มรักษาในสองและสี่สัปดาห์แรกเพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการรักษา

การเสริมพลังและการดูแลต่อเนื่อง

7. ปี 2558 กำกับติดตามการทานยาของผู้ป่วยโดยญาติ, อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

8.ปี2560 วางระบบคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองที่ รพ.สต. เร่งให้มีการคัดกรองวัณโรคในชุมชน

5.ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562
อัตราผู้ป่วยวัณโรครักษาหาย	87	80	80.43	88.60	79
อัตราผู้ป่วยวัณโรคขาดยา	0	4	4.34	2.53	1.53
อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต	<5	16	15.21	8.86	20
อัตราการดื้อยา	<2	0	2.02	4.6	2
อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อวัณโรค	0	0	2	0	0

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

พบอัตราการรักษาหายมีแนวโน้มคงที่เนื่องจาก มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษาค่อนข้างสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เสียชีวิตมีโรคประจำตัว ซึ่งมักจะทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคไม่ค่อยไหว ทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงส่งผลให้เกิดภาวะ รักษาไม่หาย ขาดการรักษา หรือ เสียชีวิตในที่สุด สำหรับผู้ป่วยขาดยา มีแนวโน้มคงที่ ซึ่งส่วนใหญ่ขาดยาจากการย้ายถิ่นฐานเพื่อทำมาหากินโดยไม่แจ้งล่วงหน้า (ทราบเมื่อผู้ป่วยกลับมารักษาใหม่) และมีบางส่วนเป็นกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่รับเชื้อมาตั้งแต่แรก สำหรับอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อวัณโรค หลังจากวางระบบห้องแยก และกำหนดเกณฑ์การ admit ย้ายออกจากห้องแยก ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำในโรงพยาบาลแต่ไปพบในหน่วยบริการปฐมภูมิแทนซึ่งต้องมีการตามไปแก้ไขที่หน่วยบริการ

6.แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1.ปี 2561 พัฒนาศักยภาพวัณโรคให้ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คลินิกวัณโรคคุณภาพ

2.ปี 2561พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในเครือข่ายและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นพี่เลี้ยง เพื่อกำกับการกินยา

3.ปี 2561พัฒนาระบบคัดกรองวัณโรคในชุมชน ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีการประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อประเมินผล ปัญหา อุปสรรค การทบทวนการเสียชีวิต ในที่ประชุมที่มีวัณโรคระดับ คปสอ. ทุก1-2 เดือน

4.ปี 2562กลุ่มแรงงานต่างด้าวนายจ้างต้องดูแลและมีกลุ่ม NGO ช่วยดูแลติดตาม ช่วยสื่อสาร

5.คัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง