

โรงพยาบาล	สัจหีบ กม.10
สาขา	อายุรกรรม
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยโรคหืด(Asthma)
วันที่	30 กันยายน 2562

1. บริบท

สถิติผู้มารับบริการ

สถิติผู้ป่วย Asthma ปี2559-2562 = 290,282,268และ250 ราย จำนวนผู้ป่วยที่เข้าคลินิก จำนวน 262,260,250และ205 ราย ตามลำดับ

จำนวนครั้งที่มารับบริการ OPD =1068 ,1155,1120และ902 ตามลำดับ

ข้อมูลแสดงขนาดของปัญหา

พบความครอบคลุมการเข้าถึงบริการคลินิก Asthma เฉลี่ยร้อยละ 90.13 สาเหตุไม่นัดเคสAsthma ที่visit ERมาเข้าคลินิก /นัดเข้าคลินิกแล้วไม่มาตามนัด ไม่ติดตามเคสที่ไม่มาตามนัด

ทบทวนการ Visit ER ด้วย Exacerbation พบร้อยละ 50.05 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าคลินิก และเคสต่างเขต ส่วนเคสในคลินิกเป็นเคส ที่loss follow upและกลุ่ม un-controlled asthma สาเหตุไม่มาเข้าคลินิกตามนัด รักษาที่รพ.อื่น ไม่ได้ใช้ยาsteroidต่อเนื่องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีฝุ่นควันจากการเผาขยะ สูดบุหรี่ ภาวะติดเชื้องานเดินทางเหนื่อย

ทบทวนRe-visit ER ภายใน 48 ชม. เฉลี่ยร้อยละ 2.91 สาเหตุไม่ได้ซักประวัติปัจจัยกระตุ้นเช่น การสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น ภาวะติดเชื้องานเดินทางเหนื่อย ไม่ได้ยา Steroid กลับบ้าน ตามรอยเวชระเบียนบางรายไม่พบการประเมินซ้ำหลังการพ่นยา และขาดการนัดเพื่อติดตามอาการ

ทบทวนการadmit ด้วย asthmatic attack ร้อยละ 4.59 สาเหตุจากไม่ได้รับการรักษาตาม GINA guideline ขาดนัดในคลินิก โทรติดตามไม่ได้ ขาดการซักประวัติและค้นหาปัจจัยกระตุ้น โดยเฉพาะ Respiratory tract infection

ทบทวนการ Re-admit พบ ร้อยละ 0.29 สาเหตุการวางแผนจำหน่ายไม่เหมาะสม หลัง D/C ไม่นัดติดตามอาการตามแนวทางภายใน 1 สัปดาห์แต่ให้มาตรวจตามนัดเต็มหลังD/C แพทย์นัดติดตามอาการผู้ป่วยไม่มาตามนัดและไม่ติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดจากwardของ OPD

ทบทวนการขาดนัด/ขาดยา พบร้อยละ 9.42 สาเหตุจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการกำเริบ เข้าใจว่าหายแล้วจึงไม่มาตามนัด ย้ายที่อยู่ ติดตามไม่ได้ ติดธุระ ผู้สูงอายุ ไม่มีญาติพามา ไม่ติดตามการขาดนัด

พบผู้ป่วย Asthma เสียชีวิต 2 ราย ปี 2559 1 รายเสียชีวิตก่อนถึง ER CPR ไม่สำเร็จ ปี 2560 1 ราย นอนเสียชีวิต หลังadmit เข้าไปไม่นาน เนื่องจากการประเมินและวินิจฉัยผิดพลาด ไม่ได้CXR,เจาะ lab ผู้ป่วย on diuretic เคยadmit ก่อนหน้านี้หลายครั้ง ช่วงหลังมีภาวะ CHFร่วมด้วย refer opd cardio med รพ.ชลบุรี ยังไม่ถึงวันนัดที่รพ.ชลบุรี ผู้ป่วยมา admit ก่อน

ศักยภาพ /บุคลากร/ความเชี่ยวชาญ/เครื่องมือ

ไม่มีอายุรแพทย์ มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 1 คน มีพยาบาลประจำคลินิก 2 คน ปี 2554 เปิดบริการคลินิกโรคหอบหืดทุกวันอังคาร มีสถิติผู้มารับบริการเฉลี่ยเดือนละ 100 ราย มี Peak flow 7อัน เครื่องตรวจ O2sat= 2 เครื่อง Spirometry 1 เครื่อง

2.ประเด็นสำคัญ/ ความเสี่ยงสำคัญ

2.1การประเมินปัจจัยกระตุ้นไม่ครอบคลุม วางแผนการรักษาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม.

2.2 การประเมิน/วินิจฉัยผิด ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง

2.3 การวางแผนจำหน่ายไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาซ้ำ

2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไม่เหมาะสม ร่วมกับขาดระบบการติดตามในคลินิกทำให้พบการ visit / re visit ER และเข้าถึงบริการซ้ำเกิด respiratory failure

3.เป้าหมายการพัฒนา

Treatment goal	Objective	KPI
ควบคุมโรคได้	- เพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกเฉพาะโรค - ลดการมารักษาที่ ER - ลดการกลับมารักษาซ้ำ -ลดอัตราการadmit ด้วย acute asthmatic attack	- ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการ -อัตราการ Re visit/ Re admit -อัตราการขาดนัด/ขาดยา -อัตราการadmit

4.กระบวนการพัฒนาเพื่อให้ได้คุณภาพ

การเข้าถึงบริการคลินิกเฉพาะโรค Asthma

1. ปี 2556 จัดทำข้อตกลงในการนัดผู้ป่วยเข้าคลินิกเฉพาะโรคหากพบเคสไอ หอบเหนื่อย หายใจมี Wheez เป็นซ้ำเกิน 3 ครั้ง หรือมีอาการภูมิแพ้อื่นร่วมด้วย มีอาการเกิดขึ้นตามหลัง URI ให้นัดเข้าคลินิกวันอังคารถัดไป

2. เน้นย้ำผู้ป่วยในคลินิกAsthma หากพ่นยา MDI ที่บ้าน 2 ครั้งไม่ดีขึ้นให้มารพ.

การประเมินและการวางแผนการรักษา

3. ปี 2557 ใช้ GINA guideline ในการรักษาผู้ป่วย และวางระบบการประเมิน การนัดติดตามอาการ หากพ่นยาbronchodilator 2 ครั้ง lungยังwheezให้systemic steroid D/Cจาก ERเมื่อ lung clear นัดf/u 3 วัน ถ้าพ่นยา 3 ครั้ง lungยัง wheez พิจารณา admit และนัดเข้าคลินิกในสัปดาห์ถัดไป

4. ปี 2559 ปรับแนวทางการซักประวัติประเมินหาปัจจัยกระตุ้นประวัติการนอนรพ. การใส่ท่อช่วยหายใจ และกำหนดเกณฑ์รายงานแพทย์กรณีมาด้วยacute exacerbation เพื่อวางแผนการรักษาให้เหมาะสมเฉพาะราย

5. ปี 2561 ปรับCPGการดูแลเคสAsthmaที่admittทุกราย ให้ CXR เจาะ Lab CBC,BUN,Cr,Electrolyte

การวางแผนจำหน่าย

6. ปี 2558 พัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และกำหนด criteria จำหน่ายเมื่อ O2 Sat \geq 95 %, Lung clear, RR= 20 /min ไม่มีไข้ อย่างน้อย 24 ชั่วโมง และนัดติดตามอาการในวันที่มีคลินิกสัปดาห์ถัดไป

การเสริมพลังการดูแลต่อเนื่อง

7. ปี 2557 เกสัชกรสอนและทบทวนการใช้ยาพ่นทุก visit ทำ drug reconcile ทั้ง OPD ,IPD เพื่อติดตามการใช้ยา

8. ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ส่งคลินิกอดบุหรี่เพื่อให้ความรู้ ให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ทุก visit

9. รายที่ Uncontrolled ส่ง HHC ให้รพ.สต./PCU เยี่ยมบ้าน การปรับสภาพแวดล้อม หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคและพิจารณาส่งปรึกษา Chest med เพื่อ evaluation

10. ปรับระบบติดตามนัดโดยใช้ IT ช่วยค้นหาผู้ป่วยขาดนัด โทรติดตามเคสหลังขาดนัด 1 สัปดาห์ และประสานงานกับเครือข่าย รพ.สต. ติดตามเมื่อไม่สามารถติดต่อได้

11. ปี 2558 จัดซื้อ Spirometry เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและประเมิน lung function และเพิ่ม item ยา intranasal steroid และ LABA เพื่อใช้ควบคุมโรค

12. ปี 2560 ในราย Uncontrol Asthma ส่งประเมิน Spirometry ทุก ราย กำหนดเกณฑ์การดูแลเคส Asthma ทุก ราย ให้รักษาที่รพ. ตัดกรวยพ่น MDI ออกจาก รพ.สต.

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562
1. อัตราการ admit	< 5	4.15	4.61	4.0	4.34
2. อัตราการ re-admit ภายใน 28 วัน	0	0	0.76	0	0
3. อัตราการ visit ER	<50	50.94	26.92	22.0	22.32
4. อัตราการ re visit ER ใน 48 ชม.	<5	3.77	0.76	0.8	0.48
5. อัตราการ refer จากการใส่ ET tube	0	0.38	0	0.4	0.38
6. อัตราผู้ป่วยขาดนัด/ขาดยา	<10	10.50	9.61	9.80	9.70
7. อัตราผู้ป่วยใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้อง	>85	90.71	94.61	93.0	87.44
8. อัตราผู้ป่วย Total control	50	53.45	53.07	54.0	52

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

ยังพบผู้ป่วย admit ด้วย acute asthmatic attack มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2562 พบผู้ป่วย visit ER แนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2562 เป็นเคสเดิม ที่ uncontrol asthma อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีฝุ่นควัน มีการเผาขยะ ยังพบผู้ป่วย Asthma respiratory failure on ET tube refer ปี 2561 และปี 2562 ปีละ 1 ราย เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมหลายโรค สภาพปอดไม่ดี

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. ปี 2562 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแล วินิจฉัยโรค อย่างถูกต้องโดยการใช้เครื่อง Spirometer และการแปลผล
2. เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหืดเพื่อส่งเข้าคลินิก