

บทสรุปผู้บริหาร

รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นตรวจราชการ: ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ/ตัวชี้วัด: Service plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

1) เป้าหมายและผลงาน

ตัวชี้วัดหลัก

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ 9) = ร้อยละ 9.61

ตัวชี้วัดรอง

2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ได้แก่

2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)
= ร้อยละ 58.02

2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)
= ร้อยละ 61.26

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่หรือสามารถเลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ 30) = 0

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการตรวจไขมัน LDL และ มีค่า LDL < 100 mg/dl (\geq ร้อยละ 50)
= ร้อยละ 63.27

2) สรุปสถานการณ์

โรคหัวใจและหลอดเลือด ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของประชากรไทย จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่ม Acute Coronary Syndrome (ACS) จากโปรแกรม Thai ACS Registry ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในการลงข้อมูลทั้งหมด 779 โรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วย STEMI 6,288 ราย มีอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI คิดเป็นร้อยละ 9.61 โดยพบว่า อัตราตายที่สูงส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Killip class 3 - 4) และเข้ารับการรักษารักษาซ้ำโดยมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 105 นาที และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PPCI มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 110 นาที ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยการให้ยาในกลุ่ม Fibrinolysis หรือได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) (Reperfusion rate) คิดเป็นร้อยละ 69.35 มีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดกลุ่ม Fibrinolysis ภายในเวลาที่กำหนด (30 นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ 58.02 ในขณะที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายในเวลาที่กำหนด (120 นาที) หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ 61.26

จากสรุปสถานการณ์พบว่า

- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI สูงกว่าค่าเป้าหมายแต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปี 2565

- ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2565

ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI ยังมีแนวโน้มค่อนข้างสูง ได้แก่

1. ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (Patient delay) เนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการสำคัญ การเข้าถึงระบบ EMS/1669 ยังไม่ครอบคลุม
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่อาการรุนแรง ได้แก่ Killip class 3 - 4 (มี Heart failure หรือ cardiogenic shock), cardiac arrest และ late presentation มีอัตราการเสียชีวิตสูง
3. มีความล่าช้าในระบบการส่งต่อ การให้คำปรึกษา และการให้การรักษาผู้ป่วย (System delay)
4. บุคลากรขาดความมั่นใจในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการให้การรักษาผู้ป่วยทั้งการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การทำ PPCI และการให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า
5. ความไม่พร้อมหรือไม่เพียงพอของ CCU, Cath Lab และอุปกรณ์ทางการแพทย์
6. อัตรากำลังของบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอเนื่องจากการจัดสรรอัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขาดแคลนบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ
7. มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพมีหลายโปรแกรม ทำให้มีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน การเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด

3) ปัญหา/จุดรวมสะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จต่องาน

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
Patient delay: <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเข้าถึงการรักษาล่าช้าเนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการเตือนของโรคกลุ่ม ACS - ประชาชนใช้บริการหรือเข้าถึงระบบ EMS/1669 น้อย 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการผลิตนวัตกรรม/ Application และกิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างความรู้และส่งเสริม Health Literacy ให้กับประชาชน โดยทีม Primary care และอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังรับรู้ early warning sign เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอาการโรค ACS (patient alert/ awareness) - ส่งเสริมการประสานงานเครือข่ายภาคท้องถิ่น ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก เพื่อเพิ่มความเข้าใจและความเชื่อมั่นให้ประชาชนเข้าถึงบริการ 1669 มากขึ้น
System delay: <ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า - ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ระยะทางในการส่งต่อผู้ป่วยค่อนข้างไกล 	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบ Fast Track และการบูรณาการร่วมกันในทุกภาคส่วนในการส่งต่อและให้คำปรึกษาที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรขาดความมั่นใจในการคัดกรองการวินิจฉัย และการให้การรักษาผู้ป่วยทั้งการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการให้ยาละลายลิ่มเลือด - ความล่าช้าของการให้ยาภายหลังจากได้รับการวินิจฉัย เนื่องจาก หน่วยบริการไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากไม่มียา Streptokinase - มีการขาดแคลน Tenecteplase (TNK) เนื่องจากปัญหาการนำเข้าของบริษัทยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสิทธิภาพ ใช้ระบบ zoning และ mapping ตามบริบทของพื้นที่เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น - ในพื้นที่ห่างไกลสนับสนุนระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับพื้นที่ เช่น การส่งต่อทางบก ทางน้ำ และ Sky Doctor เป็นต้น - สนับสนุนการพัฒนาทรัพยากรทุกระดับในการเพิ่มศักยภาพในการให้ยาและพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรให้เกิดความมั่นใจในการให้ Streptokinase - ขอสนับสนุนแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้ยา TNK และระเบียบการเบิกจ่ายที่ชัดเจน - พัฒนาศักยภาพศูนย์หัวใจในแต่และเขตสุขภาพให้สามารถทำ PPCI ได้ 24/7 - สนับสนุนการจัดตั้ง CCU เพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจระหว่างรอการส่งต่อ - ส่งเสริมการใช้ระบบ Telemedicine, Tele-consult - ประสานกรม กอง กระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมบัญชีกลาง และ สปสช. เพื่อบูรณาการฐานข้อมูลและการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทการให้บริการ - ทบทวนรายงานผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิต และวิเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วย
<p>Health workforce:</p> <p>อัตรากำลังบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพไม่เพียงพอ เช่น Cardiologist, Interventionist, นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก, พยาบาลเฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มอัตรากำลังแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับภาระงาน - การบูรณาการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีสุขภาพระหว่างรพ.ภายในเขตสุขภาพในด้านวิชาการ การฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร และพัฒนางานวิจัยร่วมกัน - สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรตามแผนพัฒนา เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
<p>การควบคุม CVD Risk factors:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง CVD ได้แก่ DM, HT, DLP ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการความร่วมมือระหว่างกลุ่มงาน NCD และ Primary care เพื่อควบคุมความเสี่ยงของการเกิดโรค ปรับเปลี่ยน

ปัญหา/สาเหตุ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
<ul style="list-style-type: none"> - การรายงานข้อมูลยังไม่ครบถ้วน - โรงพยาบาลชุมชนไม่มี high potency statin 	<p>พฤติกรรมควบคุมโรค NCD และจัดองค์ความรู้ให้บุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการพัฒนาเครือข่าย 3 หมอ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ณรงค์ให้ประชาชนรับรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค NCDs ในรูปแบบให้เหมาะสมกับพื้นที่ - เพิ่มการคัดกรองคัดกรองเชิงรุกประชาชนที่มีความเสี่ยงโรคกลุ่ม CVD ได้แก่ การสูบบุหรี่ DM, HT และ DLP - ส่งเสริมความสามารถในการควบคุมโรคใน NCD Clinic เพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
<p>Database:</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วย ทำให้มีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน เช่น ข้อมูลพื้นที่, ข้อมูลจากโปรแกรม HDC และข้อมูลจากโปรแกรม Thai ACS Registry - การเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด 	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อติดตามและวางแผนงานร่วมกันได้ - พัฒนาโปรแกรมให้มีความเชื่อมโยงข้อมูลกัน - มีนโยบายที่ชัดเจนสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ให้ครอบคลุมทุกรพ.ในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็มาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้

4) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในความตระหนักของผู้ป่วยและการเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และการเข้าถึงการบริการโดย EMS/1669
2. มีระบบ STEMI fast tract การจัดระบบ Zoning และ mapping ในการให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละเขตสุขภาพ และมีการบูรณาการร่วมกันในโรงพยาบาลสังกัดอื่นที่มี Cath Lab ได้ เพื่อพัฒนาศักยภาพเพื่อให้แต่ละเขตสุขภาพมีศูนย์หัวใจที่สามารถทำ PPCI ได้ 24 ชั่วโมง, 7 วันต่อสัปดาห์
3. สนับสนุนให้รพ.ทุกระดับสามารถให้ยา fibrinolysis ได้
4. ด้านงบประมาณตามแผนพัฒนาด้านระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (เครื่องมือ, อุปกรณ์, ครุภัณฑ์ทางการแพทย์) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

5. สนับสนุนการบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรและการส่งฝึกอบรมเฉพาะทาง เช่น Cardiologist, Interventionist, CVT, นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก, พยาบาลเฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น เพื่อให้สอดคล้องกับภาระงาน
6. สนับสนุนงบประมาณและแนวทางปฏิบัติในการส่งใช้ยา TNK ระเบียบการเบิกจ่ายที่ชัดเจน สนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา TNK แทน SK เนื่องจาก TNK บริหารง่ายกว่า ประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดดีกว่าและผลข้างเคียงน้อยกว่า SK

5) ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดมุ่งเน้นที่ Service plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI) อย่างต่อเนื่องและติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาที่ได้จัดทำไว้
2. มีระบบเครือข่ายการให้คำปรึกษา การส่งต่อ STEMI Fast Track และรักษาผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่และสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
3. จัดสรรแพทย์เฉพาะทางและจัดทำแผนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละเขตสุขภาพ
4. มีศูนย์หัวใจและ Cardiac Catheterization Lab (Cath Lab) ในทุกเขตสุขภาพและสามารถให้บริการได้ 24 ชั่วโมง, 7 วันต่อสัปดาห์
5. มีนโยบายที่ชัดเจนและมีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้และมีข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสามารถนำมาพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้ โดยสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry เพิ่มมากขึ้น
6. บูรณาการร่วมกับ NCD clinic ในการคัดกรองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

6) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามในการตรวจราชการและนิเทศงาน

1. ความพร้อมในระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast track ทั้งในด้านความพร้อมของรพพยาบาลและอุปกรณ์การช่วยชีวิต, ความพร้อมของบุคลากรในการส่งต่อผู้ป่วย, จัดเวรบุคลากรเพื่อพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง, สามารถทำ ACLS ได้ รวมทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม ACS ที่มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้จริงทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ และการสามารถให้บริการแบบไร้รอยต่อ
2. บูรณาการการรักษาและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย STEMI ระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสป./มหาวิทยาลัย/ เอกชน ในเขตสุขภาพ
3. มีระบบการลดระยะเวลาการรอดคอยการรักษาโดยการทำให้ CAG/PCI หรือการผ่าตัด Coronary Artery Bypass Surgery (CABG) โดยมีระบบการส่งต่อในเครือข่ายหรือระหว่างเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
4. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มของ NCD และควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามมาตรฐานการรักษา รวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง, ความตระหนักของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงอาการโรคหัวใจ และวิธีเข้าถึงการบริการได้อย่างรวดเร็ว

5. ติดตามผลตามการดำเนินการและความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลตามตัวชี้วัด และสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry

ผู้รายงาน แพทย์หญิงอรพรรณ อนุไพวรรณ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก
E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com