

การพัฒนากระบวนการบริการโรคหลอดเลือดสมองมีเป้าหมายสำคัญ คือ ผู้ป่วยต้องเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track ให้มากขึ้น การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย acute ischemic stroke ที่มีจำนวนมากขึ้น และผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐาน เช่น การตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วย CT scan brain การรักษาตาม clinical practice guideline ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตที่ลดลง

ผมได้มีโอกาสเดินทางไปร่วมพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองทั่วทั้งภาคอีสาน เขตสุขภาพที่ 7,8,9 และ 10 รวมทั้งเขตสุขภาพที่ 2,3,11,12 และอีกหลายจังหวัดทั่วประเทศไทย ผมขอถอดบทเรียนการพัฒนากระบวนการบริการโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดศรีสะเกษ คงมีคำถามว่าทำไมผมเลือกจังหวัดศรีสะเกษ ต้องติดตามครับ แล้วท่านจะได้คำตอบว่าทำไมต้องจังหวัดศรีสะเกษ

ระบบบริการ stroke fast track และ stroke unit โดย neuro-med 1 คน (ปัจจุบันมี 2 คน) ร่วมกับอายุรแพทย์ โดยมี neuro-med เป็นหัวหน้าทีม ซึ่งก่อนจะมี neuro-med ระบบบริการเริ่มมาก่อนแล้วโดยอายุรแพทย์ทั่วไป โดยทั้งจังหวัดมีเพียงโรงพยาบาลศรีสะเกษที่มีเครื่อง CT scan และให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

สถานการณ์ก่อนการพัฒนากระบวนการเหมือนในปัจจุบันนี้ มีผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด thrombolytic therapy จำนวนไม่มากนัก เมื่อเริ่มมีการพัฒนาระบบบริการนั้น ทางทีมได้วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบ stroke fast track ไม่มาก พบว่ามีหลายประเด็น ได้แก่

1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หรือ stroke awareness, stroke alert นั้นมีไม่มาก
2. ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจระบบ stroke fast track และไม่กล้าตัดสินใจเพื่อรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เพราะไม่เข้าใจว่าข้อดี และข้อควรระวังคืออะไร ถึงแม้แพทย์จะอธิบายให้ฟังแล้ว

## ถอดบทเรียนการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดศรีสะเกษ

สมศักดิ์ เกียมเก่า

รศ.ดร.สมศักดิ์ เกียมเก่า  
สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาควิชาอายุรศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. ระบบบริการ stroke fast track ที่ยังใช้เวลานาน มีระยะเวลา onset to needle หรือ door to needle ที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยาละลายลิ่มเลือดลดลง

4. ผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตสูงทำให้ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ต้องเสียเวลาในการให้ยาลดความดันโลหิต ทำให้เกินเวลา 270 นาที

5. ระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์

6. ความพร้อมของ stroke unit และ stroke clinic ที่ยังไม่พร้อม

โดยการพัฒนากระบวนการนั้นมีเป้าหมายสำคัญคือ **ต้องทำให้โรงพยาบาลที่ไกลที่สุดนั้นต้องได้รับการบริการรักษาที่รวดเร็ว และต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด** ซึ่งพบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ ความพร้อมทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ ดังนั้นการทำงานที่ท้าทายที่สุด คือ **การทำงานที่ต้องทำให้สำเร็จบนความไม่พร้อม** ซึ่งทางทีมเริ่มจาก

1. **มองเป้าหมายก่อนที่จะมองว่ามีปัญหาอะไร** ผมว่าวิธีการมองแบบนี้ น่าสนใจอย่างมาก เพราะที่ผ่านมานั้นหน่วยงานต่างๆ เวลาคิดจะทำอะไรมักจะมองว่ามีปัญหาอะไรบ้าง แล้วก็สรุปว่าทำไม่ได้ เพราะปัญหามีมากเกินไป แต่ที่ศรีสะเกษมองที่เป้าหมาย แล้วหากกลยุทธ์หรือวิธีทำให้ถึงเป้าหมาย ส่วนปัญหาที่มีนั้นก็ค่อยๆ แก้ต่อไป

2. **การเรียงลำดับของปัญหาในการแก้ไข** ส่วนใหญ่ก็จะเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหาเพื่อทำก่อนในปัญหาที่สำคัญ ซึ่งก็อาจพบปัญหาที่แก้ยาก หรือแก้ไม่ได้ ทำให้การทำงานนั้นอาจเดินต่อไปไม่ได้ ทางทีมศรีสะเกษเลือกที่จะเรียงลำดับของปัญหา โดยการเรียงลำดับจากปัญหาที่แก้ได้ก่อนเป็นปัญหาแรก และค่อยๆ แก้ไปที่ละปัญหา ซึ่งพอเราแก้ปัญหาไปได้มากแล้ว ปัญหาที่เคยเป็นปัญหาที่ยากหรือแก้ไม่ได้ ก็จะสามารถแก้ได้ ผมว่าเป็นวิธีมองปัญหาที่น่าสนใจมาก

3. **การทำให้ประชาชนมี stroke alert และทีมต้อง alert to stroke** ด้วย ผมว่าประเด็นนี้เยี่ยมมากครับ เพราะที่ผมพบมาคือ ประชาชนเริ่มมีการตื่นตัวมากขึ้น มาถึงโรงพยาบาลเร็วขึ้น เข้าสู่ stroke fast track มากขึ้น

แต่การได้รับการรักษายังไม่รวดเร็วมาก ดูจาก door to needle นั้นยังไม่เร็วมากขึ้น ซึ่งการทำให้ทุกภาคส่วนทั้งผู้ป่วย ประชาชน และทีมผู้ให้การรักษา มีความตื่นตัว และปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อเกิดอาการ หรือต้องให้การรักษา **ทุกนาทีคือชีวิต เร็วกี๋รอด ปลอดภัยรอด ครับ**

4. การรณรงค์เกี่ยวกับ stroke awareness campaign in real practice แบบใช้ได้จริงกับประชาชน โดยการคิดคำขวัญที่ใช้รณรงค์ คือ “อ่อนแรงแขนขา มีหน้าตามัว หน้าเบี้ยว เวียนหัว ลึนรัว เดินเซ โทรตาม 1669 ต้องมา รพ. เร็วที่สุด” โดยการประชาสัมพันธ์ในทุกรูปแบบ เช่น การประกวดเทพีงานตามเทศกาล ทำป้ายติดท้ายรถสามล้อถีบ การจัดกิจกรรมเพื่อประชาชนแบบมีความสนุก และความรู้คู่กัน

5. การย่นระยะ clinical tracer เพื่อหาจุดบกพร่องที่ต้องแก้ไขทุกจุด ทุกเม็ด เช่น การแก้ไขความล่าช้าในการลดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ต้องได้ยาละลายลิ่มเลือด โดยการเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน การทำ lab ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน การทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงข้อดีของการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การคัดกรองและส่งต่อที่รวดเร็ว โดยทำความเข้าใจที่ตรงกันทั้งทีม คือ **มาเร็วแล้วผิด ดีกว่ามาถูกแต่ล่าช้า** หมายถึงการคัดกรองด้วย FAST นั้นถ้าไม่มั่นใจก็ให้ activate stroke fast track มาก่อน เพราะถ้ารอให้มั่นใจว่าใช่แน่ๆ แต่ล่าช้าก็ไม่มีประโยชน์

6. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลผ่านทาง line application โดยผู้ป่วยทุกรายจะใช้การส่งต่อข้อมูลลงใน line group มีแบบ check list ให้ เมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติมก็มีการลงใน check list form ใน line application **ทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และรวดเร็ว**

7. **การบริการรักษาต้องเริ่มจากโรงพยาบาลชุมชนให้มากที่สุด** ตั้งแต่การประเมินอาการ การตรวจ NIHSS การตรวจเลือด การให้สารน้ำ การให้ยาลดความดันโลหิต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

8. การสร้างเครือข่ายด้วยความรัก ความเข้าใจ จากแม่ข่ายสู่อ้อมกอดโรงพยาบาลชุมชน การออกเยี่ยมทุกโรงพยาบาลเพื่อรับรู้ถึงปัญหาและความต้องการ

ของเครือข่าย การส่งคืนข้อมูล การพัฒนา strong stroke corner ที่มีมาตรฐานและคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่าย

9. การพัฒนา strong stroke unit ที่ครบวงจร อย่างมีคุณภาพ และยังมีการร่วมกับทันตแพทย์ เพื่อ แก้ไขปัญหา oral hygiene เพื่อลดปัญหา aspiration pneumonia ได้ด้วย ผู้ป่วย stroke ทุกคนจะได้รับการ บริการที่ครบวงจรตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การมี stroke alert, stroke fast track, stroke unit และ OPD stroke เพื่อลดโอกาสการเป็นโรค stroke และการเป็นซ้ำ

10. การสร้างขวัญกำลังใจกับทีม โดยให้ทุกฝ่ายมี ความสุข คือ win to patient, win to doctor, win to team และ win to boss

ผลที่เกิดจากการพัฒนาระบบบริการดังกล่าวส่งผล ให้ผู้ป่วย stroke ในจังหวัดศรีสะเกษได้รับการรักษาที่เป็น มาตรฐานและมีประสิทธิภาพจำนวนมากขึ้น ดังตาราง ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (performance indicator)



(ปกหน้า)



(ปกหลัง)

## ตารางแสดง Stroke Key Performance Indicator

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี	2557	2558	2559	2560	2561
1	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชม.	>4%	2.69 (29/1,079)	3.37 (33/979)	7.30 (78/1,069)	15.30 (251/1,640)	12.65 (233/1,842)
2	อัตราผู้ป่วย SFT ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	≥30%	14.29 (29/203)	13.64 (33/242)	19.65 (78/397)	53.18 (251/472)	37.76 (233/617)
3	ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (DTN time)	<60 นาที	64.76	76.54	69.19	38.67	34.62
4	อัตราผู้ป่วย ischemic stroke (I630-1639) ที่ได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาทีหลังมาถึง รพ.	≥60%	NA	27.27 (9/33)	34.62 (27/78)	90.84 (228/251)	94.85 (221/233)
5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) เพื่อการรักษาภายใน 48 ชม.	>85%	ND	84.06 (823/979)	75.11 (803/1,069)	89.09 (1,461/1,640)	90.33 (1,675/1,842)
6	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมาถึงโรงพยาบาลภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที หลังมีอาการ	≥30%	18.81 (203/1,079)	24.72 (242/979)	37.14 (397/1,069)	28.78 (472/1,640)	33.50 (617/1,842)
7	อัตราตายรวม (I60-I67)	<7%	9.99 (128/1,281)	9.93 (115/1,158)	9.51 (117/1,229)	5.67 (109/1,922)	6.30 (57/1,842)
8	อัตราตายใน ischemic stroke (I630 I639)	<5%	7.04 (76/1,079)	6.44 (63/979)	5.80 (62/1,069)	2.93 (48/1,640)	3.09 (57/1,842)
9	อัตราตายแตก (I60.0, I60.7, I61.0, I61.6, I62.0 I62.10)	<25%	9.25 (16/173)	30.72 (47/153)	34.38 (55/160)	21.63 (61/282)	20.81 (87/418)

ผมขอสรุปการทำงานของทีมีศรีสะเกษ ดังอักษร  
ภาษาอังกฤษจังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

S : Service mind

R : Responsibility

I : Integrated

S : Standard

A : Agility

K : Knowledge management

A : Ability

T : Teamwork

E : Empowerment

ทุกท่านคงได้คำตอบแล้วว่าทำไมผมถึงนำเสนอการ  
พัฒนาระบบบริการ stroke ของจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้  
การนำของ หมอหญิงแห่งศรีสะเกษ





พิมพ์ที่ : ภาควิชาวิศวกรรมเครื่องกล 232/199 ต.ศรีจันทร์ ต.โนนเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000  
Tel. 0-4346-6444, 0-4346-6860, 0-4346-6861 Fax. 0-4346-6863 E-mail : klungpress@hotmail.com 2561 สัปดาห์ 02