โรงพยาบาลตรัง
Trang hospital

ผลการดำเนินงาน

NCD Clinic Plus

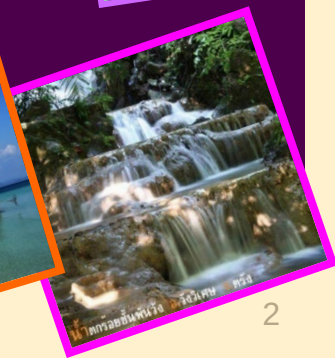
22 มีนาคม 2564

เมืองพระยารัษฎา ชาวประชาใจกว้าง

หมูย่างรสเลิศ ถิ่นกำเนิดยางพารา

เด่นสง่าดอกศรีตรัง ปะการังใต้ทะเล

เสน่ห์หาดทรายงาม น้ำตกสวยตระการตา

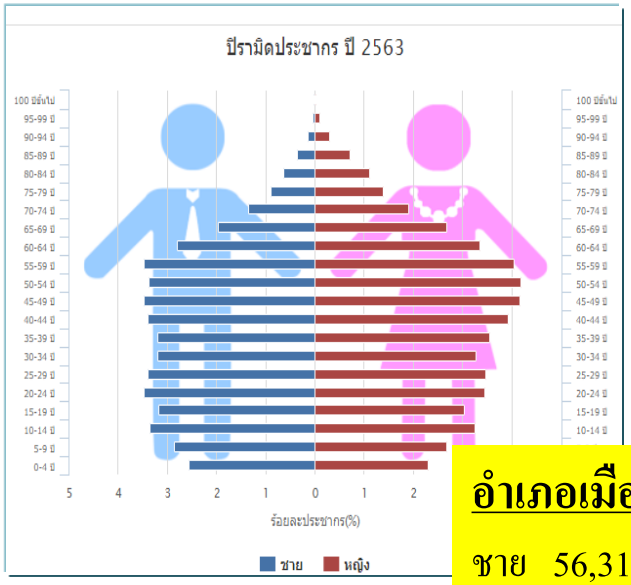


การปกครอง

- 10 อำเภอ
- 87 ตำบล
- 722 หมู่บ้าน
- 15 เทศบาล
- 84 อบต.

อาชีพ

- ส่วนใหญ่ เกษตรกรรม



อำเภอเมืองตรัง

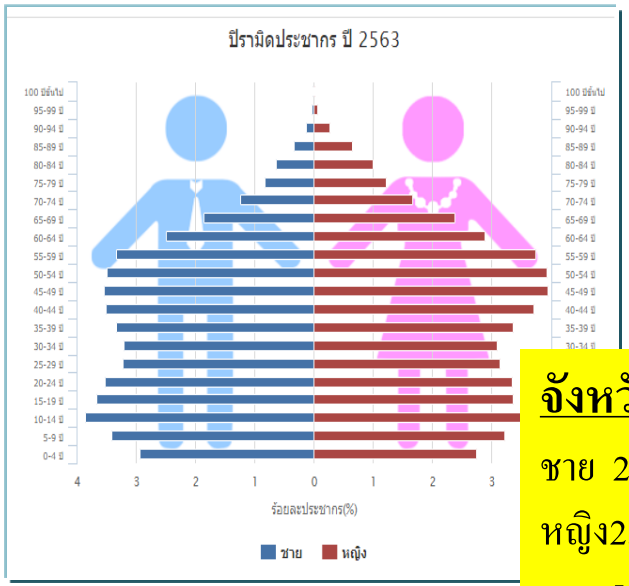
ชาย 56,318 คน

หญิง 63,323 คน

รวม 119,641 คน

ประชากรทั้งหมด 643,164 คน

- สัดส่วนประชากร
  - ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ **6.90**
  - 5 - 19 ปี ร้อยละ **22.49**
  - 20-59 ปี ร้อยละ **58.80**
  - 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ **11.81**



จังหวัดตรัง

ชาย 245,628 คน

หญิง259,876 คน

รวม 505,504 คน

ศาสนา

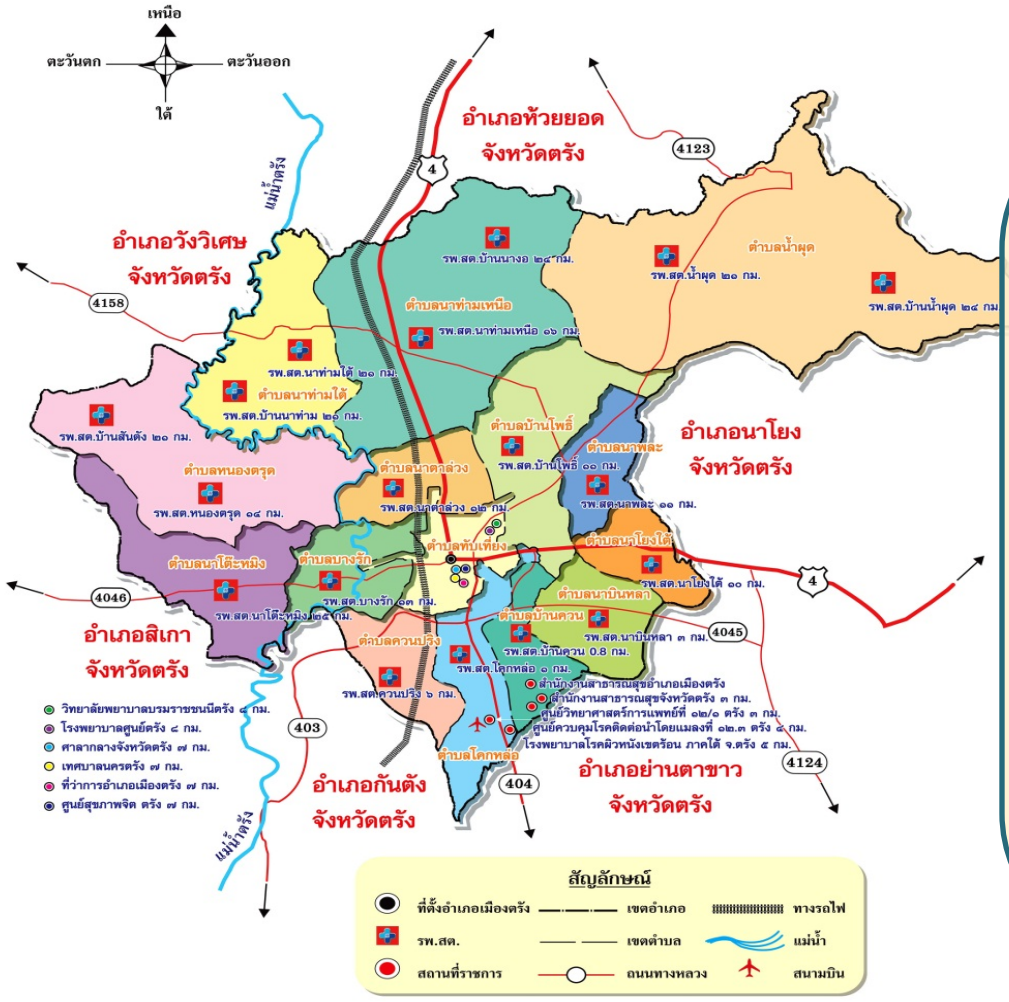
- พุทธ ร้อยละ 80
- อิสลาม ร้อยละ 18.5
- คริสต์และอื่น ๆ ร้อยละ 1.5

ที่มา รายงาน HDC

หมายเหตุ :: ประชากรตาม 43 แฟ้ม/นำ DBPOP มาปรับปรุง

Typearea = 1,3 และ Nation = 099 วันที่ประมวลผล :: 15 มีนาคม 2564

หน่วยบริการเครือข่าย รพ.ตรัง



- ประชากรในCUP119,641คน
- เป็นแม่ข่าย รพช. 9 แห่ง
- เครือข่าย รพ.สต. 18 แห่ง ศสม. 4 แห่ง (อ.เมืองตรัง)
- Primary Care ใน 27ชุมชน (เขตตำบลทับเที่ยง)
- หลังคาเรือน 55,032 หลัง

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลคุณภาพของประชาชน
เพื่อสุขภาพที่ดี

พันธกิจ

พัฒนาและส่งเสริมการดูแลป้องกันสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

พัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐานครบวงจร

รวมถึงพัฒนาและผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพสู่สังคม

โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลตรัง

นพ. สมบัติ สรนเสาวภาคย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

นายสงกรานต์ จันทรมุณี
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่1

นายศักดิ์วุฒิ รัตตานุกูล
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2

นายสาธิต ณ พัทลุง
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

นางเพ็ญศรี แคนยุกต์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านการพยาบาล

นายไกรสร โตทับเที่ยง
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านบริการปฐมภูมิ

นางสาวธิติมา ศิริมาตยาพันธุ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

นายณัฏฐ์ธารณ์ เชิดพงษ์ฐกิตติ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ

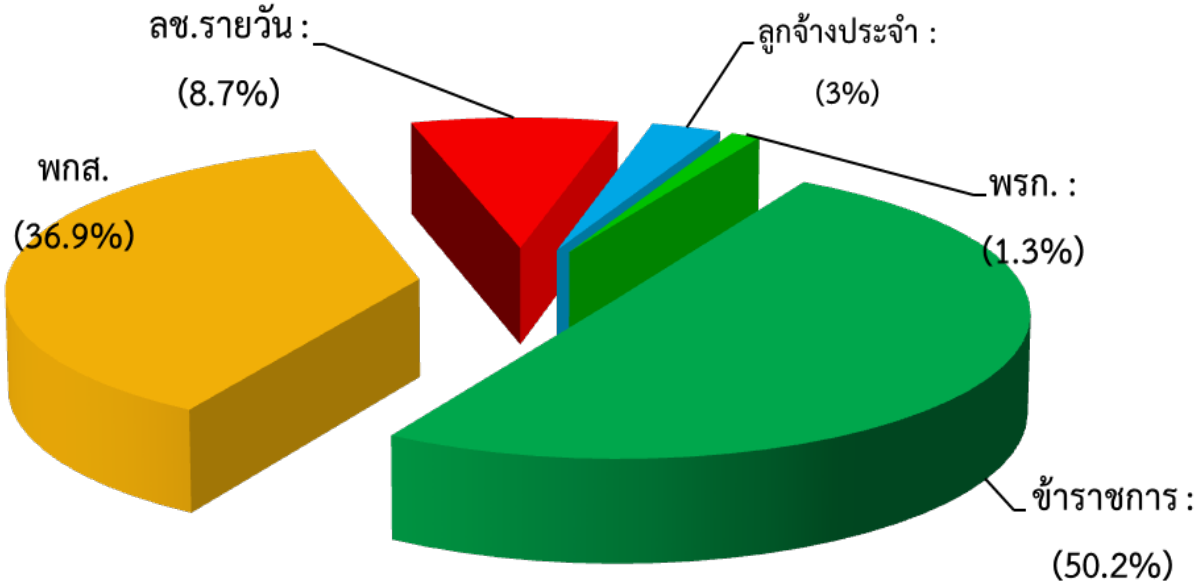
นางปวีณา บุญเจริญ
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์

นายชัยเจริญ ช่วยช่วง
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสิ่งแวดล้อม

นางรัศนี เจริญกุล
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการจัดเก็บรายได้
และงานประกันสุขภาพ

บุคลากร 2,062 คน

ข้าราชการปฏิบัติงานจริง	1,035 คน
ลูกจ้างประจำ	61 คน
พนักงานราชการ	26 คน
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	760 คน
ลูกจ้างรายวัน	180 คน



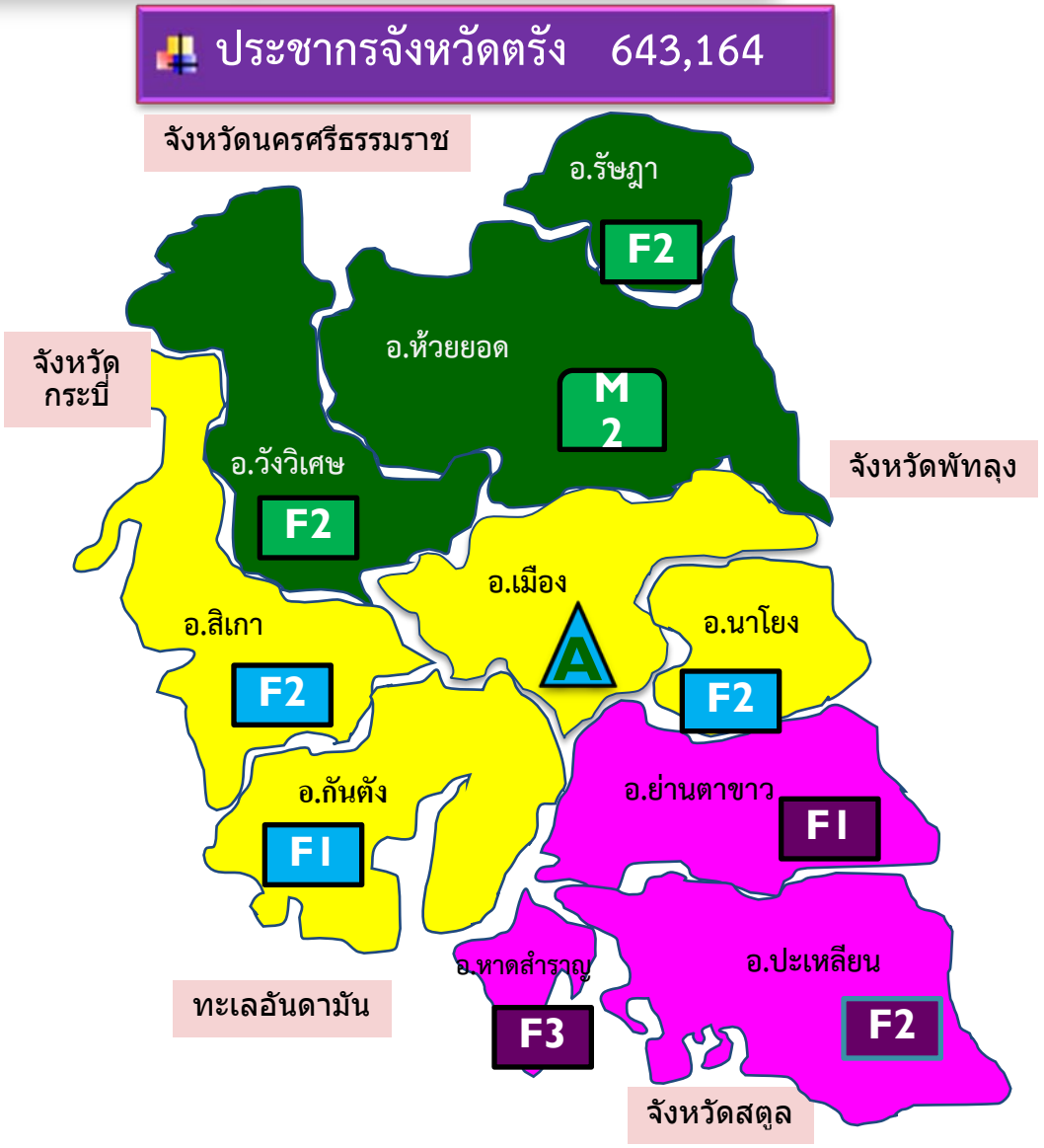
บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานจริง ณ 1 ม.ค.64

บุคลากร	จำนวน	FTE สูง	Blueprint
แพทย์	115 (147)	143	170
ทันตแพทย์	15	14	20
เภสัชกร	40	47	47
พยาบาล	652	903	766
กายภาพบำบัด	18	24	26

กลุ่มงาน	จำนวน	ลาศึกษาต่อ	รวม
อายุรกรรม	25	6	31
ศัลยกรรม	17	7	24
ออร์โธปิดิกส์	10	-	10
จิตเวชศาสตร์	4	1	5
สูติศาสตร์-นรีเวชกรรม	9	-	9
กุมารเวชกรรม	10	3	13
โสต ศอ นาสิก วิทยา	4	-	4
จักษุวิทยา	4	1	5
วิสัญญีวิทยา	6	0	6
รังสีวิทยา	8	3	11
เวชศาสตร์ครอบครัว	12	6	18
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	3	0	3
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	3	2	5
สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค	-	2	2
นิติเวชศาสตร์	-	1	1
รวม	**115**	**32**	**147**

เครือข่ายระบบบริการสุขภาพจังหวัดตรัง

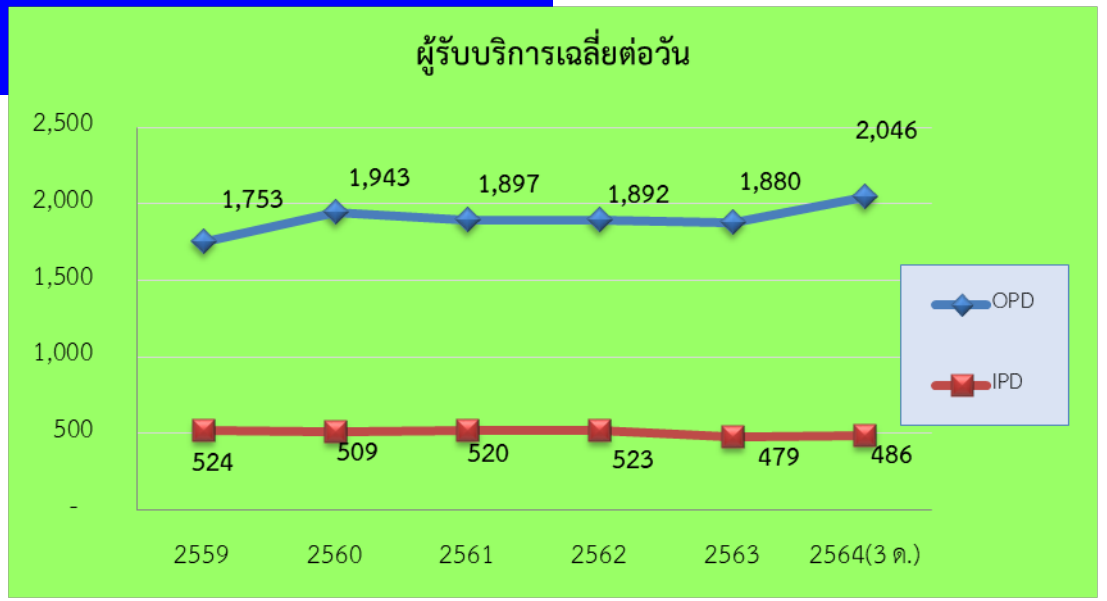
โซนบน	
ห้วยยอด	94,580
รัษฎา	29,418
วังวิเศษ	43,555
รวม	167,553
โซนกลาง	
เมืองตรัง	157,004
นาโยง	44,533
กันตัง	86,829
สิเกา	38,477
รวม	326,843
โซนล่าง	
ย่านตาขาว	64,515
ปะเหลียน	67,332
หาดสำราญ	16,921
รวม	148,768



ที่มา : HDC ประชากรทะเบียนราษฎร์ จำแนกรายอายุและเพศ เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดตรัง ปี 2563

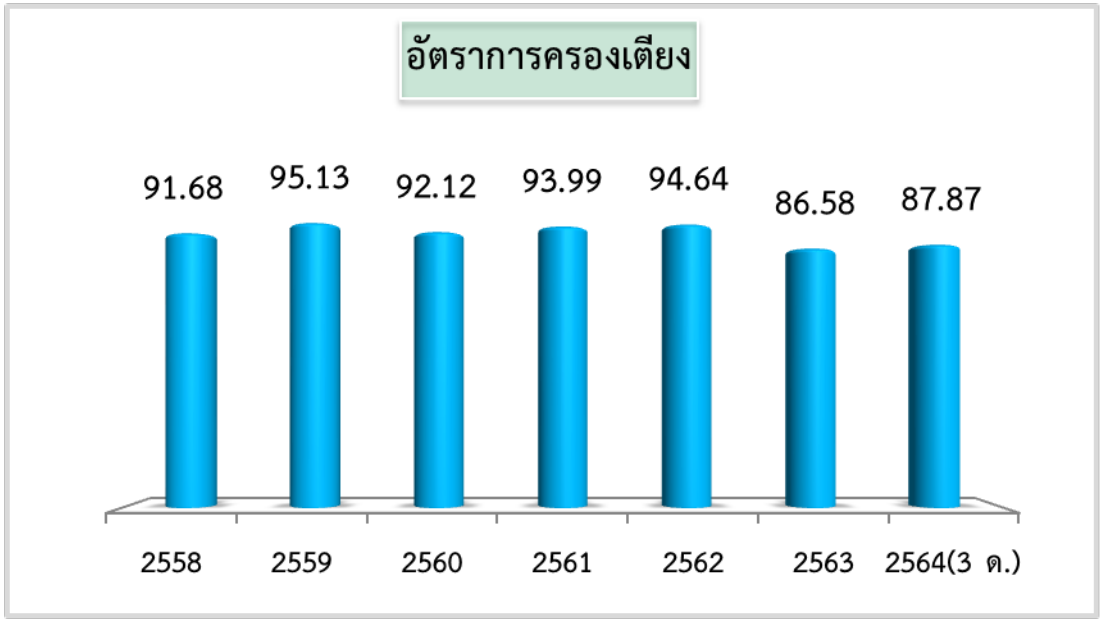
Service

ศักยภาพ	จำนวนเตียง
รพศ.(A)	**555**
เตียงรวม	553
สามัญ	447
พิเศษ	106

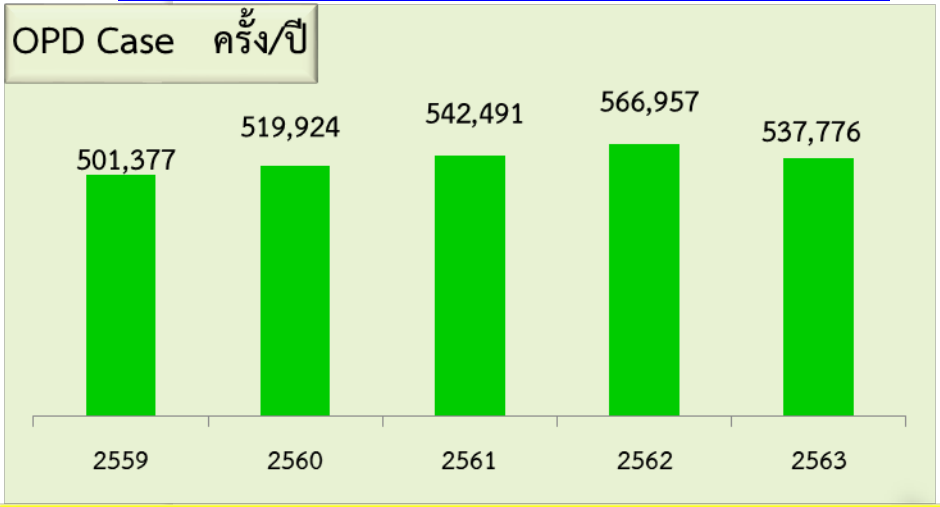


- ICU Surg.	8	Beds
- ICU Med.+CCU	6 + 2	Beds
- NICU	8	Beds
- PICU	6	Beds
- ICU CVT	4	Beds
- RCU	28	Beds

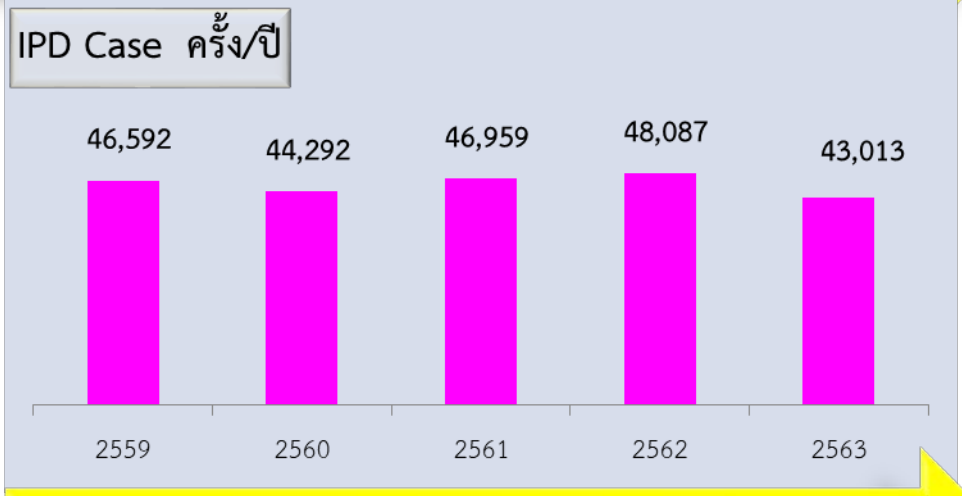
- ห้องผ่าตัดใหญ่ 9 ห้อง
- ผ่าตัดเล็ก 2 ห้อง
- OPD 34 ห้อง



Service



OPD 1,753 1,943 1,897 1,982 1,880 ราย/วัน



IPD 524 509 520 523 479 ราย/วัน

5. อันดับโรค OPD ปีงบฯ 64 (3 เดือน)

1. HT
2. DM
3. DLP
4. CRF
5. HIV

5 อันดับโรค IPD ปีงบฯ 64 (3 เดือน)

1. Cerebral infarction
2. Senile cataract
3. Diarrhea and gastroenteritis
4. Pneumonia
5. AMI

5 อันดับโรค Death ปีงบฯ 64 (3 เดือน)

1. Intracerebral hemorrhage (nontraumatic)
2. Pneumonia
3. DM
4. Motorcycle rider injured
5. AMI

ศักยภาพเฉพาะทาง

การดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง

-เปิดบริการ stroke Unit

-อายุรแพทย์หลอดเลือดสมอง 3 ท่าน

- สามารถทำ Trombectomy

-มีเครื่องมือ CT scan

-มีระบบ stroke fast track

การดำเนินงานโรคหลอดเลือดหัวใจ

-เปิดบริการห้องตรวจสวนหัวใจ

-ห้องผ่าตัดหัวใจ **CCU ICU CVT**

-อายุรแพทย์หัวใจ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

ผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ปีงบประมาณ 2563-2564

(4 เดือน *ตค.63-มีค.64*)

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองตรัง

จังหวัดตรัง

ที่มา: HDC วันที่ประมวลผล :: 15 มีนาคม 2564

รายการ	เกณฑ์	จำนวน (จังหวัด)	ร้อยละ	จำนวน (เมือง)	ร้อยละ
1. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ร้อยละ 60	1,079/ 2,569	42.00	87/ 364	23.09
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	≥ร้อยละ 60	7,426/ 28,815	25.77	1,076/ 7086	15.18
3.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ร้อยละ 40	8081/ 28815	28.04	1831/ 7086	25.84
4.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	≥ร้อยละ 60	15319/ 28815	53.16	2336/ 7086	32.97

รายการ	เกณฑ์	จำนวน (จังหวัด)	ร้อยละ	จำนวน (เมือง)	ร้อยละ
5.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/2)] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	≥ร้อยละ 5	13292/ 12049	-10.32	2817/ 2407	-17.03
6.ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน	≤ ร้อยละ 2	480/ 28815	1.67	102/ 7086	1.44
7.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	≥ร้อยละ 5	3407/ 3421	0.41	973/ 964	-0.93
8. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ 70	8834/ 13557	65.16	2427/ 3383	71.74

รายการ	เกณฑ์	จำนวน (จังหวัด)	ร้อยละ	จำนวน (เมือง)	ร้อยละ
9.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥ร้อยละ 60	34189/ 69503	49.19	4056/ 15827	25.63
10.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ร้อยละ 80	37661/ 58131	64.79	7899/ 14905	52.68
11.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Riskลดลงเป็น < 20% ในไตรมาส 3, 4	≥ร้อยละ 40	154/ 415	37.11	17/ 82	20.73
12.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	≥ร้อยละ 50	399/ 6135	65.05	993/ 1448	68.58

ปัญหา	โอกาสพัฒนา
• ผลการคัดกรองประชาชนยังน้อย	• เร่งคัดกรองเพิ่มเติม • ติดตาม จัดรณรงค์ทุกกลุ่ม
• คีย์ข้อมูลในโปรแกรมไม่ทัน	
• เบาหวานคุมระดับน้ำตาลได้น้อย	• จัดโครงการ SMBG • จัดโครงการโรงเรียนเบาหวาน
• ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนกลุ่มป่วยใกล้เคียงเป้าหมาย	• เร่งติดตาม จัดรณรงค์ทั่วถึง

ผลการดำเนินงาน
NCD CLINIC PLUS

ผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

1. การจัดการระบบข้อมูล
2. ระบบบริการที่บูรณาการงานส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง
4. การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนที่ครอบคลุมทุกระยะของโรค
5. นวัตกรรม/R2R

การจัดระบบข้อมูล

ทิศทาง นโยบาย การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

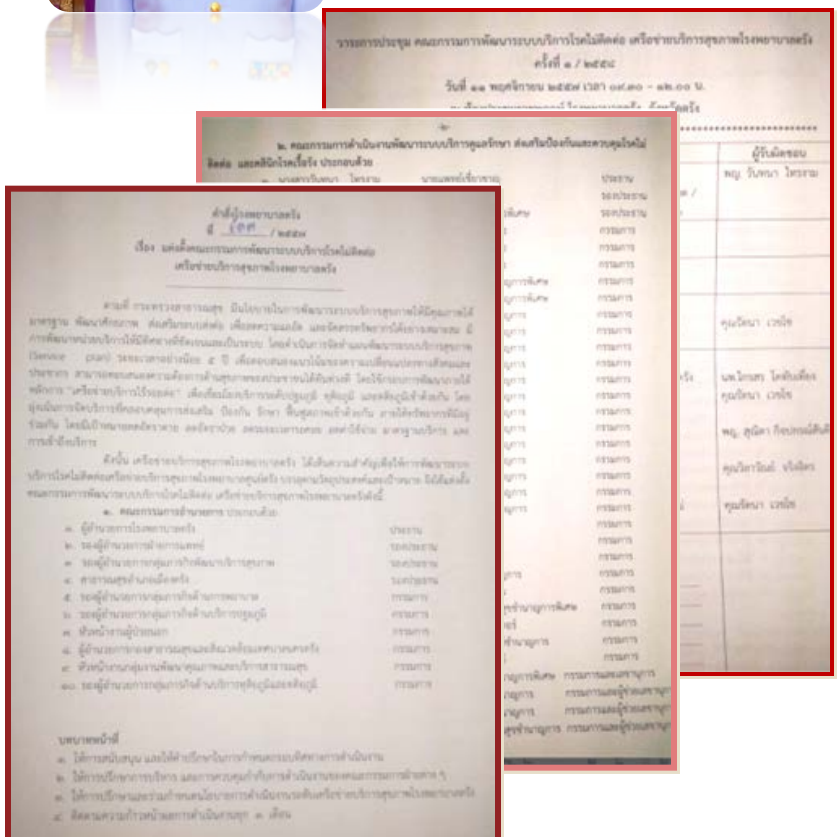
วิสัยทัศน์

"ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการอำเภอเมืองตรัง ได้รับการคัดกรอง ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและพิการ"

เป้าหมายการเนินงาน

- ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง สามารถควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- กลุ่มป่วย สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย ลดภาวะแทรกซ้อนและพิการ

คณะกรรมการดำเนินงาน NCD Board



บทบาทหน้าที่

๑. ให้การสนับสนุน และให้คำปรึกษาในการกำหนดกรอบทิศทางการดำเนินงาน

๒. ให้การปรึกษาด้านบริหาร และการควบคุมกำกับการดำเนินงานของคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ

๓. ให้การปรึกษาและร่วมกำหนดนโยบายการดำเนินงานระดับเครือข่าย

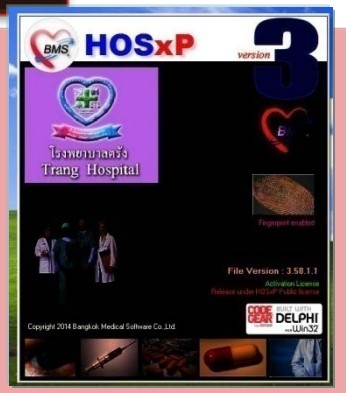
๔. ติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ทุก 2-3 เดือน

****บูรณาการประชุมร่วมกับ คปสอ.เมืองตรัง

โปรแกรมที่ใช้บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

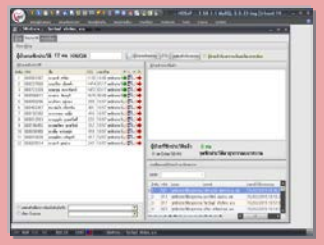
- **โรงพยาบาลตรัง/PCU**

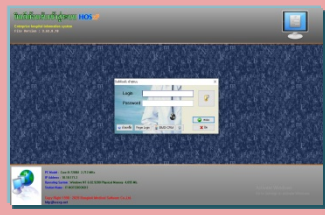
>>>>>>>>>>>โปรแกรม Hos XP **ที่เชื่อมต่อทั้งระบบ**



- **CUPเมือง/รพ.สต.ในเครือข่าย**

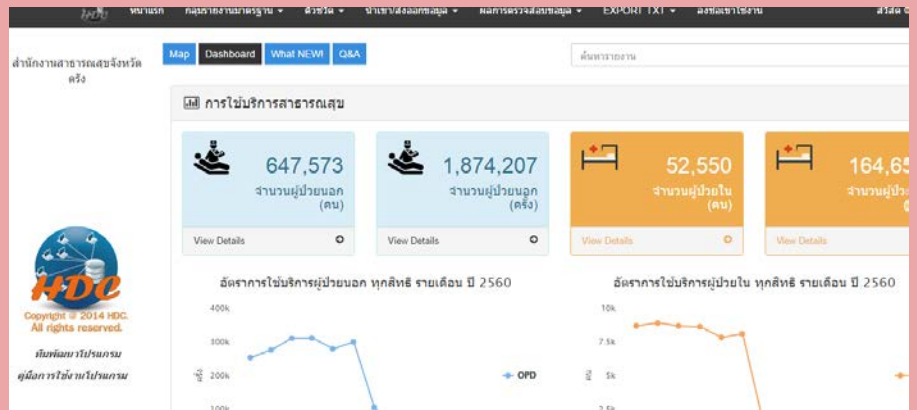
>>>>>โปรแกรม Hos XP PCU





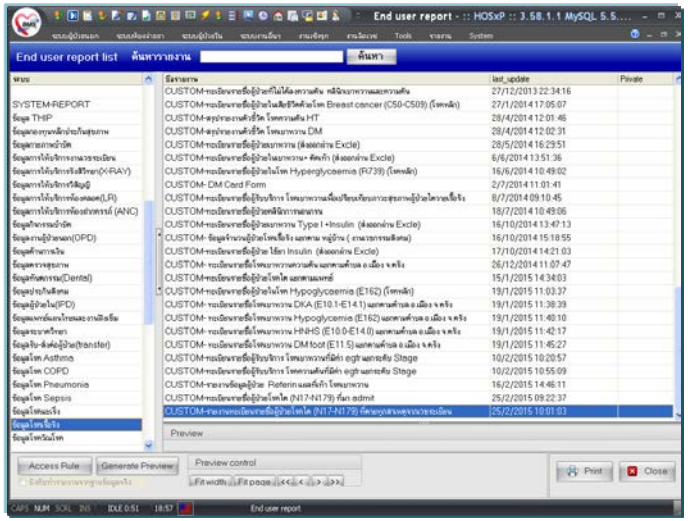
- **เครือข่ายระดับจังหวัด**

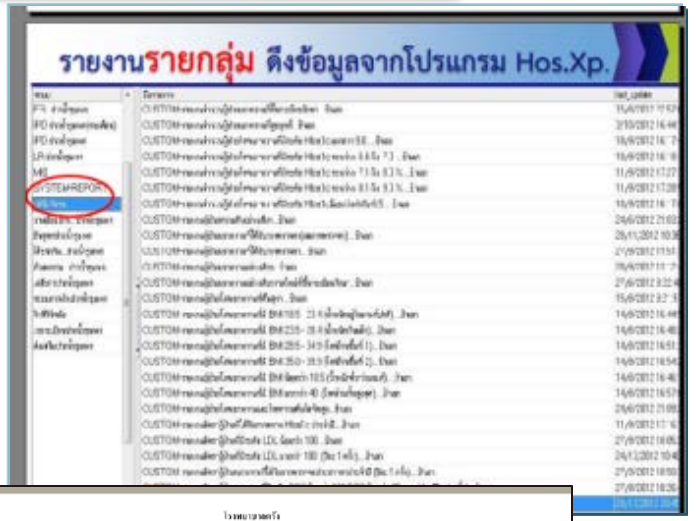
>>>>>>>>>>>โปรแกรม HDC

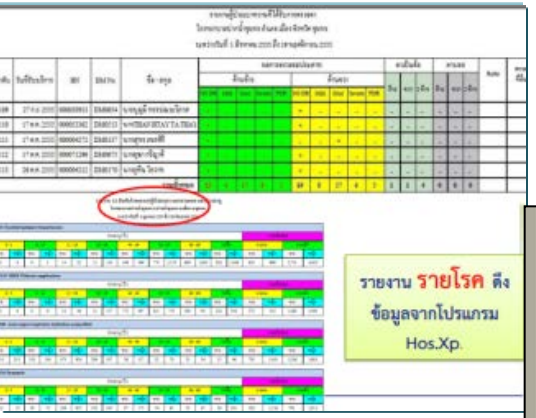


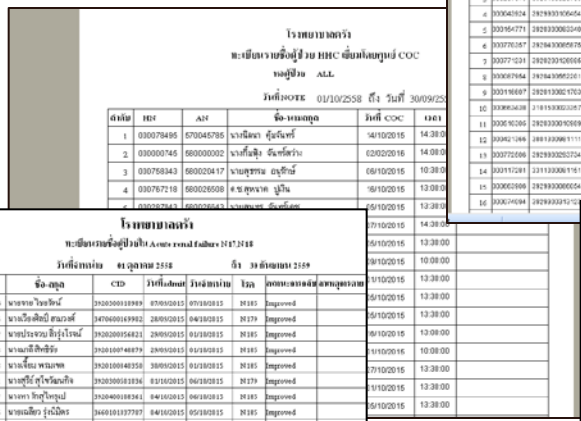
มีทะเบียนบันทึกข้อมูลรายคน / รายกลุ่ม

3









ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน

มีการวิเคราะห์ข้อมูล/คืนกลับผู้เกี่ยวข้อง

ประชุม**NCD Board** ระดับจังหวัด

ประชุม คปสอ.**+NCD cup board**

ประชุม รพ.**+PCT med/**
NCD clinic team

>>ถ่ายทอดแผนสู่ผู้ปฏิบัติ/ผู้ที่เกี่ยวข้อง

>>นำเสนอผลการดำเนินงาน

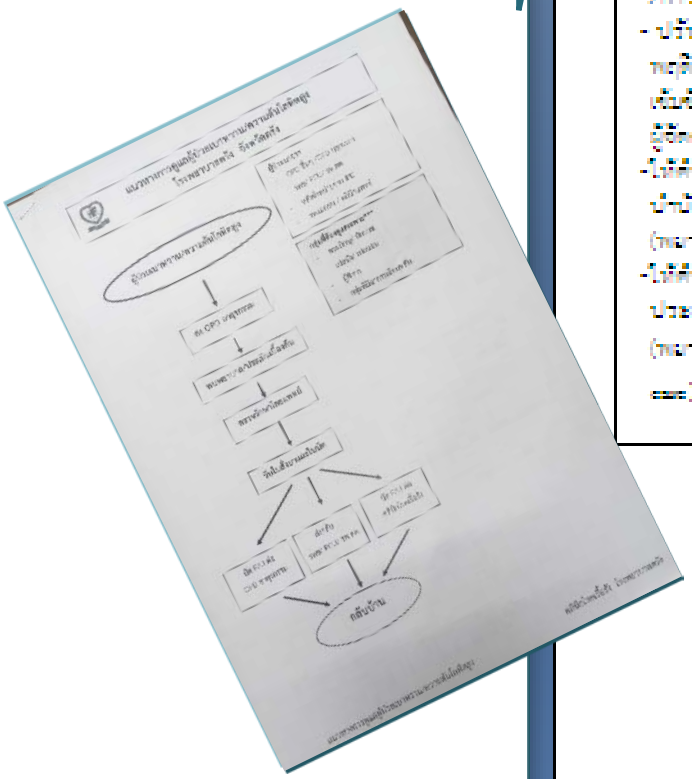
>>ประเมินผลโดยร่วมนิเทศผสมผสานระดับจังหวัด/อำเภอ ปีละ 1-2 ครั้ง

จัดระบบบริการ
ที่บูรณาการงานส่งเสริมป้องกัน
ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ทีมผู้ปฏิบัติงาน NCD

PCT
ที่เกี่ยวข้อง

จัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน



แนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
ตามบทบาทหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ คลินิกโรคเรื้อรัง

กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ผู้ป่วย NS, GN / CKD stage 3B, 4, 5

- แพทย์
  - -ซักประวัติ/ ตรวจร่างกายเบื้องต้น ประเมินภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วม
  - -ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค /การปฏิบัติตัว
  - - ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น(พยาบาลผู้จัดการรายกรณี)
  - -ให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต (พยาบาลไตเทียม)
  - -ให้คำแนะนำดูแลแบบประคับประคอง (พยาบาล palliative care)
- โภชนากร
  - -ประเมินภาวะโภชนาการ
  - -ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
  - -ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม
- นักกายภาพบำบัด
  - -ประเมิน ADL
  - -แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม
- เภสัชกร
  - -ประเมินการรับประทานยากิน/การใช้ยาฉีด
  - -ให้ความรู้เกี่ยวกับยา
  - -พิมพ์ใบสั่งยา

ความรุนแรงของโรคไต

CKD stage 3B	CKD stage 4	CKD stage 5
eGFR 30-44	eGFR 15-29	eGFR < 15

ประเมินความเสื่อมของไต

พิจารณาการเปลี่ยนแปลงและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- eGFR, Electrolyte, Ca, PO4, CBC-RUN, Cr, Albumin

- การรักษา
- ส่งผู้ป่วยเตรียมสร้างช่องเส้นเลือด (การผ่าตัดการสร้างช่องเลือด)
- มีสร้างทางเข้าหลอด (การผ่าตัดทางช่องท้อง)
- เตรียมการบำบัดทดแทนไต ที่ห้องผ่าตัดเลือดและห้องสร้างไตทางหน้าท้อง (โดยอายุแพทย์โรคไต)

eGFR 30-39	eGFR 15-29
นัดก่อนเนื่อง 3-6 เดือน	การบำบัดทดแทนไต

ปฏิเสธ

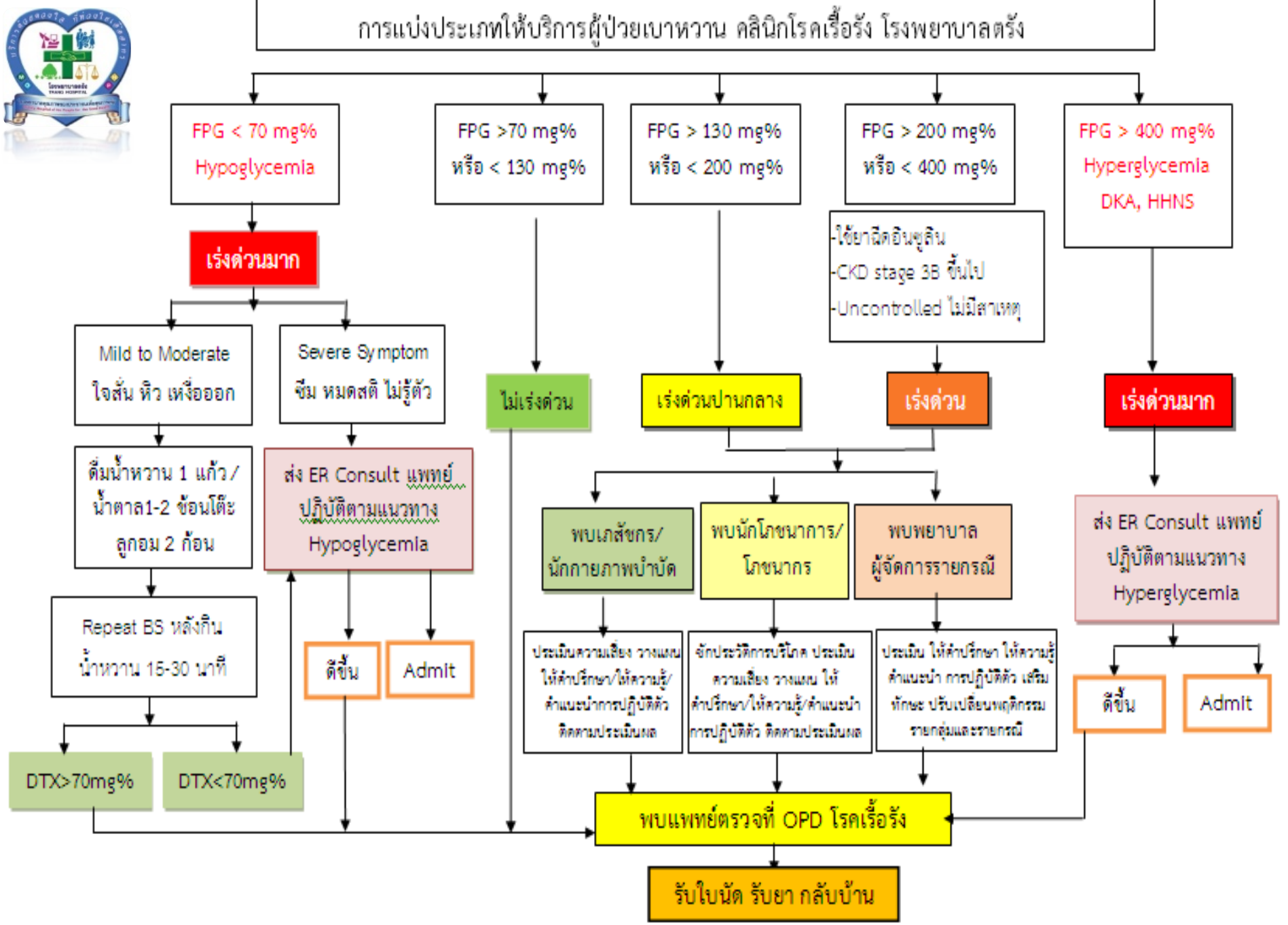
ยอมรับ

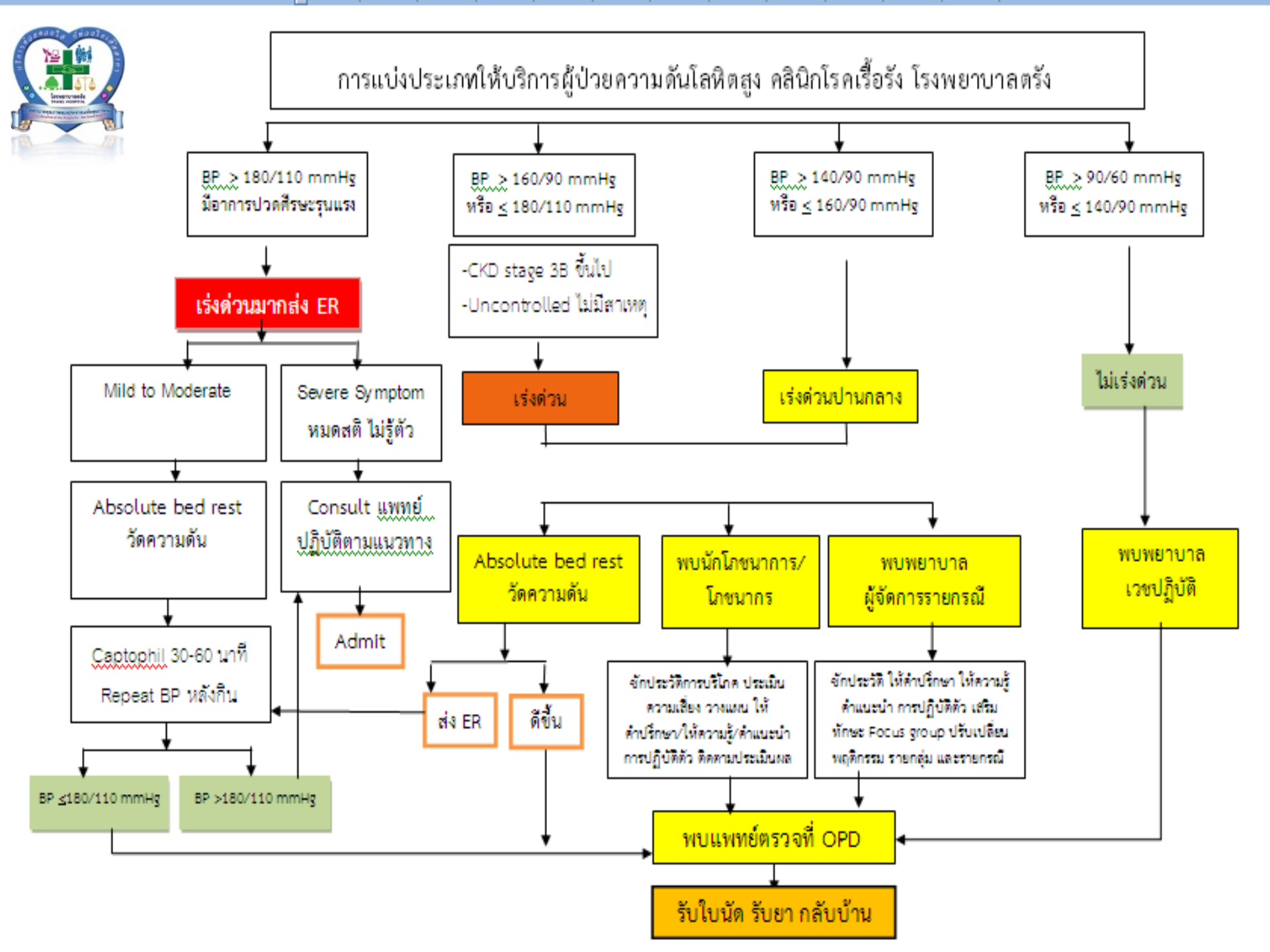
Followup ต่อเนื่อง ที่ห้องผ่าตัดเลือด ห้องสร้างไตทางช่องท้อง

Followup ต่อเนื่อง CKD Clinic ทุกครั้ง

ESRD CKD ทางเลือก HHC Palliative

การแบ่งประเภทให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลตรัง



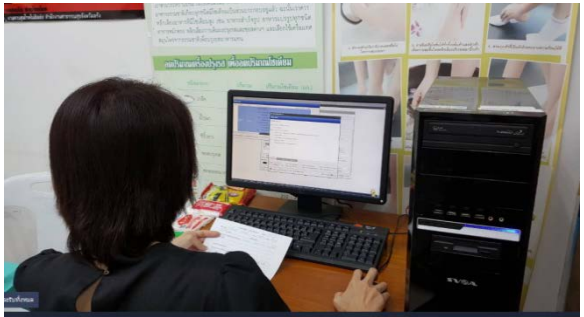

การแบ่งประเภทให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลตรัง
BP > 180/110 mmHg มีอาการปวดศีรษะรุนแรง
BP > 160/90 mmHg หรือ ≤ 180/110 mmHg
BP > 140/90 mmHg หรือ ≤ 160/90 mmHg
BP > 90/60 mmHg หรือ ≤ 140/90 mmHg
เร่งด่วนมากส่ง ER
-CKD stage 3B ขึ้นไป
-Uncontrolled ไม่มีสาเหตุ
ไม่เร่งด่วน
Mild to Moderate
Severe Symptom หมดสติ ไม่รู้ตัว
เร่งด่วน
เร่งด่วนปานกลาง
Absolute bed rest วัดความดัน
Consult แพทย์ ปฏิบัติตามแนวทาง
Absolute bed rest วัดความดัน
พบนักโภชนาการ/ โภชนากร
พบพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี
พบพยาบาล เวชปฏิบัติ
Captophil 30-60 นาที Repeat BP หลังกิน
Admit
ส่ง ER
ดีขึ้น
จักประวัติการบริโภค ประเมินความเสี่ยง วางแผน ให้คำปรึกษา/ให้ความรู้/คำแนะนำการปฏิบัติตัว ติดตามประเมินผล
จักประวัติ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัว เสริมทักษะ Focus group ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รายกลุ่ม และรายกรณี
BP ≤180/110 mmHg
BP >180/110 mmHg
พบแพทย์ตรวจที่ OPD
รับใบนัด รับยา กลับบ้าน

พบพยาบาลเวชปฏิบัติ

การแบ่งประเภทให้บริการผู้ป่วยในคลินิก

พบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

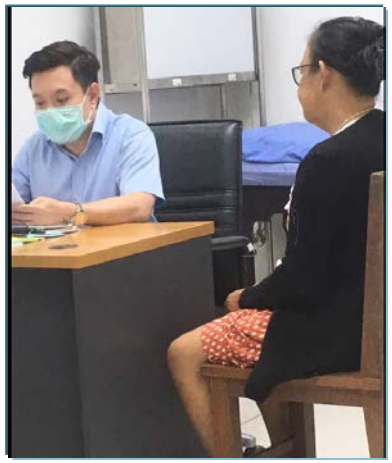
พบนักโภชนาการ



บทบาทของทีมสหสาขาฯ

แพทย์

- ดูแลรักษาโรค



พยาบาล

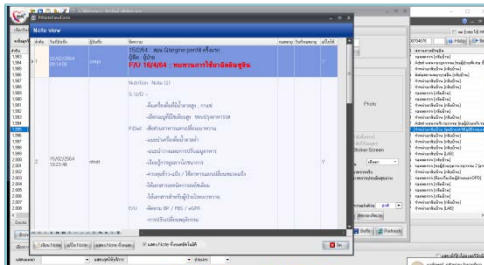
- เพิ่มความเข้มข้นในการจัดการรายกรณีเชิงลึก ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค/แนวทางการรักษา

บทบาทของทีมสหสาขาฯ

เภสัชกร

- ผู้ป่วยและญาติเข้าพบเภสัชกร เพื่อพิจารณาทบทวนการใช้ยาทุกราย ก่อน/หลังพบแพทย์
- -ทบทวนการรับประทานยา /บริหารยา /การใช้ยา ส่งพบเภสัช ประเมินการใช้ยาใหม่/การฉีดอินซูลิน แนะนำการรับประทานยา

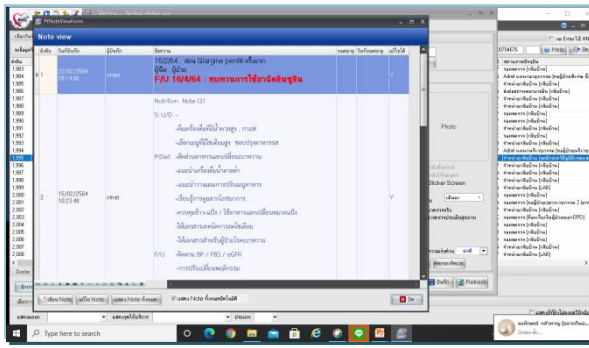
Review ยา



บทบาทของทีมสหสาขาฯ

นักโภชนาการ/ โภชนากร

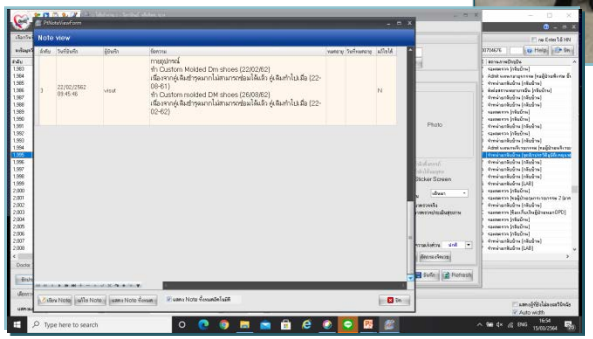
- ส่งผู้ป่วยพบนักโภชนาการ/ โภชนากร ในรายใหม่/ รายที่ควบคุมโรคไม่ดี , รายที่มีค่า **eGFR** ลดลง



บทบาทของทีมสหสาขาฯ

- นักกายภาพบำบัด

จัดกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมให้กลุ่มผู้ป่วย



การจัดการรายกรณี

- มุ่งเน้นที่กลุ่ม/รายที่มีปัญหาซับซ้อน ส่งพบ Nurse case manager เพื่อค้นหาสาเหตุและให้การดูแลเชิงลึก

- กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไต ส่งพบ PD nurse เพื่อ slow progression และนำเข้าระบบ เพื่อ RRT และส่งพบอายุรแพทย์ทางไต (nephrologis) อย่างเป็นระบบ

เพราะเราเชื่อว่า คนไข้ทุกคนล้วนแตกต่าง ต้องการดูแลและเข้าถึงตามความจำเป็น ภายใต้มาตรฐานการดูแล

เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในเครือข่าย

- เพิ่มศักยภาพด้านความรู้ แนวทาง ให้แก่รพ.สต.
- สนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ตรวจ LAB
- ช่องทางการปรึกษาเฉพาะทาง line, FB

การเชื่อมโยงระบบเครือข่ายบริการ

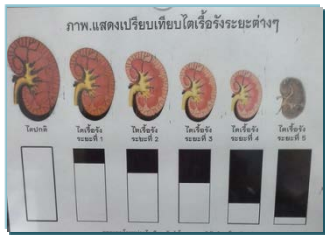
การกระจายผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงลงสู่ รพ.สต. >50%

-ไต บูรณาการเป็นคลินิก CKD และให้บริการ CKD stage 3B ขึ้นไป ร่วมกับอายุรแพทย์โรคไต

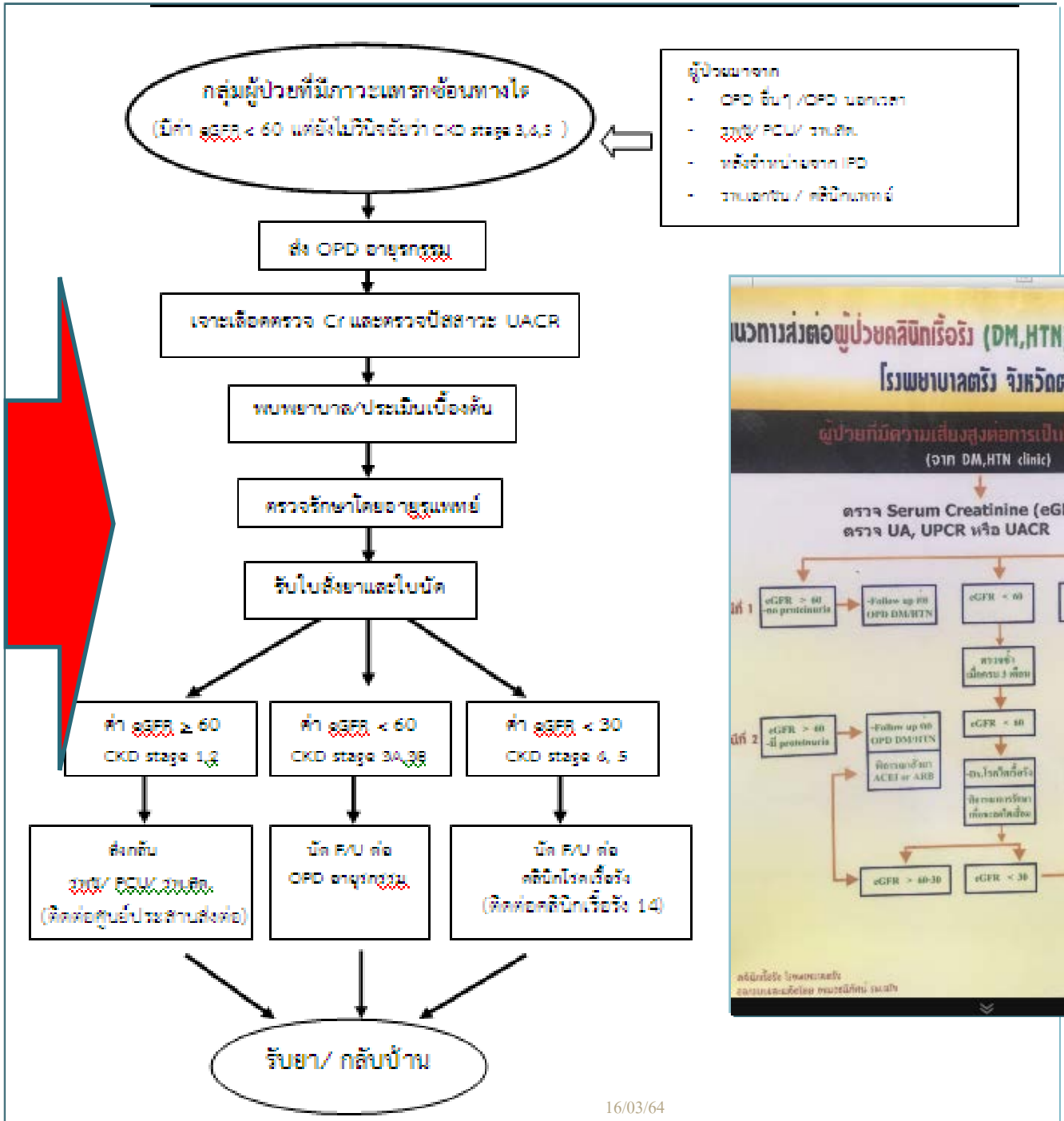
การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่สำคัญร่วมกับเครือข่ายและแพทย์ผู้เชียวชาญ

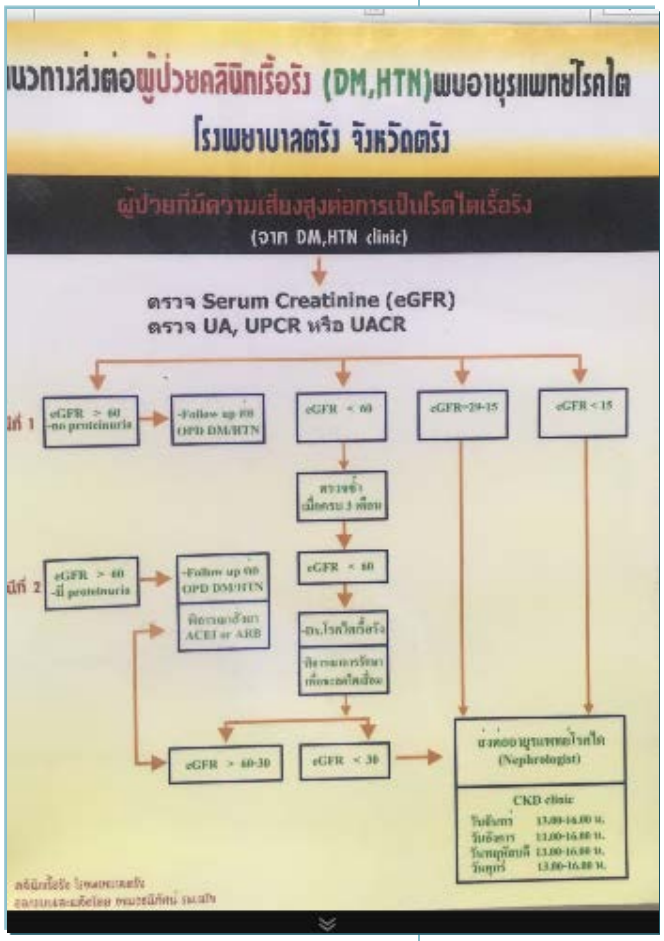
-ตา ตรวจจอประสาทตาและต้อกระจก ส่งรักษา DR และต้อกระจก โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางตาและจักษุแพทย์

เท้าและหลอดเลือด บริการคลินิกเท้าเบาหวาน/ ใช้เครื่องตรวจ ABI เพื่อวินิจฉัย PAD

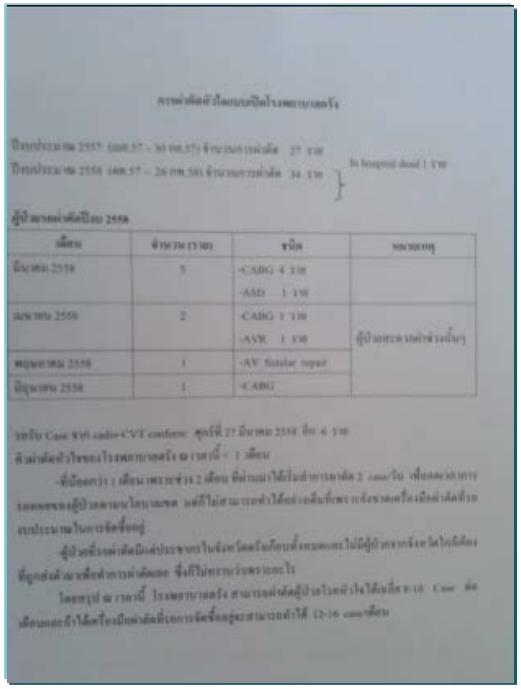


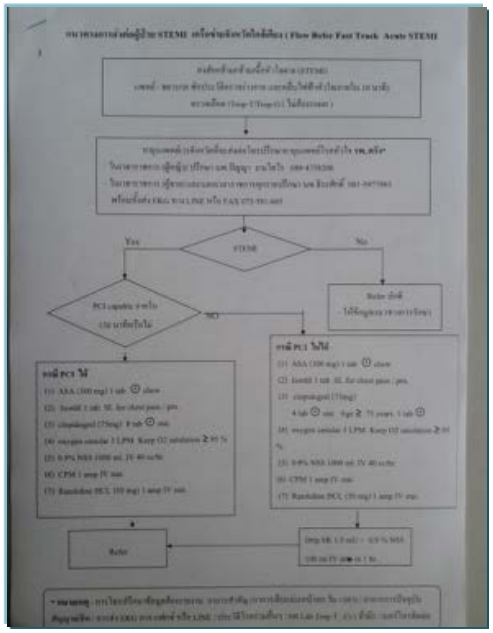
แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง เข้าสู่ CKD คลินิก

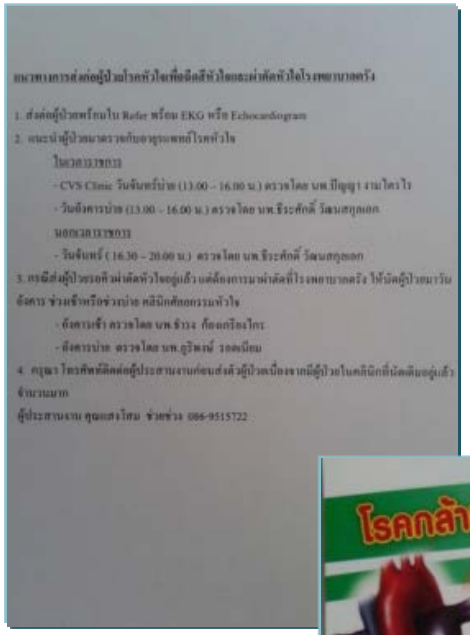




แนวทางการดูแลเฉพาะโรคหัวใจ







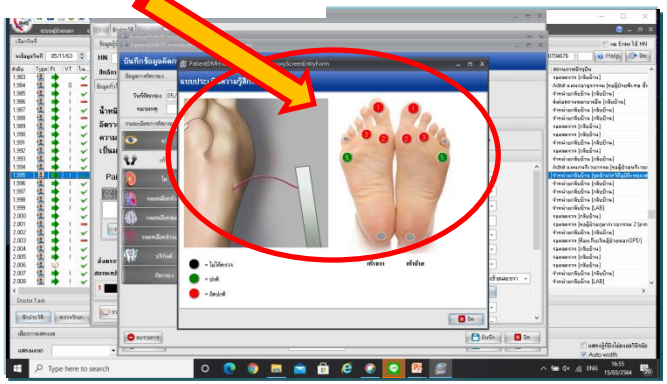
ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี

ตรวจคัดกรอง
สุขภาพช่องปาก

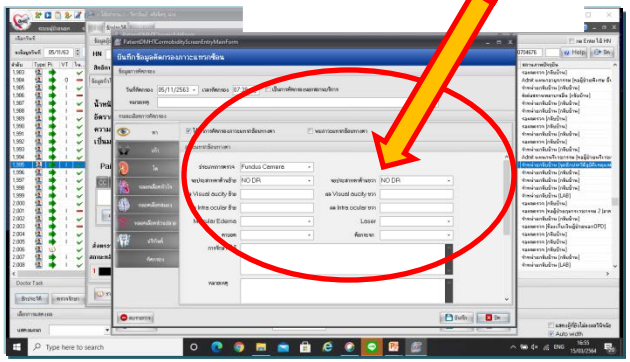
ตรวจคัดกรองตา

ตรวจคัดกรองเท้า

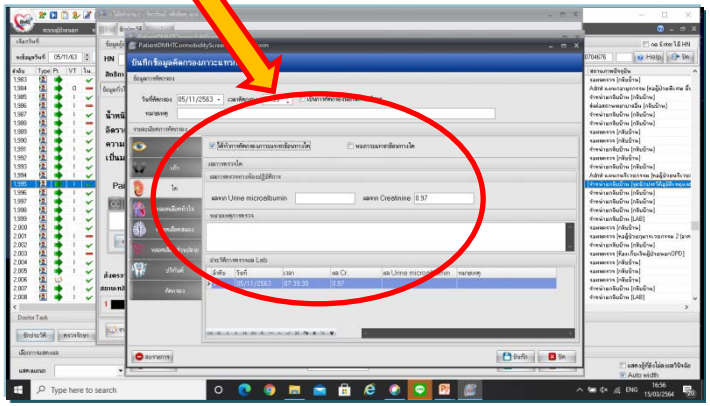
ตรวจเท้า



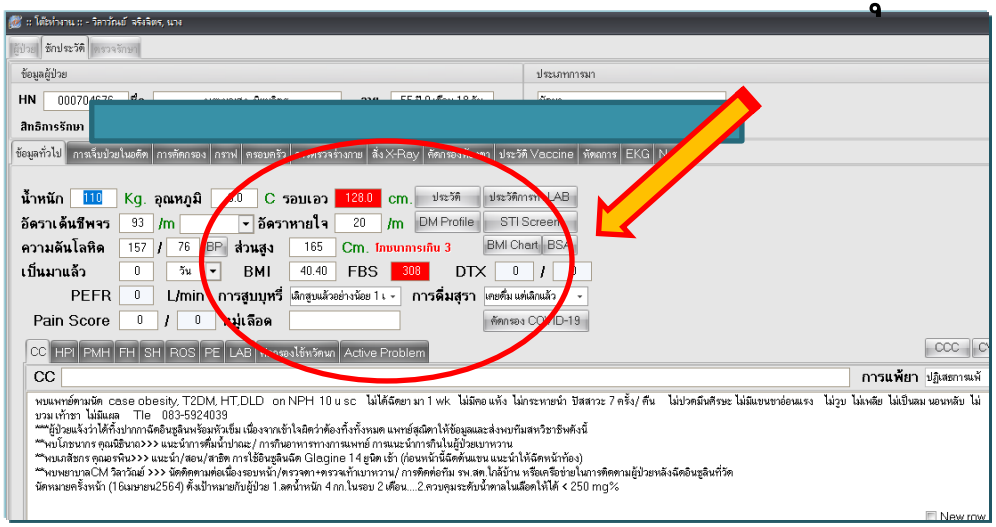
คัดกรองตา



คัดกรองไต

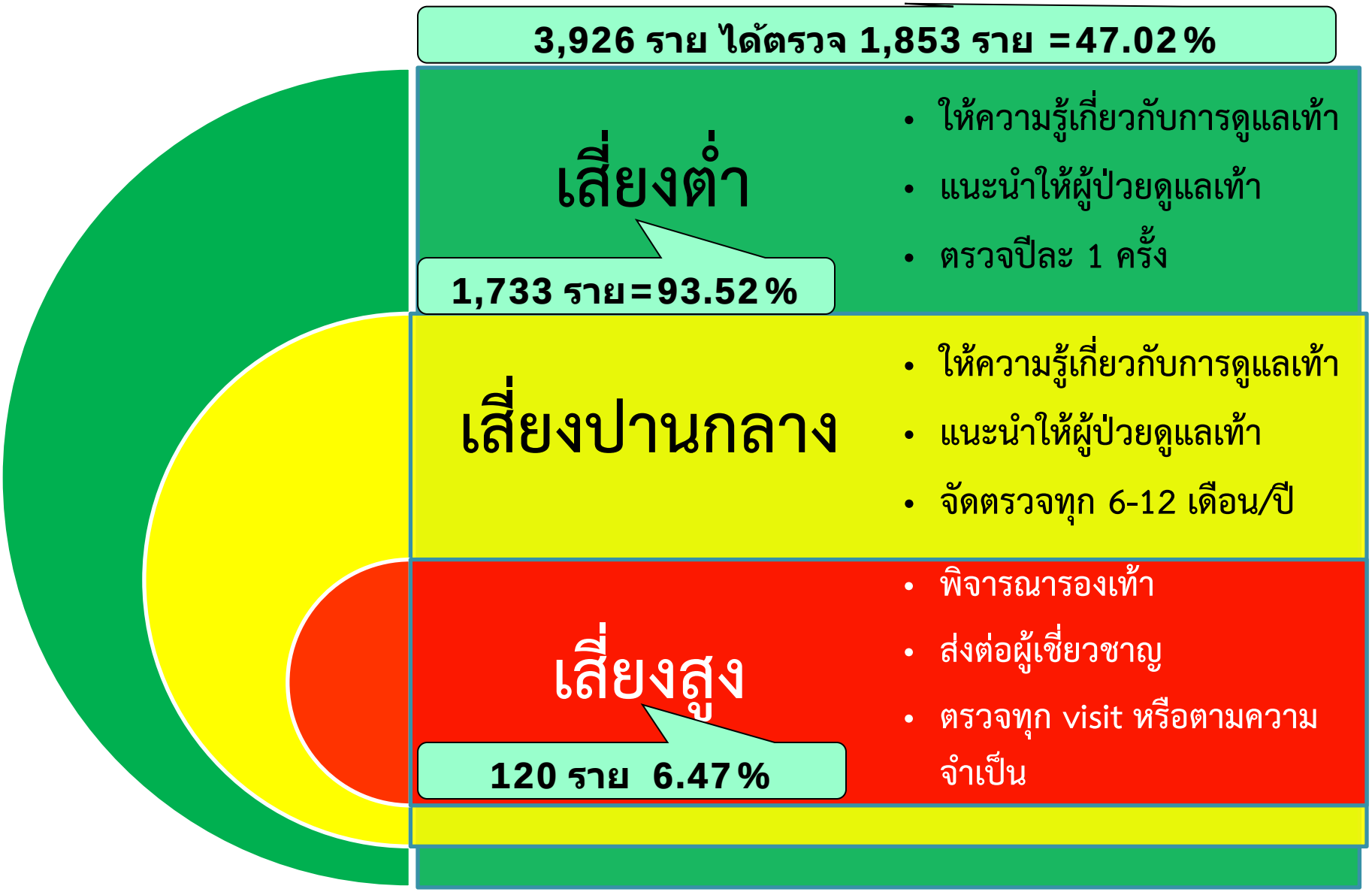


- คัดกรองบุหรี่



บันทึกข้อมูลผลการตรวจรายคน

การจัดการตามความจำเป็น

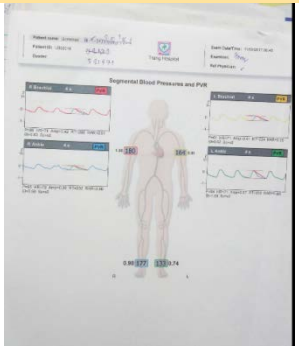


การจัดการคลินิกเท้าเบาหวาน

ออกใบรับรองความพิการ จัดตั้งจุดขึ้นทะเบียนคนพิการภายในโรงพยาบาลและให้โรงพยาบาลแจ้งประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ด้วยเครื่อง ABI

ปีงบประมาณ 2562-2563 รพ. ตรัง



ผล ABI

ปี 2562 จำนวน 228 คน ผิดปกติ 89 คน

ปี 2563 จำนวน 54 คน ผิดปกติ 24 คน

ตรวจเท้าอย่างละเอียดด้วย Monofilament ในผู้ป่วยเบาหวาน

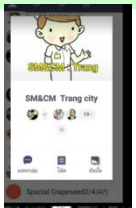
แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษา
โรคเบาหวาน
เข้าจอประสาทตา
แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษา
ภาวะแทรกซ้อนทางไต
ในผู้เป็นเบาหวาน
และความดันโลหิตสูง
การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อ
โรคหัวใจและหลอดเลือด
ในผู้ป่วยเบาหวาน
และความดันโลหิตสูง
แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษา
ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า
ในผู้เป็นเบาหวาน
สุขภาพดี เริ่มต้นที่นี่
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
Bureau of Non Communicable Disease
ตารางสีที่ 1กรณีไม่ทราบผล cholesterol ในเลือดหรือสถานบริการ
สาธารณสุขไม่มีบริการ ตรวจหา cholesterol ในเลือด
ผู้ที่เป็นเบาหวาน
ผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน
ตารางสีที่ 2 กรณีทราบผลโคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือด
ผู้ที่เป็นเบาหวาน
ผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน
Thai CV risk score
HN
ส่งตรวจ
OPD Card
ข้อมูลทั่วไป
ประวัติการรักษา
บันทึกการรักษา
Form Data Patient Alert
Drag a column header here to group by that column
Doctor Task
Type here to search

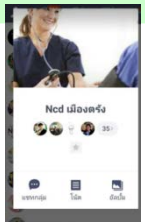
แนวทางปฏิบัติ/ ช่องทางการประสานงาน/ Case conference

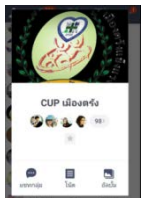
มีเป้าหมายการบริการ มี CPG /แนวทางปฏิบัติและแนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการ

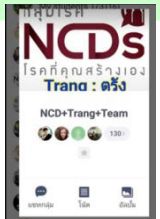
ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้เชี่ยวชาญ/สถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เป็นเครือข่ายร่วมในการให้บริการ สื่อสารทางโทรศัพท์และ Social network : Line, FB

Case conference/ KM/ CQI









Chronic Case Conference / KM

เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค

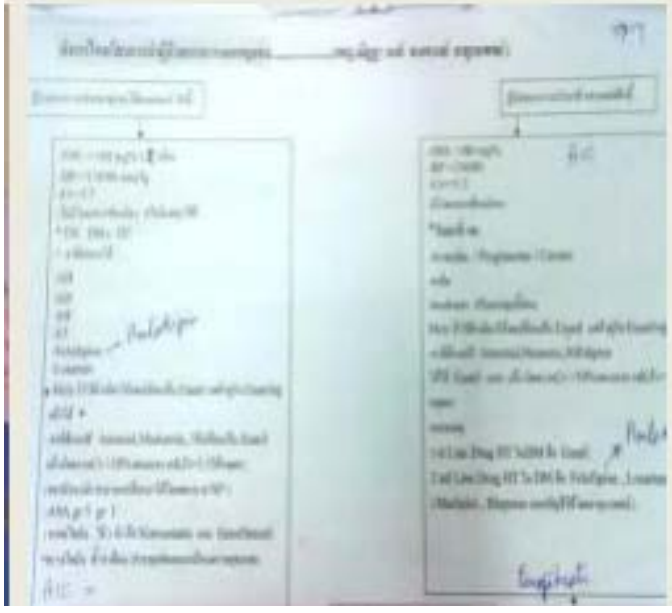
ตารางการทำ Pre-Post conference

กิจกรรม	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	กิจกรรม
Pre-conference เวลา [illegible]	ทีมดูแลเบาหวาน ใน[illegible]	[illegible]มสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสาร [illegible]ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ลักษณะผู้ป่วย การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในการ [illegible]แบ่งหน้าที่ มอบหมายงานที่ต้องปฏิบัติเพิ่มเติม [illegible]ามรู้ CPG ที่เกี่ยวข้อง [illegible]พร้อมของบุคลากรและทีมงาน [illegible]งานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
[illegible] 15.00น. วันพุธ	[illegible]หวาน ในคลินิก	สรุปงานที่ได้รับผิดชอบและมอบหมาย สรุปปัญหาที่พบ การแก้ไข ข้อเสนอแนะในการทำ clinic ครั้งต่อไป เสนอ/สรุปผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ Conference case ที่น่าสนใจ 3-5 case

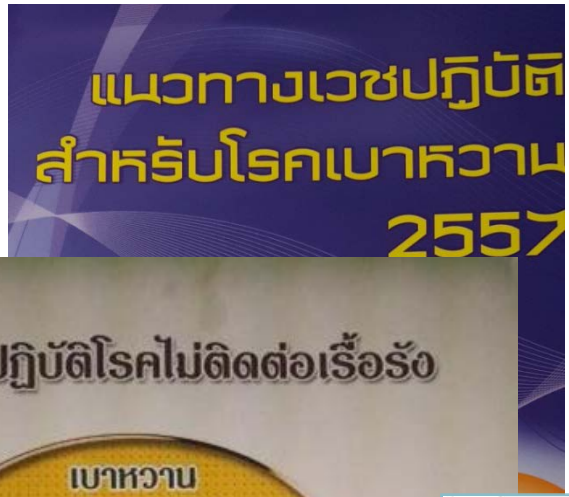
ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

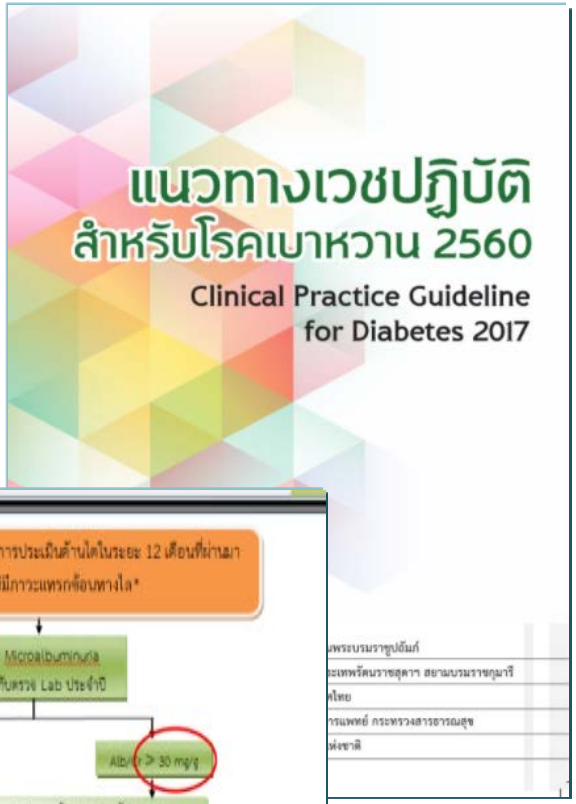
แนวทางปฏิบัติ & CPG

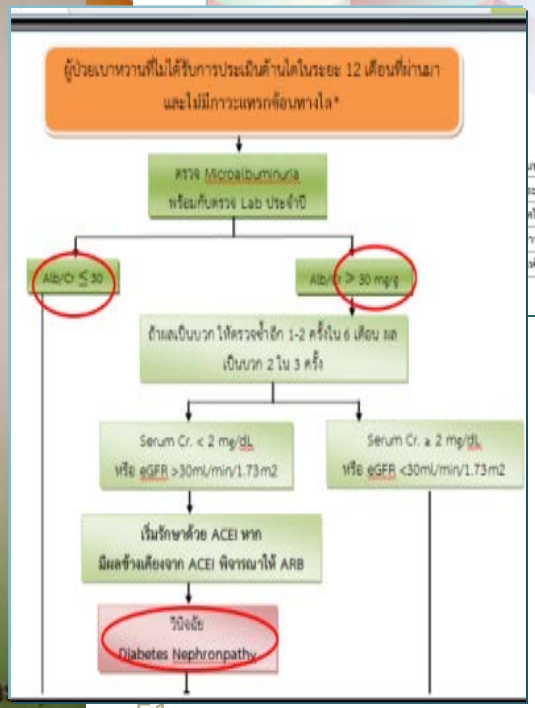
แนวทางการดูแล DM&HT



แนวทางการดูแล CPG







การพัฒนาบุคลากร

- ประชุมวิชาการ **mini case manager**
- อบรมศึกษาหลักสูตรเฉพาะทาง **case manager**
- การจัด **R2R, KM/ Case conference**

-เครือข่าย **case manager**

-เครือข่ายการจัดการบุหรี่

ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พื้นที่เป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลตรัง

วิธีการได้มาของข้อมูล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล 1 มกราคม 61 ถึง 1 มกราคม 2562

หน่วยงานที่เก็บข้อมูล คลินิกเบาหวานร่วมกับกลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลตรัง

ผลลัพธ์.... **ปฏิบัติดีสูงสุด**ในด้านการรับประทานยา....

ปฏิบัติดีปานกลาง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า ด้านการจัดการความเครียด

การสนับสนุนการจัดการตนเอง

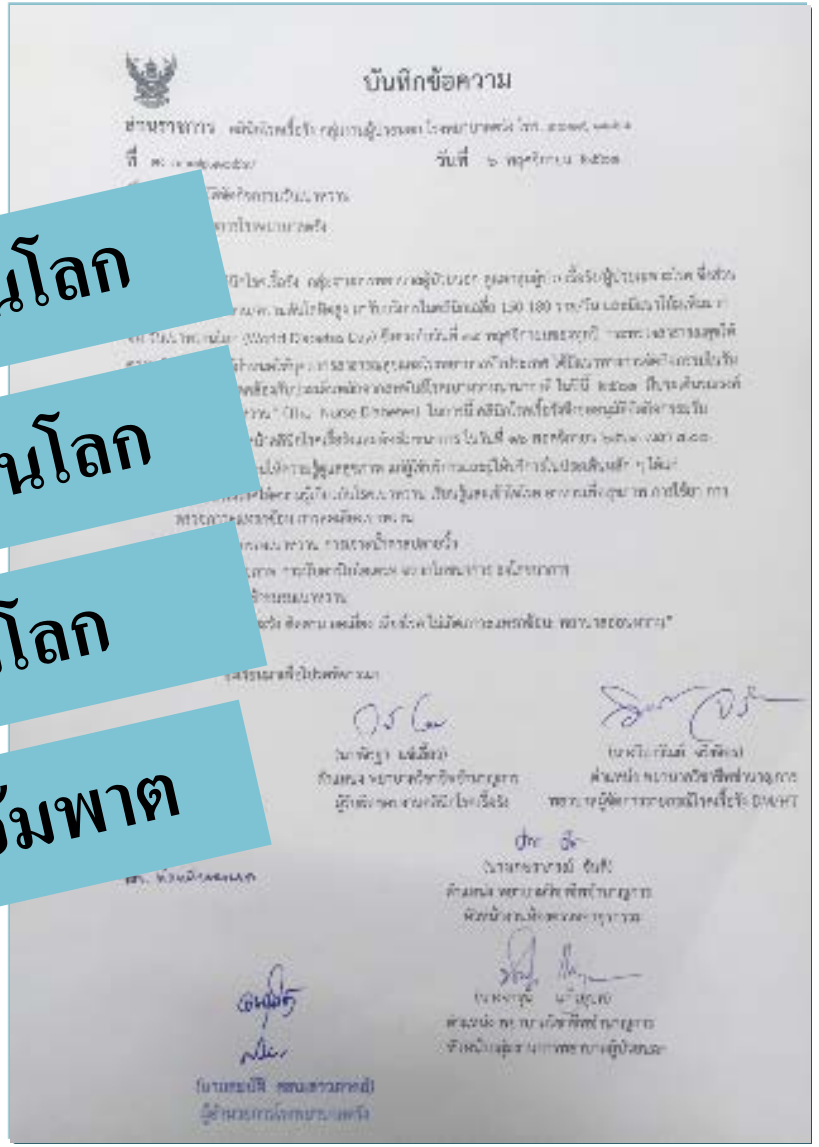
การจัดกิจกรรม/โครงการให้ความรู้สนับสนุนการจัดการตนเอง

วันเบาหวานโลก

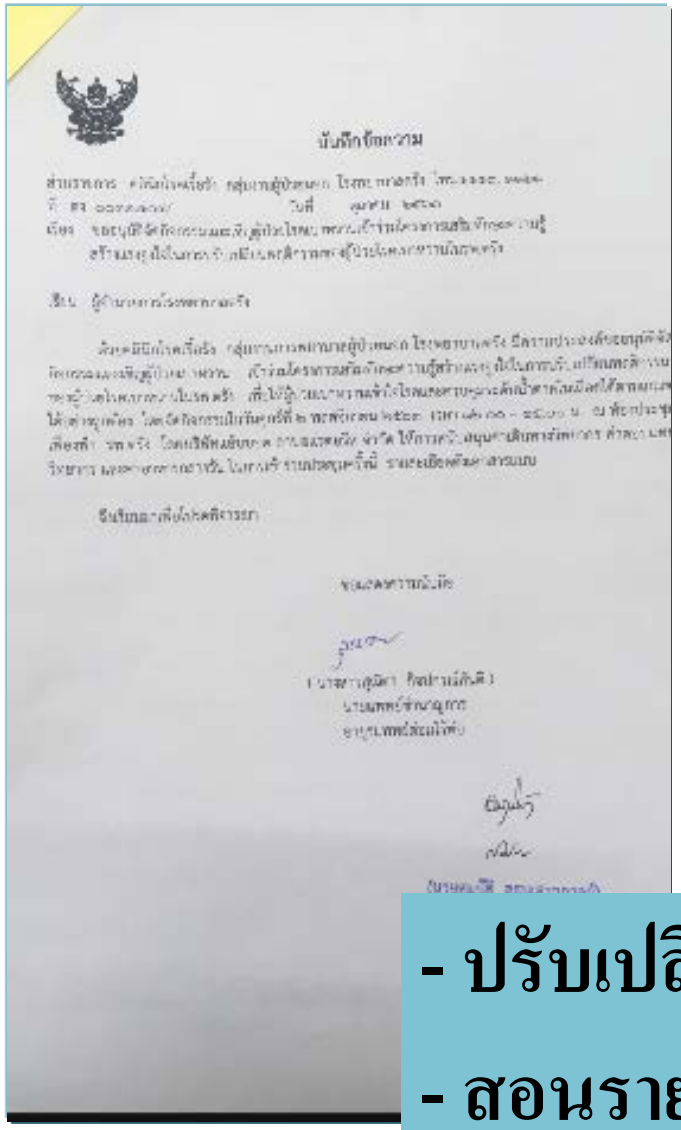
วันความดันโลก

วันหัวใจโลก

อัมพฤกษ์อัมพาต



การจัดกิจกรรม/โครงการให้ความรู้สนับสนุนการจัดการตนเอง


บันทึกข้อความ

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- สอนรายกลุ่ม

การจัดกิจกรรม/โครงการให้ความรู้สนับสนุนการจัดการตนเอง

จัดทำโครงการส่งต่อความรู้สู่ชุมชน

- โรงเรียน: นักเรียน
- ผู้สูงอายุ
- วัด/มัสยิด
- ราชทัณฑ์

โครงการ ลด หวาน มัน เค็ม...

อัพเดตแล้ว 7 มิ.ย. 2562

ประมลภาพกิจกรรมโครงการ ลด หวาน มัน เค็ม

การคืนกลับข้อมูลให้ผู้ป่วย
เพื่อรับรู้และร่วมวางแผนจัดการดูแลตนเอง

มีการปรับปรุง
สมุดประจำตัว
ผู้ป่วยเรื้อรัง

แบบเก่า

แบบใหม่

แบบใหม่ล่าสุด

จัดทำสื่อออนไลน์

สุขภาพดี เริ่มที่อาหาร

อัพเดตแล้ว 15 ธ.ค. 2563

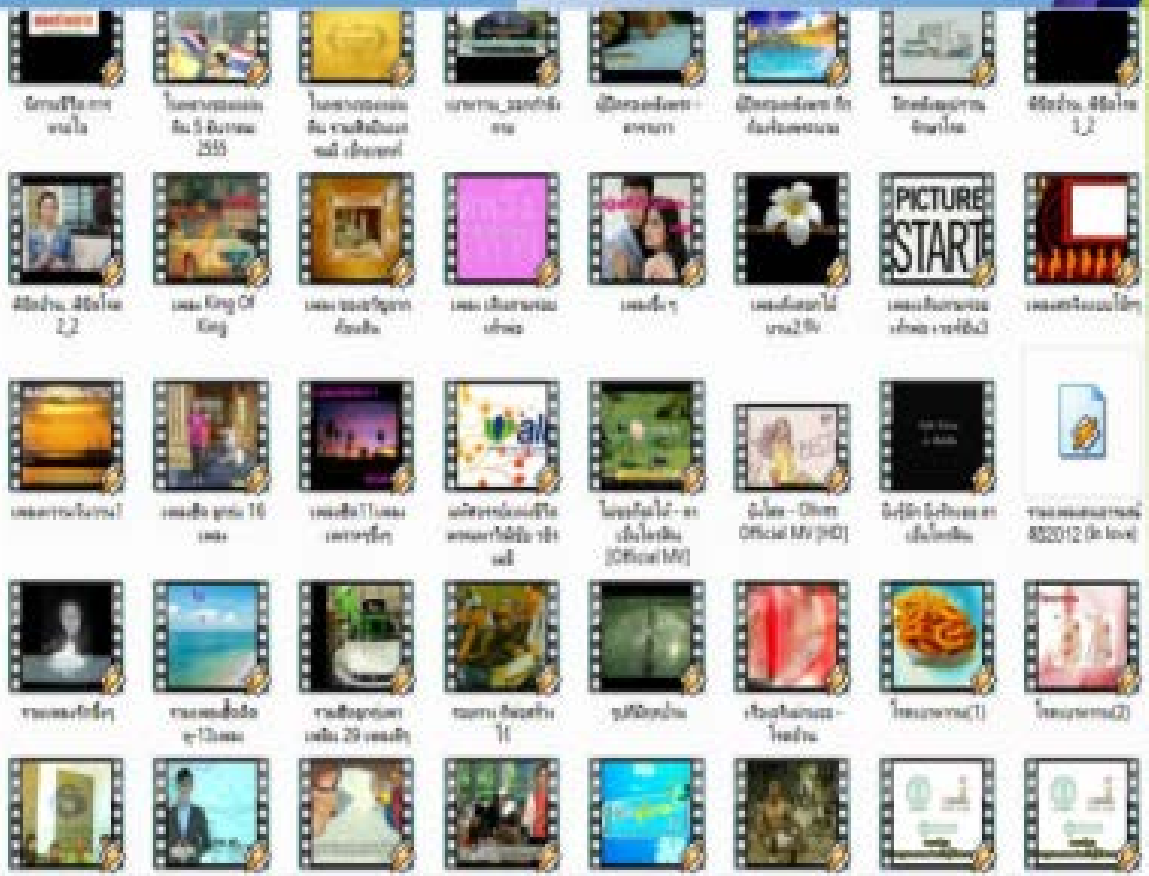
โรงพยาบาลตรังส่งเสริมให้ประชาชนสุขภาพดี .... เริ่มที่ "อาหาร" อย่าลืมดูแลตัวเองกันนะคะ

ด้วยความปราถนาดี จากโรงพยาบาลตรัง

กระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตัวเอง (Self management support)

- การสนับสนุนทางด้านความรู้ (Self management education support)
- การสนับสนุนทางด้านทักษะ ฝึกปฏิบัติ สาธิต (Self management skill support)

สื่อการสอนอิเล็กโทรนิค



จัดสื่อ/ สถานที่/ อุปกรณ์การเรียนรู้

จัดสื่อ/ สถานที่/ อุปกรณ์การเรียนรู้

แนวการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน DSME programs

1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดำเนินโรค และกลวิธีในการรักษา

2) การใช้โภชนบำบัดหรือการควบคุมอาหารเพื่อรักษาโรค โดยเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

3) การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานโดยเน้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจวัตรประจำวัน

4) การใช้ยาทั้งชนิดรับประทานและ/ชนิดฉีดอย่างถูกต้อง

5) การตรวจประเมินการควบคุมน้ำตาลด้วยการตรวจเลือดด้วยตนเอง (Self monitoring blood glucose : SMBG)

6) การป้องกัน การตรวจหา และการตรวจรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน

7) การป้องกัน การตรวจหา และการตรวจรักษาภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน

8) การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วย การไปงานสังสรรค์ การดูแลเท้า

9) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วย (psychosocial adjustment

มีการตรวจ SMBG, SMBP ในผู้ป่วยบางรายที่จำเป็น

(SMBG 27 ราย, Home BP 34 ราย)

การจัดการทิ้งเข็มฉีดอินซูลิน

- มีแนวทางในการทิ้งเข็มฉีดอินซูลินถูกต้อง
- จัดให้มีสถานที่ทิ้งเข็ม/ ของมีคม

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ที่ครอบคลุมทุกระยะของโรค

การเชื่อมโยงระบบเครือข่ายบริการ

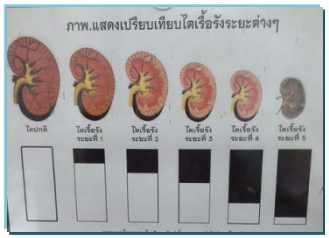
การกระจายผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงลงสู่ รพ สต.>50%

-ไต บูรณาการเป็นคลินิก CKD และให้บริการ CKD stage 3B ขึ้นไป ร่วมกับอายุรแพทย์โรคไต

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่สำคัญร่วมกับเครือข่ายและแพทย์ผู้เชียวชาญ

-ตา ตรวจจอประสาทตาและต้อกระจก ส่งรักษา DR และต้อกระจก โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางตาและจักษุแพทย์

เท้าและหลอดเลือด บริการคลินิกเท้าเบาหวาน/ ใช้เครื่องตรวจ ABI เพื่อวินิจฉัย PAD



ปรับกระบวนการให้บริการในโรงพยาบาลและรพ.สต.ในเครือข่าย

เพิ่มคุณภาพบริการ

Prima NICss

เพิ่มศักยภาพรพ.สต.

ตรวจคัดกรองโดย อสม.

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การใช้ยา

3อ 2ส

อาหาร

ออกกำลังกาย

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

บริการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

แนะนำหลักปฏิบัติ / สื่อประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน

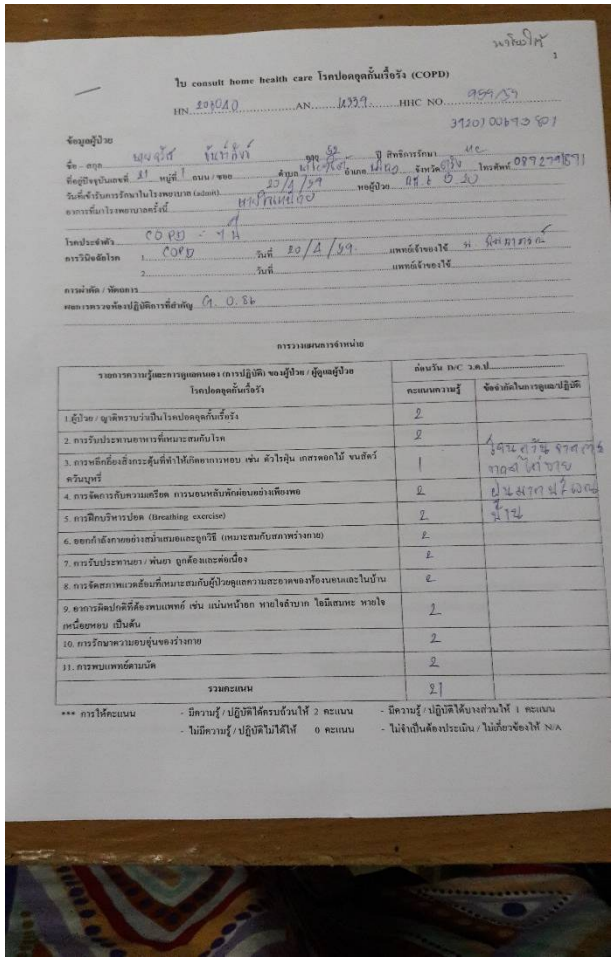
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

- การดูแลโดยชมรมผู้สูงอายุ
- การดูแลโดยชมรม อสม.
- การดูแลโดยชมรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ /ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- การดูแลโดยองค์กรส่วนท้องถิ่น
- การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ รพ.สต

Home health care

ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

การประสานงานและส่งต่อผู้ป่วย



ใบ consult home health care โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

HN. 10040 AN. 14339 HHC NO. 3120100617601

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ - สกุล นายจันทร์ ขันทองคำ อายุ 62 ปี สิทธิการรักษา ประกันสังคม

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 31 หมู่ที่ 1 ถนน/ซอย ตำบล/แขวง อำเภอ เมือง จังหวัด ตรัง โทรศัพท์ 089-2478871

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admit) 20/4/59 หอผู้ป่วย กพ 2 บ

อาการที่มาโรงพยาบาลครั้งนี้ หายใจเหนื่อย

โรคประจำตัว COPD - Y H

การวินิจฉัยโรค 1. COPD วันที่ 20/4/59 แพทย์เจ้าของไข้ นพ. ณัฐภาร์

2. วันที่ แพทย์เจ้าของไข้

การผ่าตัด / หัตถการ

ผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่สำคัญ G. O. S.A

การวางแผนการจำหน่าย

รายการความรู้และการดูแลตนเอง (การปฏิบัติ) ของผู้ป่วย / ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ก่อนวัน D/C ว.ด.ป. คะแนนความรู้	ข้อจำกัดในการดูแล/ปฏิบัติ
1.ผู้ป่วย / ญาติทราบว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2	
2. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค	2	
3. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ เช่น ฝุ่น ควันไฟ เกสรดอกไม้ ขนสัตว์ ควันบุหรี่	1	รู้จนถ้วน ยากที่จะหลีกเลี่ยง
4. การจัดการกับความเครียด การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	2	นอนมากไปง่วง
5. การฝึกบริหารปอด (Breathing exercise)	2	น้ำ
6. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี (เหมาะสมกับสภาพร่างกาย)	2	
7. การรับประทานยา / พ่นยา ถูกต้องและต่อเนื่อง	2	
8. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยดูแลความสะอาดของห้องนอนและในบ้าน	2	
9. อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ เช่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ไอมีเสมหะ หายใจหนื่อยหอบ เป็นต้น	2	
10. การรักษาความอบอุ่นของร่างกาย	2	
11. การพบแพทย์ตามนัด	2	
รวมคะแนน	21	

*** การให้คะแนน - มีความรู้ / ปฏิบัติได้ครบถ้วนให้ 2 คะแนน - มีความรู้ / ปฏิบัติได้บางส่วนให้ 1 คะแนน
- ไม่มีความรู้ / ปฏิบัติไม่ได้ให้ 0 คะแนน - ไม่จำเป็นต้องประเมิน / ไม่เกี่ยวข้องให้ N/A

การส่งต่อดูแลที่บ้าน
เมื่อจำหน่ายจากรพ

การเยี่ยมบ้าน

การส่งต่อ
พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การคืนข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กิจกรรมดูแลเฝ้าระวังตนเองร่วมกับแกนนำ

สอนปรับเปลี่ยน

จัดกลุ่ม social

สอนการดูแล
ตนเอง

ฝึกสมาธิ

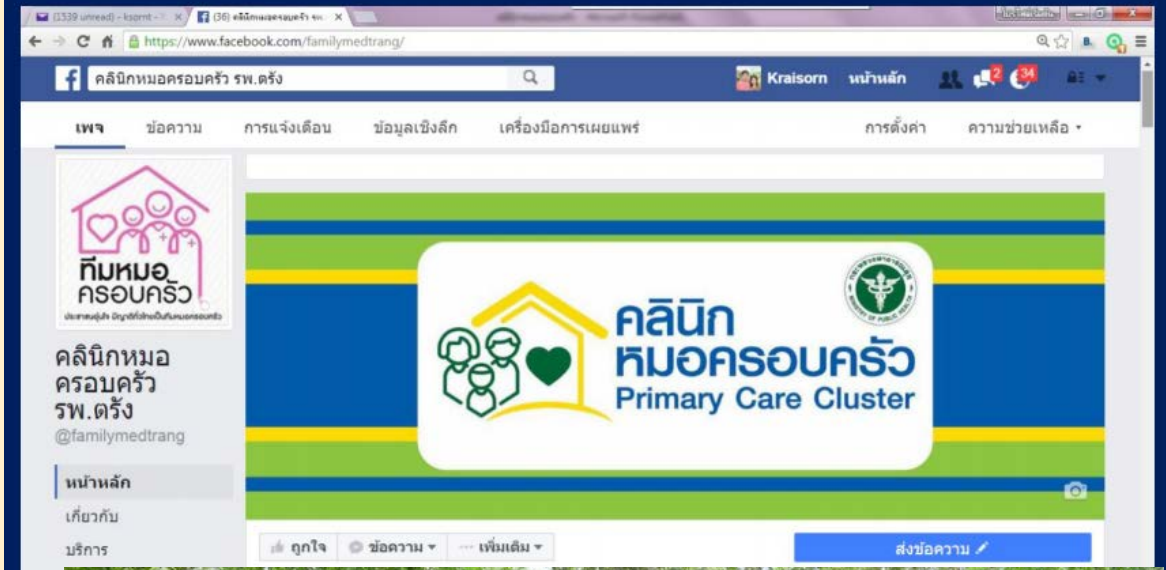
ชมรมออกกำลัง
กายในชุมชน

คืนความรู้สู่ชุมชน

Primary Care Cluster

PCC

บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี



บริการทุกที่
คลินิกหมอครอบครัว รพ.ตรัง

Holistic care & Excellent Service Mind

บริการทุกอย่าง : รักษา + ฟื้นฟู

เยี่ยมบ้าน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมหมอครอบครัว

บริการทุกที่ : เชิงรุก ในชุมชน
บริการคุณภาพ ใกล้บ้าน กลางใจ

วัด

สนามกีฬา

สวนสาธารณะ

หอการค้าจังหวัด

ที่ทำการชุมชน

บริการทุกที่ : เชิงรุก ในชุมชน
บริการคุณภาพ ใกล้บ้าน กลางใจ

ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน เจาะเลือด โดย อสม.

ทีมดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (กลุ่มการพยาบาลชุมชน)

กิจกรรม Refill ยาเรื้อรังในชุมชน

ทีมดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

บุคลากร

– ทีมสหวิชาชีพรพ.ตรัง จำนวน 7 คน

– ทีม รพ.สต. ละ จำนวน 4-7 คน

– ทีมประสานงานสสอ. จำนวน 1 คน

รพ.สต.นาโยงใต้

กิจกรรมเยี่ยมบ้านเขตเมือง

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุ/ สามเณร

ตรวจสุขภาพ

ประกวดปิ่นโตสุขภาพ

องค์ที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

คืนข้อมูลสู่ชุมชน

การมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบาย

ที่ประชุมชมรมผู้สูงอายุ

ที่ประชุม อสม

ประชุมหมู่บ้าน

องค์ที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ผลักดันชุมชน

ค้นหาปัญหาในพื้นที่ เพื่อให้เป็นชุมชนลดเสี่ยง ประสานงานเครือข่ายเพื่อขอความร่วมมือทุกภาคส่วนร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการ

<u>วิเคราะห์ปัญหาพบ</u>

1.ปัญหากลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน,โรคความดัน โลหิตสูง

2.ปัญหากลุ่มโรคติดต่อในชุมชน เช่น โรคระบบทางเดิน หายใจ,โรคทางเดินอาหารและน้ำ, โรคไข้เลือดออก

องค์ที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

อบต

ร่วมประชุมตามโครงการที่สนับสนุนงบ

เยี่ยมดูแลผู้ป่วยระบบทีม

จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย

จัดหาสถานที่ในการส่งเสริมสุขภาพ

องค์ที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จัดตลาดผักปลอดสารพิษเพื่อชุมชน

รร.เพาะปัญญา

ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ปกครอง

แนะนำการออกกำลังกายโนราห์บิค

ร่วมกิจกรรมตามโครงการ

องค์ที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

โครงการปลูกป่าและแจกพันธ์ปลา

กศน

โครงการขนมไทย

โครงการดอกไม้จัน

ฝึกสานตะกร้า

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การสนับสนุนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องรพ.ตรังในชุมชน

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การสนับสนุนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน

เสริมสร้างความตระหนักให้ประชาชนพึ่งตนเองได้

โครงการ/ กิจกรรมดำเนินงาน

- จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการให้ความรู้ในเรื่อง 3 อ. ในกลุ่ม HT, DM, BMI เกิน โดย เทศบาล อบต./รพ.เป็นผู้สนับสนุน โดยแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชนมีแกนนำสุขภาพ

>>>ผลการดำเนินงาน

- ผลคัดกรอง DM= 95.57 % ผลคัดกรอง HT= 94.27 %
- มีแกนนำสุขภาพชุมชน
- มีหมู่บ้านจัดการสุขภาพ/หมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน

จัดโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง

-ชะลอเท้าเบาหวาน

ตลาดชุมชน เพื่อชุมชน

จัดทำเมนูชูสุขภาพ.....

วัดส่งเสริมสุขภาพ ปิ่นโตส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน โดยทีมแกนนำชุมชน

เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

Multidisciplinary Holistic Home Health Care

กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมดำเนินการ

- สำรวจชุมชนและเครือข่ายชุมชน
- จัดทำทะเบียนผู้ป่วย โรคเบาหวาน
- พัฒนาศักยภาพแกนนำ / เครือข่ายชุมชน
- เฝ้าระวัง/เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานโดยเครือข่ายชุมชน
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเครือข่ายชุมชน
- สรุป ติดตาม ประเมินผลต่อเนื่อง

กิจกรรมออกกำลังกาย โดยสถานที่ของชุมชน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเครือข่ายชุมชน

-ออกกำลังกาย>>ทุกรูปแบบ

วันละ 2 ชั่วโมง

กิจกรรมออกกำลังกาย โดยสถานที่ของชุมชน

การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ระดับ รพ.สต.

เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมือง

จำนวน 2 แห่ง ได้แก่

-รพ.สต.นางอ ผลประเมิน **ดีเยี่ยม(92.35%)**

-รพ.สต.นาโยงใต้ ผลประเมิน **ดีเยี่ยม (97.43%)**

(จาก 20 รพ.สต.)

นวัตกรรม/ R2R

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

Auto lab

- วิเคราะห์ปัญหา พบว่า การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
- จัดประชุมร่วมทีม PCT Med และทีม CKD
- ได้จัดทำ Auto lab
- นำเสนอต่อองค์กรเพื่อพิจารณาใช้แนวทางดังกล่าว และนำไปใช้ทั่วทั้งเครือข่าย รพ.ตรัง และนำเสนอ สสจ. เพื่อวางแผนใช้แนวทางให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดตรัง

การคัดกรอง **Auto Lab** โดย แพทย์/พยาบาลในคลินิก

การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Stage CKD	LAB	ความถี่ในการคัดกรอง
1-2 eGFR (**>** 60)	-CBC Cr lipid Electrolyte -FBS (DM) -UA UACR or UPCR	ทุก 12 เดือน
3**a** **eGFR** (45-59)	-CBC Cr Electrolyte -FBS (DM) -UA UACR or UPCR -Lipid (1/ปี)	ทุก 6 เดือน
3**b** **eGFR** (30-44)	-CBC Cr Electrolyte -FBS (DM) -Lipid -UA UACR or UPCR	ทุก **6** เดือน
4 eGFR (15-29)	-CBC Cr Electrolyte Ca PO4 -FBS (DM) -Lipid (2/ปี) -ALP iPTH (1/ปี)	ทุก **3** เดือน
5 (**eGFR** (**< 15**)	-CBC Bun Cr Electrolyte Ca PO4 ALP -iPTH (1/ปี)	ทุก **3** เดือน

หมายเหตุ – ส่ง U/S KUB ตั้งแต่ stage 3 a
- คัดกรองเพิ่มเติมในกรณีที่ยังไม่ U/S

ผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
HbA1C, Uric Acid, LFT	FBS, Uric Acid, LFT
EKG	EKG
CxR	CxR
ตรวจคัดกรองจอประสาทตา	
ตรวจคัดกรองเท้าเบาหวาน	

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

คัมภีร์ดูแลเท้า

- วิเคราะห์ปัญหา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังดูแลเท้าไม่ครบถ้วน
- จัดเขียนแนวทาง หารือร่วมทีมดูแลเท้า
- ได้จัดทำแนวทางการให้ข้อมูลดูแลเท้า
- ทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทาง (กำลังดำเนินการ)

Top Table Exercise Covid -19 Trang Hospital 19 ม.ค.64

19 มกราคม 2564

ข่าวโรงพยาบาลตรัง

โรงพยาบาลตรัง TRANG HOSPITAL

๖๙ ถ.โคกขัน ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐// www.tranghos.go.th

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลคุณภาพของประชาชน เพื่อสุขภาพที่ดี

โรงพยาบาลตรัง จัดกิจกรรมซ้อมแผนรับสถานการณ์

ผู้ป่วยโควิด 19 เข้ารับการรักษาผ่าตัดฉุกเฉิน

19 มกราคม 2563 เวลา 11.00-16.00 น. นายแพทย์สมบัติ สธนเสาวภาคย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรมซ้อมแผนบนโต๊ะและซ้อมแผนสมือนจริง กรณีรับผู้ป่วย โรคโควิด-19 เข้ารับการรักษาผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อเตรียมความพร้อม ด้านระบบการคัดกรอง การรับ-ส่ง การวินิจฉัย การรักษา และการจัดเตรียมทรัพยากรต่างๆ โดยกำหนดสถานการณ์สมมุติ พบผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19ตั้งครรภ์และได้รับอุบัติเหตุต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน จำนวน 1 ราย มีการนำปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการซ้อมแผนไปทำการแก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้มั่นใจในระบบบริการ ถ้ามีสถานการณ์จริงเกิดขึ้น

รายงานข่าว : งานประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตรัง

Cr.ภาพ : งานเวชนิทัศน์ โรงพยาบาลตรัง

งานประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตรัง

โทรศัพท์ ๐๗๕-๒๐๑-๕๐๐/ โทรสาร ๐๗๕-๒๐๑๕๐๑

www.facebook.com/Tranghospital

โรงพยาบาลตรัง
TRANG HOSPITAL
โรงพยาบาลคุณภาพของประชาชนเพื่อสุขภาพที่ดี
Quality Hospital of the People for the Good Health

ขอบคุณ