

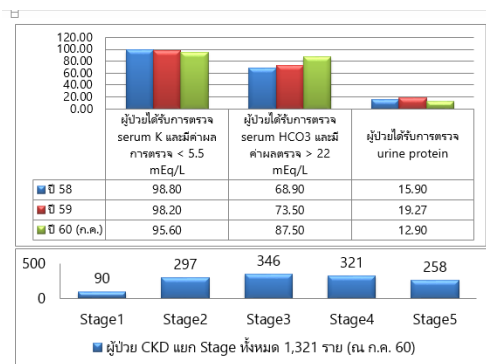
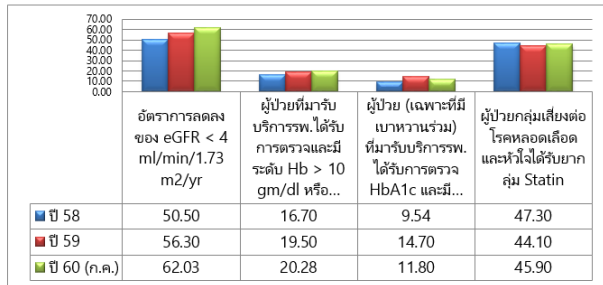
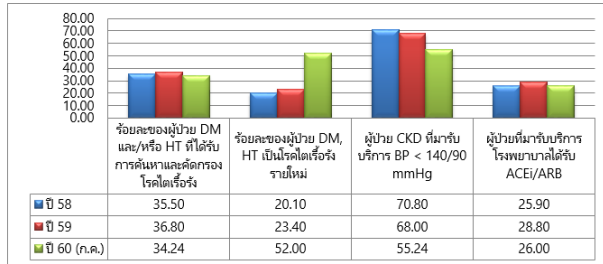
## Service Plan สาขาไต โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) และการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD)

### โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

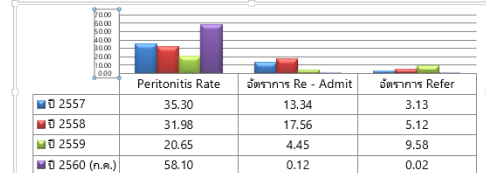
#### 1. ผลการพัฒนาระบบบริการ

##### CKD Clinic

CKD Clinic



CAPD Clinic



#### 2. Key success Factor

##### CKD Clinic

1. โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนอายุรแพทย์ ตรวจผู้ป่วยไตเสื่อม Stage 3 และอายุรแพทย์โรคไตตรวจ Stage 4, 5, ESRD และผู้ป่วย CAPD clinic
2. มี CAPD Nurse 2 คน และ HD Nurse 1 คน
3. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 7
4. มีทีมสหวิชาชีพและทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

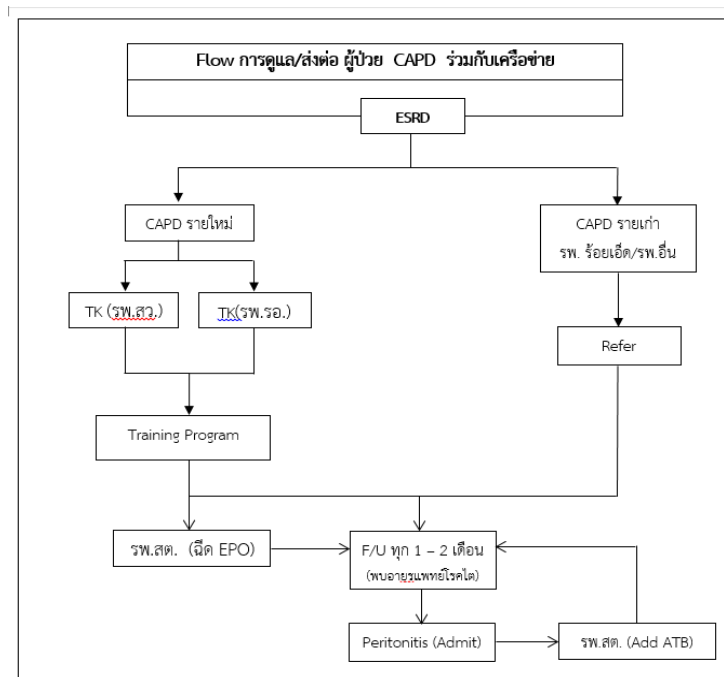
##### CAPD Clinic

1. CAPD clinic ผ่านการประเมินจาก สปสช.
2. มี CAPD Nurse 2 คน
3. โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนอายุรแพทย์โรคไตออกตรวจ 1 ครั้ง/เดือน
4. เยี่ยมบ้านผู้ป่วย CAPD เพื่อประเมินก่อนวางสาย TK, ติดตามการรักษา และผู้ป่วยติดเชื้อทุกราย
5. จัดอบรมการดูแลผู้ป่วย CAPD สำหรับพยาบาลในเครือข่ายทุกแห่ง
6. หากผู้ป่วยและญาติ NO RRT และขอยุติการล้างไต จะประสานการดูแลแบบประคับประคอง

### 3. แนวทางการรับ – ส่งต่อ

#### CKD Clinic

1. ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจากเบาหวานและความดัน ทั้งที่รับยาอยู่ในโรงพยาบาลและที่ส่งรับยา รพ.สต. โดยการคัดกรอง lab microalbumine ,U/A และ Cr ที่คำนวณ eGFR เพื่อทราบระดับการทำงานของไต
2. ค้นหาในคนปกติ หรือโรคอื่นๆที่ไม่ใช่เบาหวาน ความดัน ซึ่งได้รับการตรวจคัดกรองโรคไต และพบความผิดปกติ เพื่อนัดติดตาม F/U 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี
3. เมื่อพบผู้ป่วยที่มี microalbuminuria > 30mg/day ร่วมกับ ระดับ eGFR <60 ml/min/1.73 ตร.เมตร จะนัดผู้ป่วย F/U ติดตาม อีก 2 ครั้งภายใน 3 เดือนและส่งพบอายุรแพทย์เพื่อ ปรับแผนการรักษา และขึ้นทะเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
4. ส่งรายชื่อและข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่ให้รพ.สต.เครือข่าย
5. คัดกรอง ผู้ป่วย.ที่เข้าสู่ระยะที่ 4 และ 5 ส่งพบอายุรแพทย์โรคไต เพื่อการจัดผู้ป่วย.แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มแรก plan CAPD กลุ่มที่ 2 plan HD และกลุ่มที่ 3 รักษาแบบประคับประคอง เป็นการสื่อสาร ในทีมดูแลรักษา



### 4. ปัญหา/อุปสรรค

#### CKD Clinic

1. ผู้ป่วยระยะที่ 4, 5 และ ESRD ที่ได้รับคำแนะนำทางเลือกในการบำบัดทดแทนไตแล้วยัง Loss การขึ้นทะเบียนสิทธิ์ ที่จะทำ CAPD เนื่องจากความไม่พร้อม เช่น แจ้งว่าไม่มี care giver และยืนยันว่าไม่ทำ CAPD แต่เมื่ออาการแย่มากแล้ว จึงเปลี่ยนใจขอ Refer ทำให้ต้องทำ Temporaly นุ้กเงินและต้องจ่ายค่าฟอกเองช่วงรอทำ CAPD

2. การไปรักษาแพทย์ทางเลือกและหยุดยาเอง รับประทานอาหารเสริม น้ำหมัก สมุนไพร จนอาการแยลงจึงกลับมาโรงพยาบาล

3. การไปหลงเชื่อสื่อโฆษณาทางวิทยุ ซึ่งมีกลวิธีในการล่อหลอกชักชวนให้สั่งซื้อยาที่มีราคาแพง และจะทำให้หายจากโรคไตวายเรื้อรังได้

#### CAPD Clinic

1. Care giver สอนกันเองและไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนทำให้เกิด Peritonitis
2. เปลี่ยน/ย้าย ห้องเปลี่ยนน้ำยาบ่อย
3. ผู้ป่วยไม่จำกัดน้ำ ไม่คุมอาหาร
4. น้ำประปาหมู่บ้านไม่ไหล
5. ผู้ป่วยไม่ทานยาตามแพทย์สั่ง ปรับยากิน/ยาฉีดเบาหวานเอง
6. ปรับเปลี่ยนจำนวนรอบของการล้างไตเอง ทำให้น้ำยาล้างไตเหลือค้างที่บ้านเป็นจำนวนมาก
7. ผู้ป่วยและญาติขาด F/U เนื่องจากไม่มียานพาหนะมาที่ รพ.
8. ไม่ฉีดยา EPO ตามนัด

#### 5. แผนการพัฒนาปี 2561

##### CKD Clinic

1. ปรับระบบการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่ระยะการบำบัดทดแทนไต เพื่อลดการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน

2. จัดทำ CPG การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระดับ รพ.สต.
3. เป็นที่ศึกษาดูงาน CKD clinic ของโรงพยาบาลลูกข่าย

##### CAPD Clinic

1. เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย CAPD รายเก่า/รายใหม่ ทุกราย
2. Re – training ผู้ป่วย/ผู้ดูแลทุก 6 เดือน

## การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพนมไพร

นางจรูญลักษณ์ ถวิลไพร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

E-mail. Charoon.nee\_1094@hotmail.com

### 1. บริบท:

โรงพยาบาลพนมไพร ได้เริ่มดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ปี 2558 - 2560 เป็น 193 198 และ 220 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่มาจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในปี 2559 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวน 7,003 ราย จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 9,157 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.47 โดยในจำนวนที่คัดกรองนี้ได้พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3-5 จำนวน ทั้งหมด 2,069 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.47 และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะสุดท้าย (ไตวายระยะสุดท้าย) จำนวน 133 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.18 ทั้งนี้ยังมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องและการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม อีกจำนวน 70 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเดินทางไปรับการรักษา ตรวจติดตาม ตามแพทย์นัด ในโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกลทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางไกล นอกจากนี้แล้วยังมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายอีกจำนวนมากที่ไม่ขอรับการรักษาบำบัดทดแทนไต แต่เลือกที่จะเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จะได้รับการส่งต่องาน Palliative Care เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลประคับประคอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้รับการดูแล ตรวจรักษา ที่ถูกต้อง เหมาะสมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางด้านโรคไต โรงพยาบาลพนมไพร จึงได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ภายใต้งานที่พยาบาลที่จำกัด

### 2. ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น
2. คุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น
3. ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจวาย

## 3.ผลการดำเนินงานจำแนกตามตัวชี้วัด 4 ปี ย้อนหลัง

ข้อมูลตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		2557	2558	2559	2560 (10 เดือน)
1.ร้อยละของผู้ป่วย DM –HT ได้รับการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนทางไต	> 90%	89.72%	90.51%	5,782/6,848 =84.43 %	2,998/13,212 = 22.69 %
2.ร้อยละของผู้ป่วย DM –HT ภาวะแทรกซ้อนทางไตราย ใหม่		5.92%	7.7%	2,014/5,782 = 34.83 %	248 / 1,287 = 19.27 %
3.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตรา การลดลงของ eGFR < 4 min/1.7 m2/yr.	>65 %	584/783 =74.84%	753/968 =77.78%	753 /950 = 79.26 %	580 /767 = 75.62 %
4.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี BP <140/90 mmHg.	> 80%	66.78%	72.74%	1,289/1,982 =61.12 %	398 /748 = 53.21
5.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับ ยา ACEi / ARB	>60 %	76.69 %	78..69%	923 /2,050 = 45.02 %	329 / 748 = 43.08 %
6.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับ การตรวจ Serum K และมี ค่าผลตรวจ <5.5 mEq. / L.	> 80%	783 /783 =100%	967/968 =100%	1,694 / 1,694 = 100 %	839 / 859 = 97.67 %
7.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่า CKD stage 5 ลดลงเป็น stage 4		20 ราย	17 ราย	18 ราย	28 ราย
8.ผู้ป่วยโรคไตวายระยะ สุดท้าย ESRD GFR < 15 แพทย์คัดกรอง For RRT ( CAPD HD KT )		10 ราย	14 ราย	16 ราย	10 ราย

## 4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- 1.ทบทวนกระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยทีมสหวิชาชีพ
- 2.วางระบบและแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ชัดเจน ในการดูแล ป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. มอบหมายงานแก่ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน และฝึกอบรมทีม CKD. Clinic
4. พัฒนาบุคลากร โดยจัดประชุมวิชาการ โดยแพทย์เฉพาะทางและชี้แจงแนวทางปฏิบัติ

5. มีระบบการค้นหาผู้ป่วยโรคไตทางโปรแกรม Hos.XP.

6. เปิดคลินิกให้บริการแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ทุกวันเสาร์ที่ 4 ของเดือน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งแพทย์มีระบบให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อรับการบำบัดรักษาทดแทนไต

7. เปิดคลินิกให้บริการแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ทุกวันอังคาร เวลา 09.30 – 12.00 น. โดยบูรณาการร่วมกับ คลินิกเบาหวาน – ความดันโลหิตสูง

- ตรวจรักษา วินิจฉัย โดยอายุรแพทย์ จากโรงพยาบาลโสธร (แพทย์หลังเกษียณราชการ )
- ประเมินภาวะสุขภาพโดยพยาบาลวิชาชีพ
- แนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร
- ให้สุศึกษาที่จำเป็นแก่ผู้มารับบริการ โดยผู้ป่วยจะได้รับความรู้ ทักษะ คำปรึกษาในการลดปัจจัย

เสี่ยง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์

- การติดตามนัดหมายโดยพยาบาล
- ดำเนินการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมตามระบบ

8. เปิดหน่วย วิกกะเวช เพื่อให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 2 มิถุนายน 2559 เพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เลือกรับการฟอกเลือดที่ต้องเดินทางไกลในการไปฟอกเลือด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในการมารับบริการ ใกล้บ้าน

9. ส่งต่อ Palliative Care. ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่เลือกรับการรักษาบำบัดทดแทนไต เพื่อประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนการสูญเสียชีวิต

10. เพิ่มคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยไตเรื้อรัง เช่น PO4 Ca+ ซึ่งจากเดิมส่งตรวจ Out Lab.

### 5.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารสนับสนุนทั้งนโยบายและงบประมาณ
2. ทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็งและให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย
3. ทีมบุคลากรที่มุ่งมั่นพัฒนา

### 6.แผนพัฒนาต่อเนื่อง ในอีก 1- 2 ปีข้างหน้า

1. ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางโรคไต 4 เดือน 6 เดือน
2. เพิ่มความครอบคลุมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการพบอายุรแพทย์

### 7.ปัญหาและอุปสรรค

1. โรงพยาบาลยังขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต ยังต้องขอความอนุเคราะห์โรงพยาบาลแม่ข่ายในการสนับสนุนแพทย์มาให้บริการผู้ป่วย
2. โรงพยาบาลยังขาดพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางโรคไต

## ผลการพัฒนา “CKD Corner Model” ในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน

นายแพทย์อดุลย์ ราชณูวงศ์, นางสาวอาภรณ์ ถนัดคำ  
นางอุไรวรรณ สิงห์ยะเมือง, นางสุพิกานต์ ราชสมบัติ

### ความเป็นมา/ความสำคัญของปัญหา

สมาคมโรคไตคาดการณ์ว่าขณะนี้คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ๒ แสนคน มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10,000 คน มีผู้เสียชีวิตจากไตวายปีละ 13,000 กว่าคน และผู้ป่วยโรคไตวาย 1 คนจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ 30,000 บาท/คน/เดือน เพราะต้องได้รับการฟอกไตด้วยวิธีฟอกเลือด หรือล้างไตผ่านหน้าท้อง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้แต่ละปีต้องใช้งบประมาณถึง 3 พันล้านบาท จากผลการดำเนินงานโรงพยาบาลเกษตรวิสัย (ขนาด M2) ปี 2557-2559 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไตคิดเป็นอัตรา 39.32, 32.47 และ 27.67 และในปี 2557 ได้มีการพัฒนาระบบบริการ Chronic Kidney Disease Clinic (CKD Clinic) แยกออกชัดเจนโดยจัดบริการกลุ่มผู้ป่วย CKD stage 4-5 พบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 84% และพบว่าส่วนใหญ่มีระยะการเสื่อมของไตที่มีผล eGFR stage 3b (อัตราการกรองของไต 30-44 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) มาก่อนประมาณ 80% ซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางถึงรุนแรง และมีความเสี่ยงต่อภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูง จากการดำเนินงานโรงพยาบาลเกษตรวิสัยปี 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3,919 ราย จากการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 3b (CKD stage 3b) จำนวน 287 ราย ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงและจากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ดีขาดความตระหนักในการดูแลตนเองประกอบกับอาการแสดงที่ผิดปกติของไตวายไม่เห็นชัดเจนและจากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันระยะเสื่อมของไตในระยะ 3b ที่คลินิกโรคเบาหวานยังมีรูปแบบไม่ชัดเจน ดังนั้นทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการจัดการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b โดยจัดให้บริการ (CKD corner Stage 3b) ในคลินิกเบาหวาน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b (CKD corner) ในคลินิกโรคเบาหวาน
2. เพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก (อัตราการกรองของไต : eGFR) ของผู้ป่วยก่อนและหลังปรับการให้บริการที่กำหนดขึ้น

## ผลการดำเนินงาน

จำนวนผู้ป่วยDM CKD Stage 3B	ภายหลังติดตามผลการเจาะเลือด 6 เดือนปี 2560					
	Stage 1	Stage 2	Stage 3A	Stage 3B	Stage 4	Stage 5
287 ราย	6 ราย (2.09%)	37 ราย (12.89%)	76 ราย (26.48%)	124 ราย (43.20%)	40 ราย (13.94%)	4 ราย (1.39%)
สรุปผล	คิดเป็น 58.54%			คิดเป็น 43.21%	คิดเป็น 15.33%	

## 1. ผลการพัฒนาระบบ

1. เกิดระบบและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b (CKD corner) ในคลินิกโรคเบาหวาน มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยมีการจัดกลุ่มให้ความรู้ชะลอการเสื่อมของไตโดยใช้แผนการให้ความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานของสมาคมโรคไต การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เช่น อาหาร, น้ำ, ยาสมุนไพร, การออกกำลังกาย และมีการพัฒนาสื่อการสอนโดยใช้ “หัตถ์รักษ์ไต”, “สัญญาณการ์ดเตือนไต” และ “บัตรคำแนะนำ” ในการปฏิบัติตัวหลังจากนั้นติดตามผลการตรวจเลือด 6 เดือน ทุกรายเพื่อตรวจอัตราการกรองของไต (eGFR) โดยคำนวณด้วยสูตร CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration)

2. พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองสามารถชะลอการเสื่อมของไตและพบอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น

3. การชะลอการเสื่อมของไตสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้

## 2. ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ (Key success factor)

2.1 ผู้บริหารเห็นความสำคัญแนวโน้มผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น

2.2 กลุ่มงาน NCD บุคลากรทุกท่าน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำงานเป็นทีม มีการประสานงานที่ดี ช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ทำงานได้สำเร็จ

2.3 การออกแบบระบบบริการที่ทำให้บุคลากรเข้าใจวิธีการทำงาน

2.4 ผู้ป่วยเบาหวานให้ความร่วมมือ มีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความตระหนักต่อโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและอนาคต

2.5 ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

2.6 การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นมีความสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการดูแลรักษาที่รวดเร็วสามารถชะลอความเสื่อมของไตและการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตในระยะยาวได้มากขึ้น



### 3. ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข

#### 3.1 ปัญหา

3.1.1 สถานที่ในการทำกิจกรรม การจัดกลุ่มให้ความรู้ CKD Corner ไม่เอื้ออำนวย ต้องใช้สถานที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่มาตรวจเลือดให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ

3.1.2 ผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุ มารับบริการตามลำพังไม่มีผู้ดูแลทำให้การสื่อสารอาจเกิดความผิดพลาดหรือทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันส่งผลให้การปฏิบัติตนเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ได้ผลเท่าที่ควร

#### 3.2 แนวทางการแก้ไข

3.2.1 เดือนตุลาคม 2560 ได้จัดเตรียมสถานที่ CKD Corner ใหม่ วันพุธและพฤหัสบดีใช้สถานที่คลินิกผู้สูงอายุแทน และแยกเป็นสัดส่วนชัดเจนมากขึ้น

3.2.2 แนะนำผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ให้นำผู้ดูแลมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม CKD Corner ด้วย เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

### 4. แนวทางการรับส่งต่อ

4.1 มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ CUP เกษตรวิสัย.และรพ.แม่ข่ายร้อยเอ็ด

4.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี พบ CKD Stage 3B จะมี “การ์ดเตือนไต” และ “บัตรคำแนะนำ” ติดที่หน้าสมุด เมื่อมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน เจ้าหน้าที่ผู้รับบัตรคิวตอนเช้าจะแจ้งผู้ป่วยและญาติ และแยกกลุ่มผู้ป่วยมาที่ CKD Corner

4.3 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเลือดภายหลังเข้ากลุ่ม CKD Corner แล้ว 6 เดือนหากผลเลือดเป็น CKD Stage 4 – 5 จะนัดผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคไตในวันอังคารโดยจะแจ้งให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ และติดใบนัดที่หน้าสมุดประจำตัว จะได้รับการตรวจเลือดอีกครั้งได้แก่ CBC ,BUN, Cr, Electrolyte, Ca+, Po4, Alb พบอายุรแพทย์ วันอังคารอาทิตย์สุดท้ายของเดือน พบอายุรแพทย์โรคไตจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

### 5. แนวทางการพัฒนา ปี 2561

5.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ออกเยี่ยมบ้านในวันพฤหัสบดีตอนบ่าย ร่วมกับสหวิชาชีพและศูนย์ COC

5.2 .กลุ่มผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลมาด้วยทุกครั้ง มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม และรับฟังความรู้ใน CKD Corner มากขึ้น

5.3 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 3a,3b ในคลินิกเบาหวาน ทั้งในรพ.และเครือข่ายรพ.สต. 15 แห่งให้มีคุณภาพมากขึ้น

## การดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลศรีสมเด็จ

นางเรืองศรี ศรีสวนจิก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ  
เบอร์โทร 084-4285924

โรงพยาบาลศรีสมเด็จเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีคลินิกโรคไตเรื้อรังเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับการดูแลรักษาร่วมกับคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2559 คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT) ได้กำหนดนโยบายให้ค้นหาภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการคัดกรองพบว่า อัตราการกรองของไต แบ่งตามระยะของโรคไตเรื้อรังเป็นระยะที่ 3 และ 4-5 คิดเป็นร้อยละ 89,11 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยระยะ 4 - 5 ไม่ได้รับการส่งต่อ เพื่อพบอายุรแพทย์ทางไต การรักษาและการปรับเปลี่ยนยังใช้รูปแบบ ยังขาดทีมที่รับผิดชอบ บุคลากรยังขาดความรู้ และยังมี CPG ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

### 1. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560 (ถึง ก.ค60)
1. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตวาย stage 4,5 ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด	≥90	84	92.18	98.16
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้รับโภชนาศาสตร์ตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	100	100	100	100
3. ร้อยละของผู้ป่วยCKDที่มีอัตราการลดลงของGFR<4ml/min/1.73	≥65	N/A	75	68

### 2. ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ

1. มีการวางระบบการเข้าถึงบริการ โดยเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย
2. ปรับปรุง CPG ให้ง่ายต่อการปฏิบัติและอบรมเจ้าหน้าที่
3. มีการพัฒนาการประเมินและวินิจฉัย
4. มีพัฒนาระบบยาและการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ทันเวลา
5. มีพัฒนาเครือข่าย รพ.สต.อสม.เจ้าหน้าที่กู้ชีพ

### 3. ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
3.1 ไม่มีCPG ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	- จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
3.2 ทีมดูแลขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค	- ส่งบุคลากรฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโภชนบำบัด

#### 4. แนวทางการรับ-ส่งต่อ

1. จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. คำนวณปริมาณอาหาร พลังงาน ให้ความรู้โภชนะบำบัดในผู้ป่วยแต่ละราย
3. แนะนำการเตรียมการบำบัดทดแทนไต(RRT)ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เป็นต้นไป พร้อมทั้งบันทึกผลการให้คำแนะนำใน OPD card และให้ข้อมูลเรื่อง RRT ทุก 3-6 เดือน
  - 3.1 กรณีผู้ป่วยไม่ต้องการ RRT ให้การรักษาแบบประคับประครองและลงนาม “รับทราบได้รับคำแนะนำทำ RRT แล้วแต่ไม่ต้องการทำ RRT”
  - 3.2 กำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 เพื่อเตรียมการบำบัดทดแทนไต (RRT)
  - 3.3 นัดตรวจติดตามผลการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง
  - 3.4 ติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชน

#### 5. แนวทางการพัฒนาปี 2561

- 1.จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงการดูแลทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การส่งต่อจนกลับถึงชุมชน เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
- 2.พัฒนาคุณภาพการสอนโภชนาศาสตร์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- 3.จัดทำแผนเพิ่มประสิทธิภาพและสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทำ CAPD ในชุมชน