



สรุปตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2/2566 เขตสุขภาพที่ 3

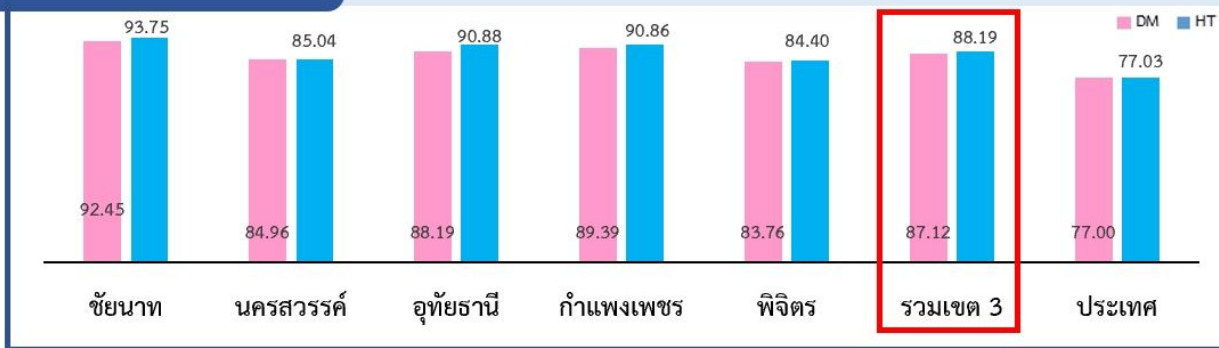


DM&HT



Where are you

ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM/HT ปี 2566



อันดับ 2 ประเทศ

ผลงาน การคัดกรอง DM = 87.12 % HT = 88.19 %

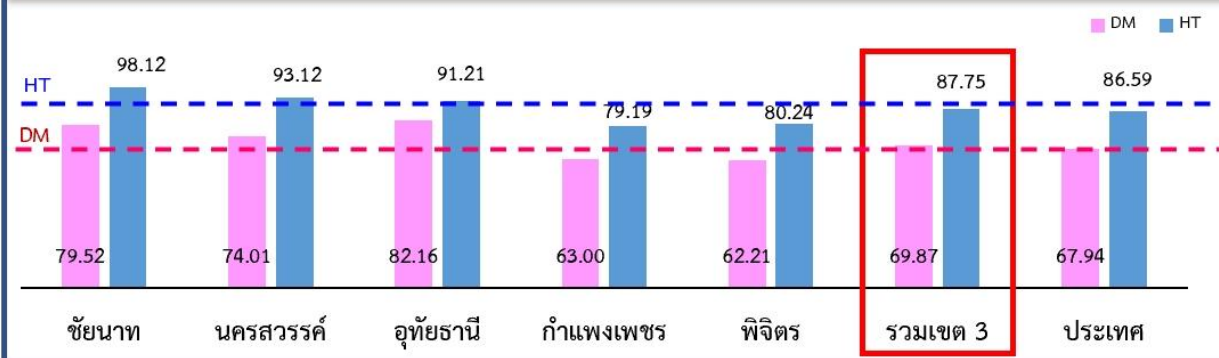
ติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย

DM = 69.87 % HT = 87.75 %

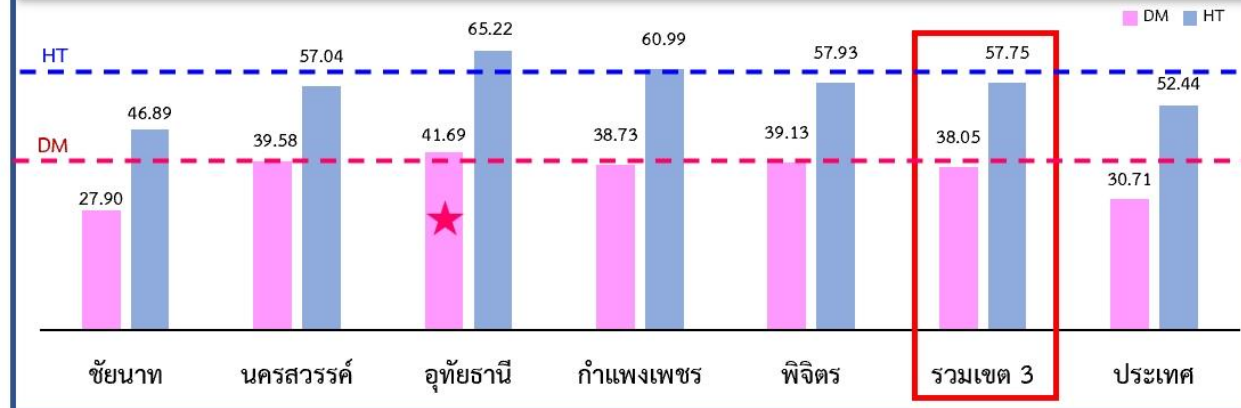
ผู้ป่วยควบคุมได้ดี DM = 38.05 % (เป้าหมาย 40 %)

HT = 57.75 % (เป้าหมาย 60 %)

ติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM / HT ปี 2566



ควบคุม DM / HT ได้ดี ปี 2566



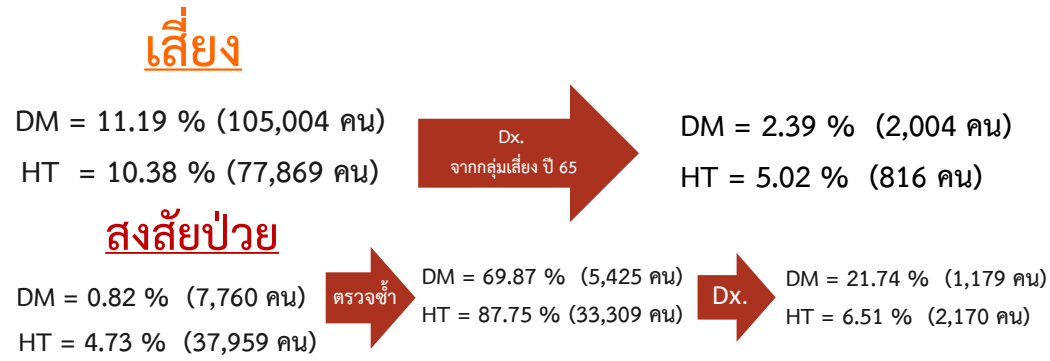
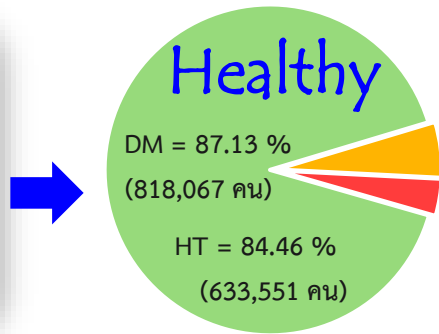
DM อันดับ 1 ประเทศ

DM อันดับ 1 ประเทศ



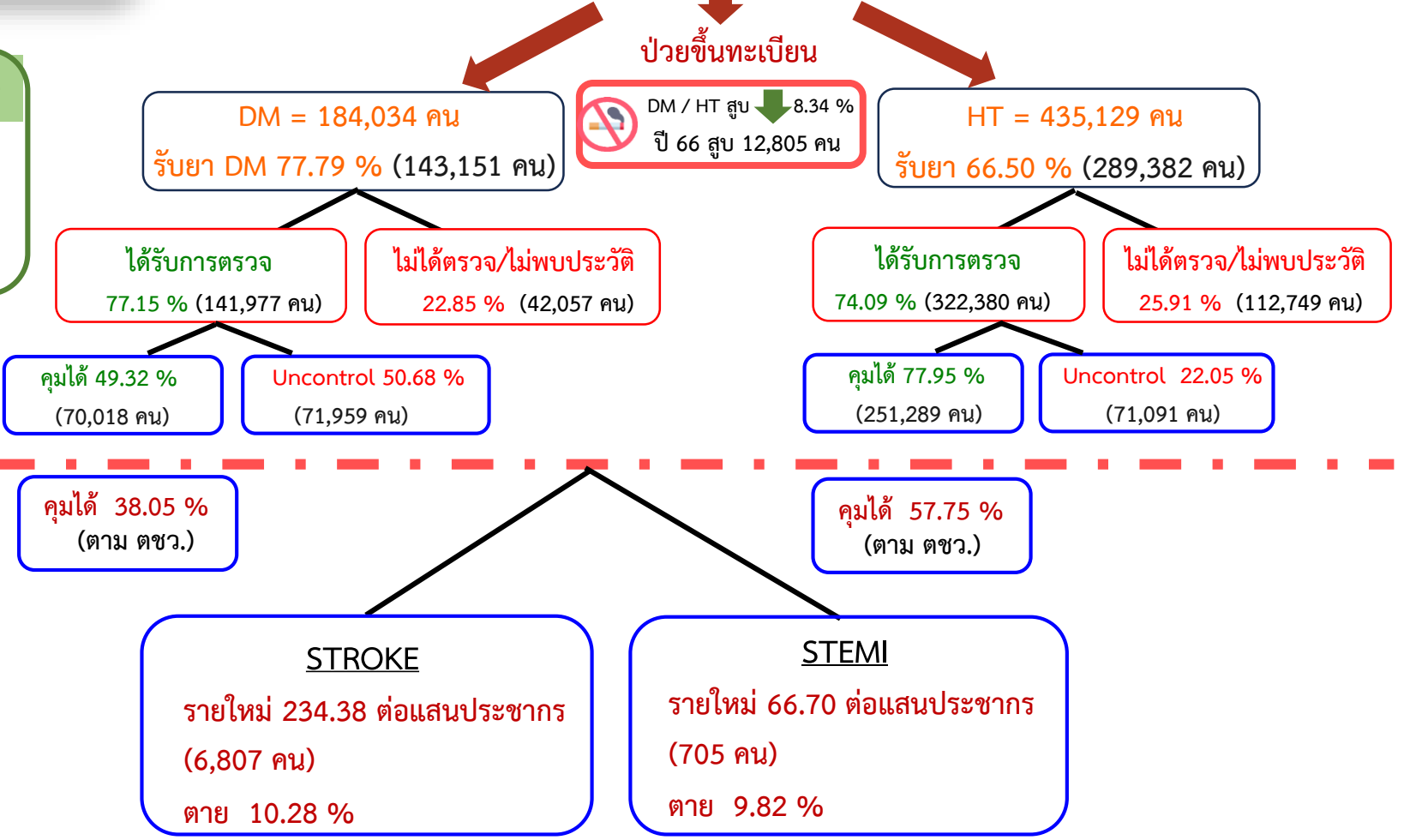
Screening

DM = 87.17 %
 HT = 88.37 %
 BMI เกิน = 50.58 %



สรุปผลการประกวด NCD Clinic Plus ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 3

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ >>> รพ.พิจิตร
 โรงพยาบาลขนาดกลาง >>> รพ.หนองฉาง
 โรงพยาบาลขนาดเล็ก >>> รพ.คลองลาน



ข้อเสนอแนะ

1. ทบทวนแนวทางเชื่อมโยงงาน DM/HT รวมถึงการคืนข้อมูลให้กับ อบจ. ในพื้นที่ถ่ายโอน
2. บูรณาการระบบติดตามผู้ป่วยเพื่อมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้าน NCD remission ร่วมกับ NCD Clinic
3. ขยาย Health Station และพัฒนาระบบบริการ Remission clinic เป็นต้นแบบของจังหวัดและเขตต่อไป



กรอบแนวคิด การดำเนินงาน NCDs Remission clinic



Pt. ≥ 18 yrs old *exclude secondary disease

Clinic NCDs ตามปกติ



กระบวนการให้คำปรึกษา Brief intervention/MI
เพื่อพิจารณาเข้าสู่ Clinic remission
+ psychological/Depression screening

ไม่ต้องการปรับ /
เข้าร่วม



รับบริการ
Clinic ปกติต่อไป



ยินดีเข้าร่วม
Clinic remission

(Indicator : ผน DM/HT เข้าร่วม ≥ 10%
: ผน.กลุ่มเสี่ยง + สงสัยป่วยเข้าร่วม ≥ 10%)

การจัดบริการ NCD remission clinic (Education, Literacy, Motivation, Monitoring)

1. Diet Modification

- 1.1 Low carb. /Keto diet/เลี่ยงข้าวขาว/IF
- 1.2 Avoid sugar, salt
- 1.3 Adequate protein intake , Fiber/vitamin , water (ผัก , ผลไม้เล็กน้อย)

2. Physical activity improvement

- 2.1 เดินมากขึ้น (Goal : 10,000 ก้าว/วัน)
- 2.2 Aerobic/HIIT
- 2.3 Muscle training (optional)

3. Medication (ในกลุ่มป่วย) ตาม guideline

- 3.1 in DM มีการติดตาม SMBG 1hr.หลังอาหาร
- 3.2 in HT ทำ HBP
- 3.3 Medication follow guideline + screening อื่นๆ ตามปกติ

4. Other risk factors modification

- 4.1 Smoking cessation
- 4.2 Alcohol reduction

Indicator

- 1. รอบเอว/น้ำหนักลดลง ≥ 10%
- 2. จำนวนก้าวได้ตามเป้าหมาย ≥ 80% (ของจำนวนวันที่เข้าร่วม)

Optional

- 3. % fat ลดลง, % muscle เพิ่มขึ้น (โดยใช้เครื่อง in-body วัด)



1st goal

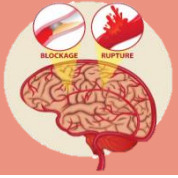
- 1. DM HbA1c in normal range
- 2. BP in normal range

Next step goal -> **off Med.**



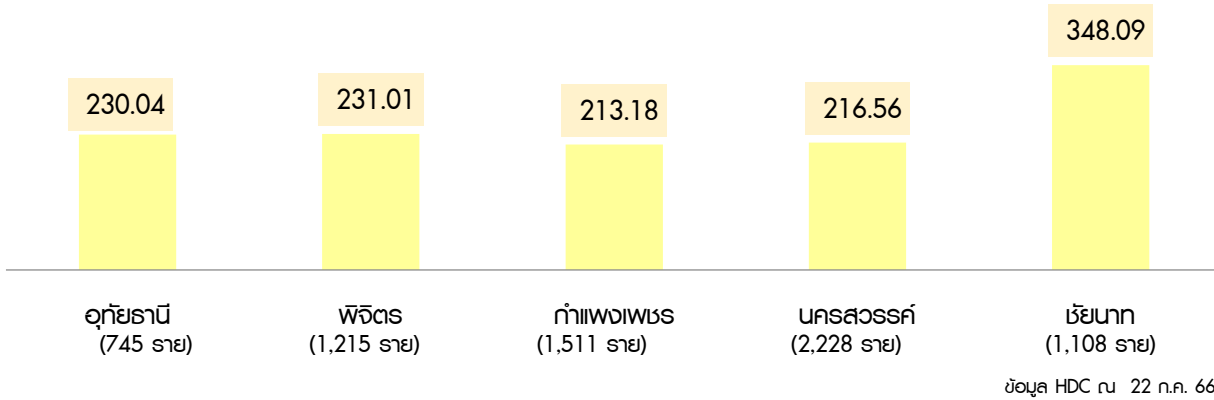
2st goal

- 1. DM HbA1c in range ≥ 3 month
- 2. HT BP in range ≥ 3 month (use home BP เป็นหลัก)

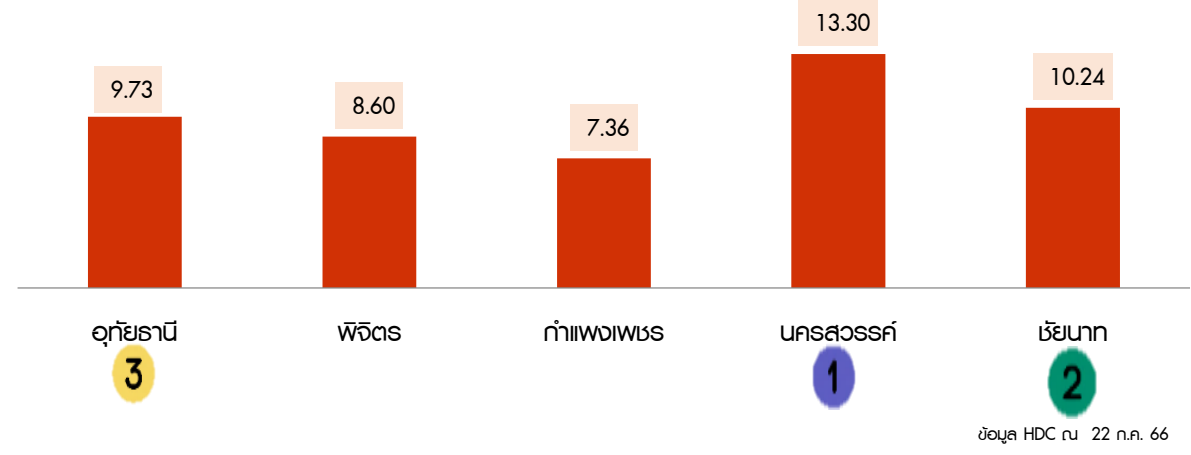


STROKE

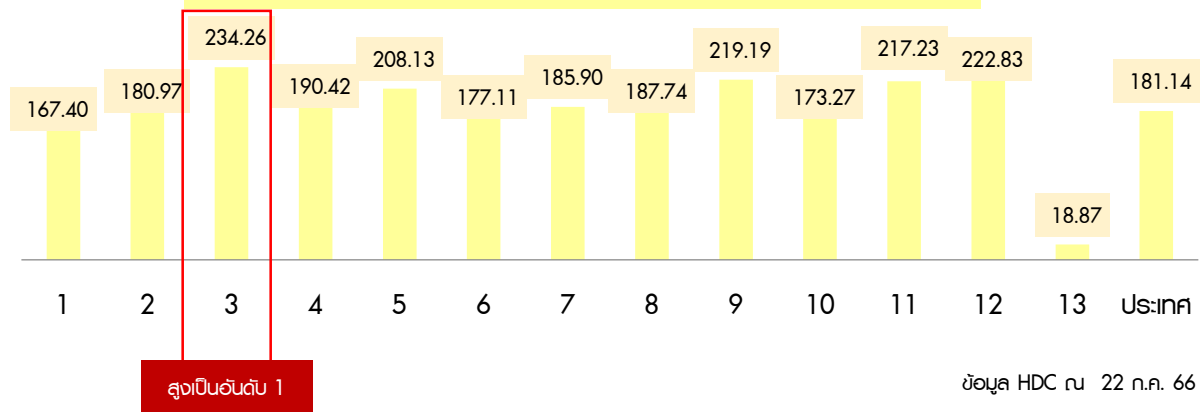
อัตราป่วยของผู้ป่วย Stroke รายใหม่ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 3
ปีงบประมาณ 2566



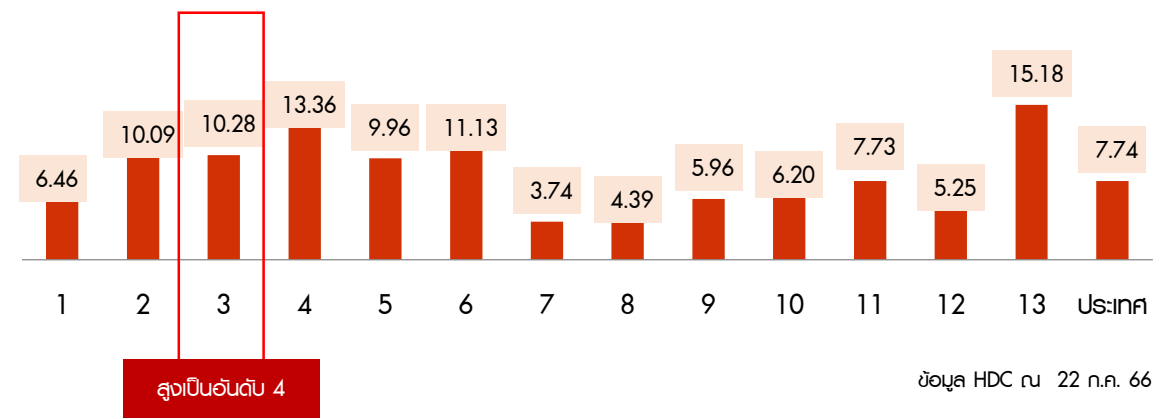
อัตราตายของผู้ป่วย Stroke เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2566

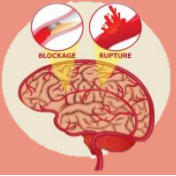


อัตราป่วยของผู้ป่วย Stroke รายใหม่ต่อประชากรแสนคน ภาพประเทศ
ปีงบประมาณ 2566



อัตราตายของผู้ป่วย Stroke ภาพประเทศ ปีงบประมาณ 2566

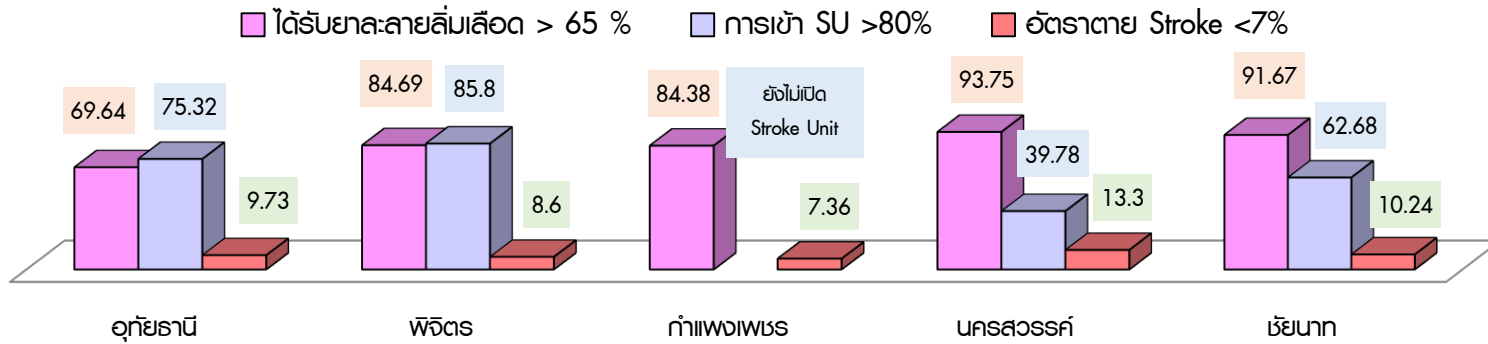




STROKE

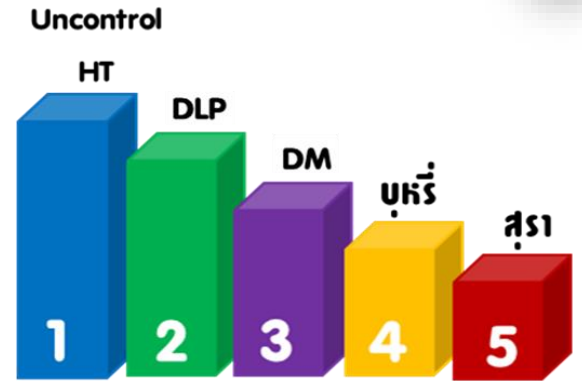


อัตราการเข้าถึงเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย Stroke เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2566 (9M)



ข้อมูล : รายงานผลการดำเนินงาน KPI ที่กรมการแพทย์รับพัชระ

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง



สาเหตุการเสียชีวิต



1. อายุมากกว่า 60 ปี
2. โรคร่วมหลายโรค HT, DLP, AF, DM, Acute Renal failure
3. Smoking
4. Sequelae : pneumonia, UTI, sepsis
5. ญาติปฏิเสธการรักษา

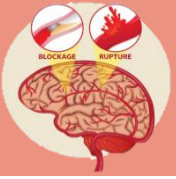
ข้อค้นพบ

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 ยังพบอัตราตายสูงกว่าเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมาด้วยอาการหนัก มีโรคร่วมหลายโรคและพบรอยโรคขนาดใหญ่

ข้อเสนอแนะ



- ★ ทุกจังหวัดมีบททวนข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไข
- ★ จ.กำแพงเพชร มีการจัดตั้ง Health Station ในชุมชน : BP/DTX
- ★ มีการเพิ่มจำนวนเตียง ICU/SU
- ★ เปิด node ให้ rt-PA ใน sw.ระดับ M2



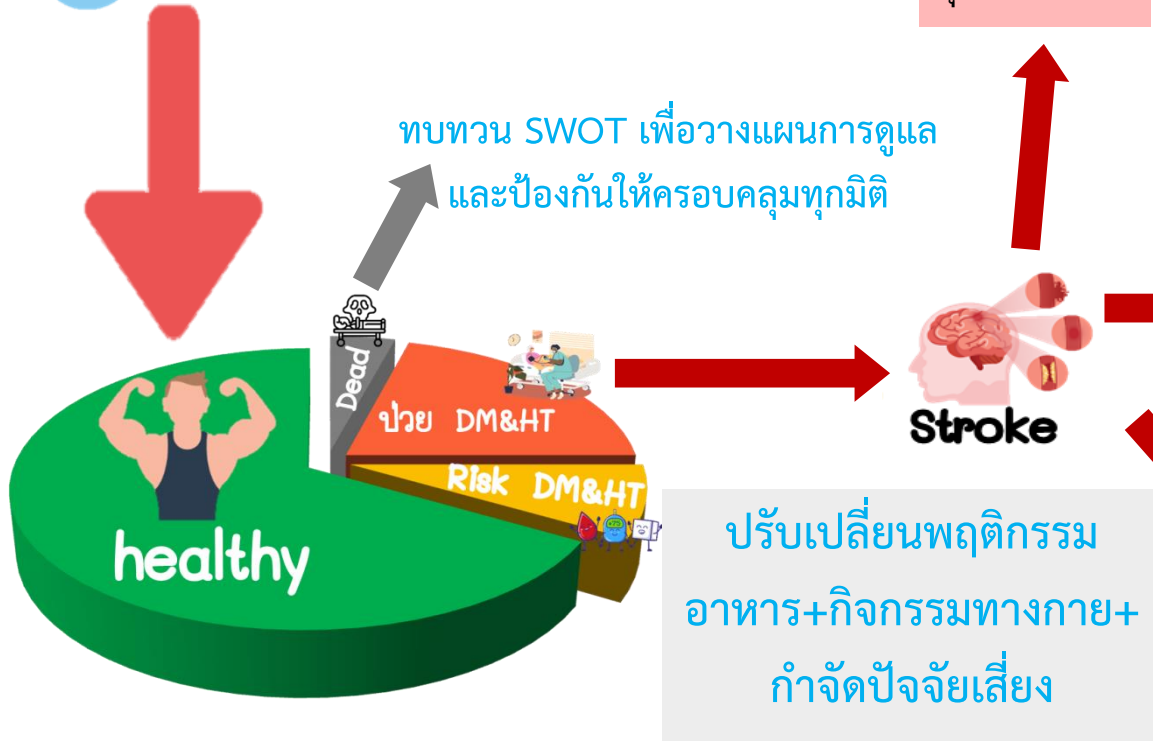
STROKE

Screening NCD+บุหรี สุรา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

Health Literacy (primary, secondary prevention)

ทบทวน SWOT เพื่อวางแผนการดูแล และป้องกันให้ครอบคลุมทุกมิติ



- บูรณาการ Health Literacy (primary, secondary prevention)
- เสริมสร้าง Stroke awareness
- Control NCD
- การบูรณาการการดูแลรักษาบุหรีและสุราในผู้ป่วย NCD

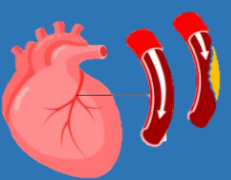
Stroke Fast Track

- การ Mapping กลุ่มเสี่ยง และจัดระบบ Fast track ทุกระดับ
- ประชาสัมพันธ์ stroke fast track และการใช้ 1669

การวินิจฉัย+รักษา

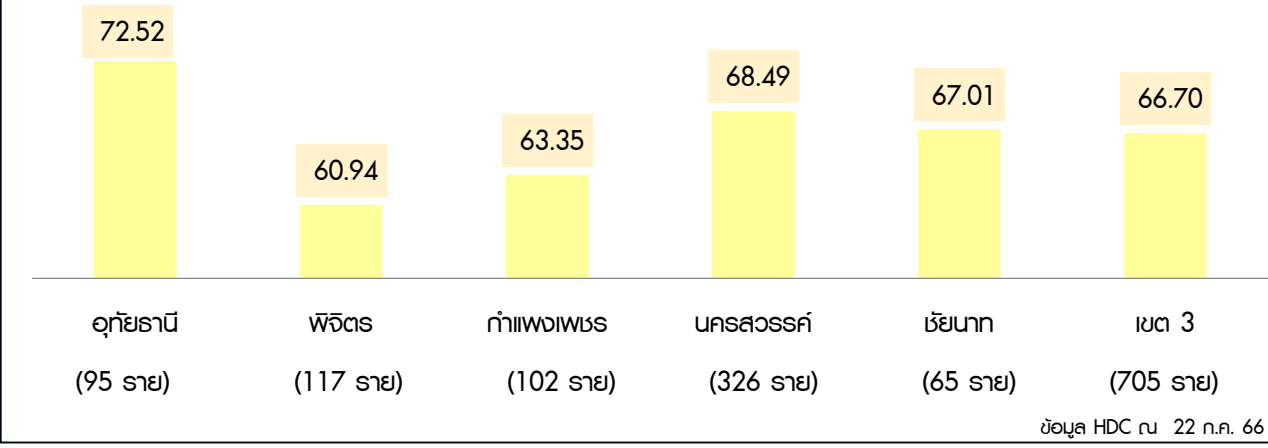
- เพิ่ม CT node > เข้าถึงการวินิจฉัยได้เร็ว > การรักษาได้เร็ว
- ผู้ป่วย Stroke ทุกราย ต้องได้รับการวางแผนก่อนจำหน่ายเพื่อคัดกรองเชื่อมโยง IMC ,LTC
- เพิ่มศักยภาพรพช. ในการดูแลผู้ป่วย step down หลังพ้นระยะ acute stroke 72 ชั่วโมง เชื่อมโยง IMC และ LTC
- ให้ความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่น pneumonia UTI

NCD remission

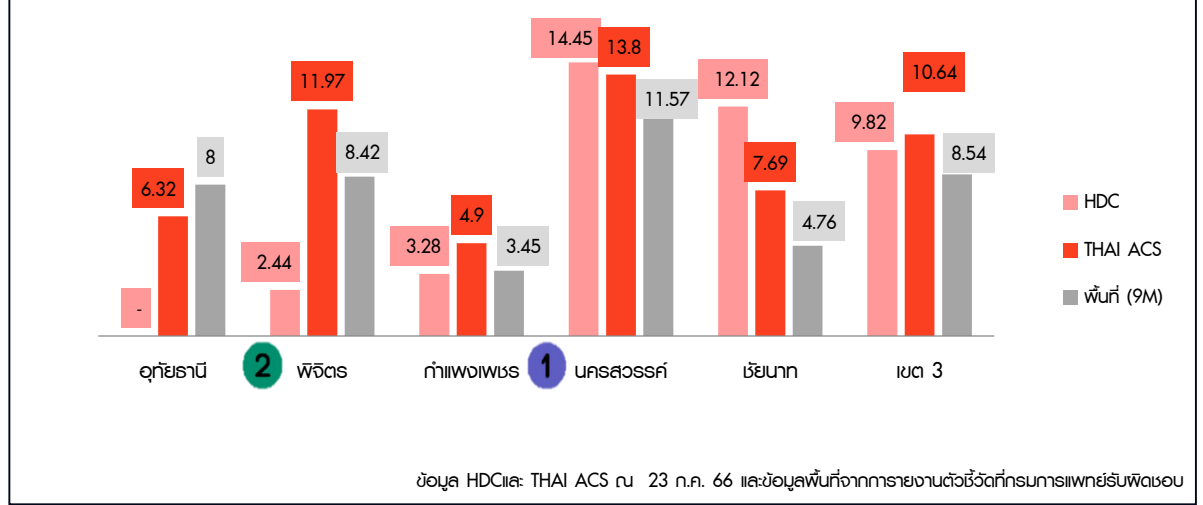


STEMI

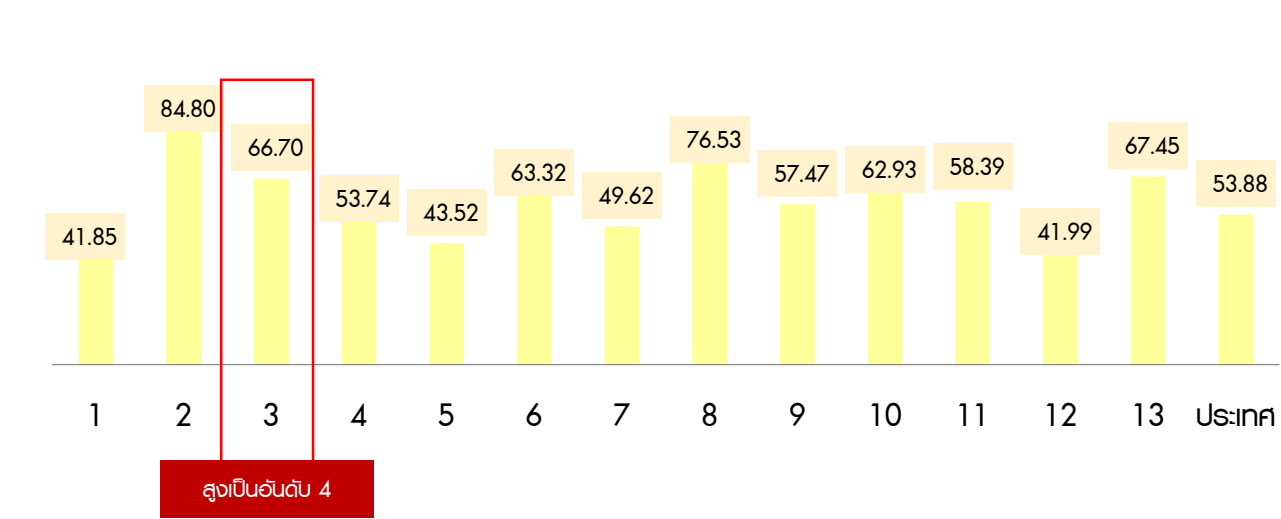
อัตราป่วยของผู้ป่วย STEMI รายใหม่ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2566



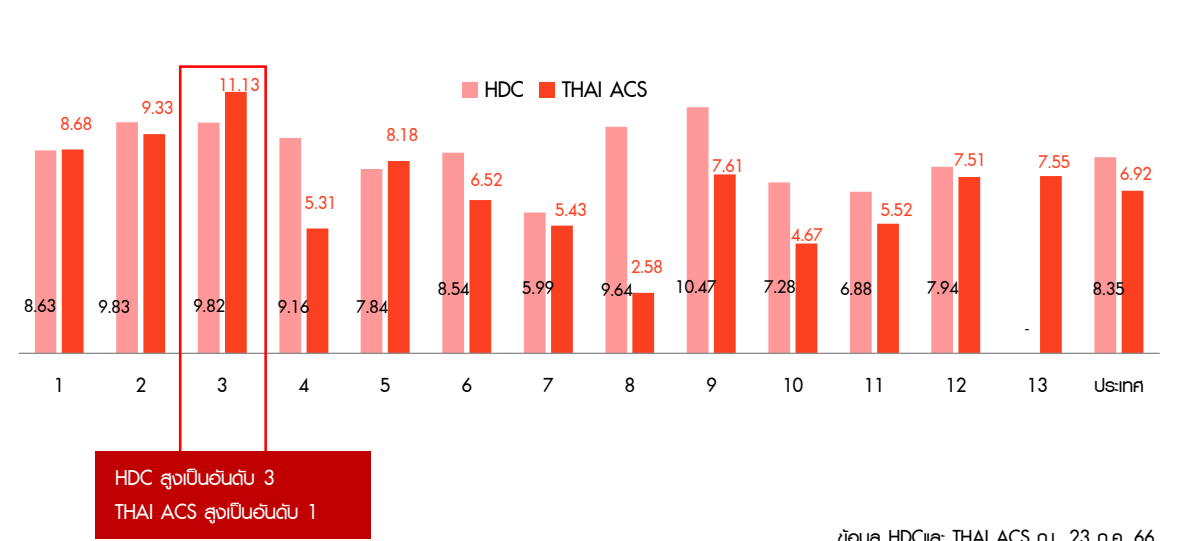
อัตราตายของผู้ป่วย STEMI เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2566

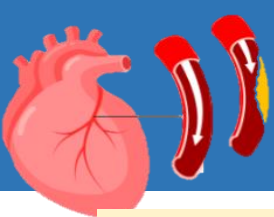


อัตราป่วยของผู้ป่วย STEMI ภาพประเทศ ปีงบประมาณ 2566



อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ภาพประเทศ ปีงบประมาณ 2566

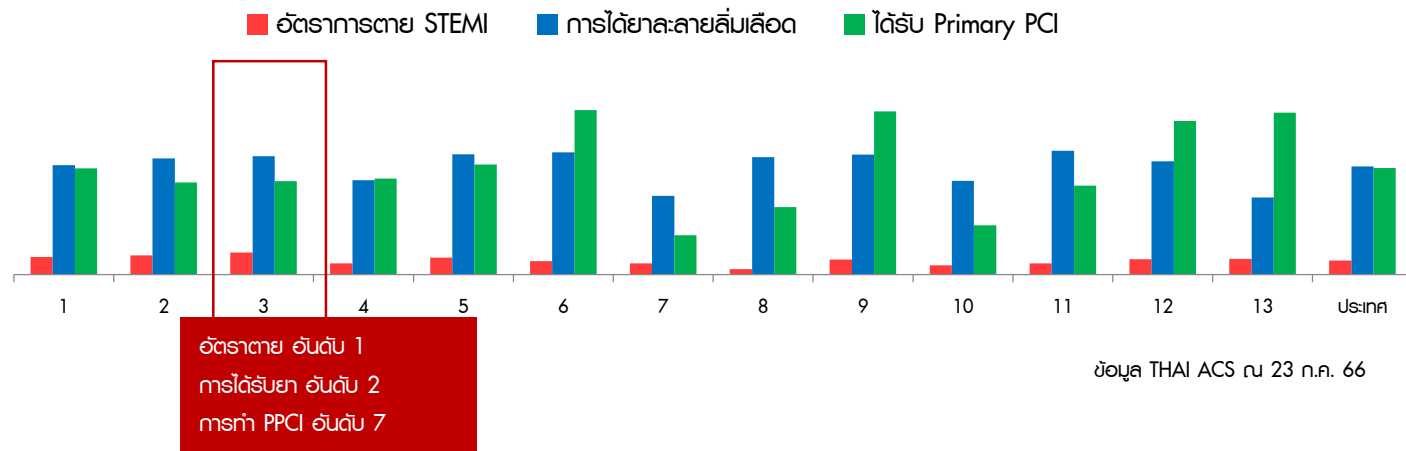
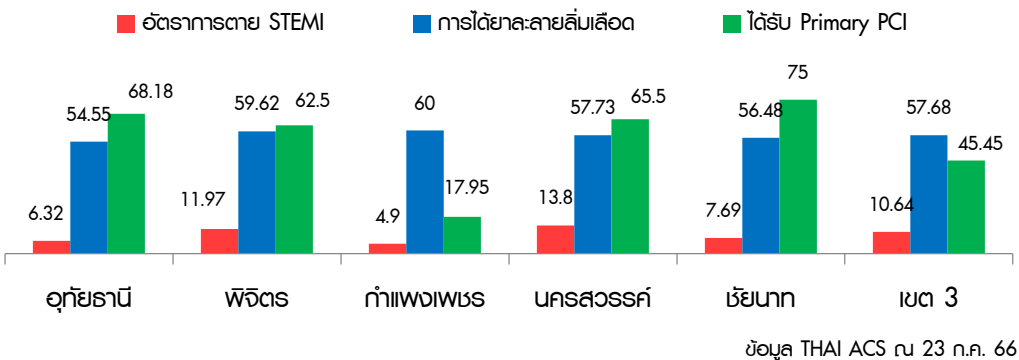




STEMI

อัตราการตายผู้ป่วย STEMI และการได้รับยาและการทำ PPCI เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2566

อัตราการตายผู้ป่วย STEMI และการได้รับยาและการทำ PPCI ภาพประเทศ ปี 2566



อัตราการตาย อันดับ 1
 การได้รับยา อันดับ 2
 การทำ PPCI อันดับ 7

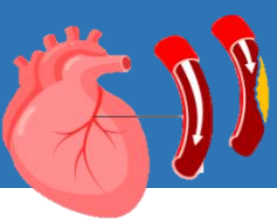
สาเหตุการเสียชีวิต



1. ผู้ป่วยมาด้วยอาการหนัก
2. ผู้ป่วยมีอายุมาก
3. มีโรคร่วมหลายโรคและควบคุมไม่ได้
4. ผู้ป่วยมีประวัติ Smoking สุราและใช้สารเสพติด

ข้อค้นพบ 🔍

แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อทำ PCI กับ สปร. และเครือข่าย
 ยังไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความสับสนในการส่งต่อ



STEMI



Screening CVD risk ใน NCD DM HT



กลุ่มเสี่ยง

Health Literacy

- สร้างความตระหนักรู้การป้องกันโรค
- ค้นหา คัดกรอง NCD บุหรี่ สุรา ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่ม STEMI
- การบูรณาการช่วยเหลือกับชุมชนโดยประชาสัมพันธ์ สายด่วน 1600
- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ Warning signs และกำหนด Mapping ในการเชื่อมโยงระบบ 1669 ในพื้นที่
- การยกระดับการประชาสัมพันธ์เทียบเท่าเอกชน
- จัดตั้งหรือพัฒนาศักยภาพในการจัดตั้ง Heart Failure Clinic ในรูปแบบ one stop service
- เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง

กลุ่มป่วย STEMI

- ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันร่วมกับ SP ภาพเขต
- การพัฒนาศักยภาพ Cardiac Rehabilitation เพื่อเป็น Secondary prevention
- เพิ่มศักยภาพพัฒนาระบบ Cath lab ให้ครอบคลุม 24/7 ในเขตสุขภาพที่ 3
- การลงข้อมูลให้ครบถ้วนทั้ง HDC และ Thai ACS registry

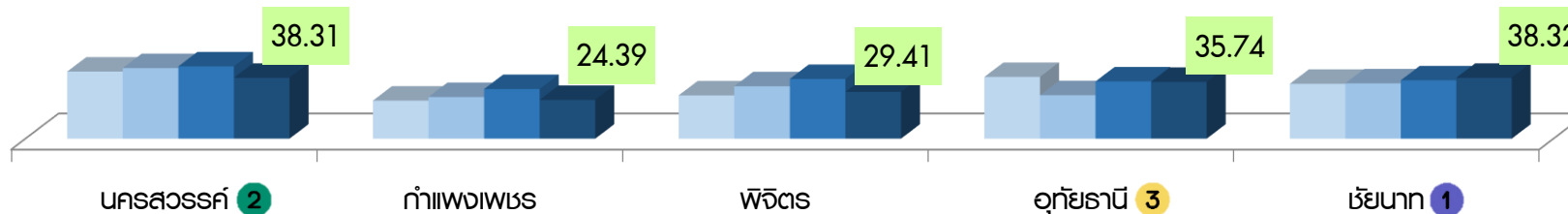
Dead Case

- ทบทวน SWOT เพื่อวางแผนการดูแลและป้องกันให้ครอบคลุมทุกมิติ



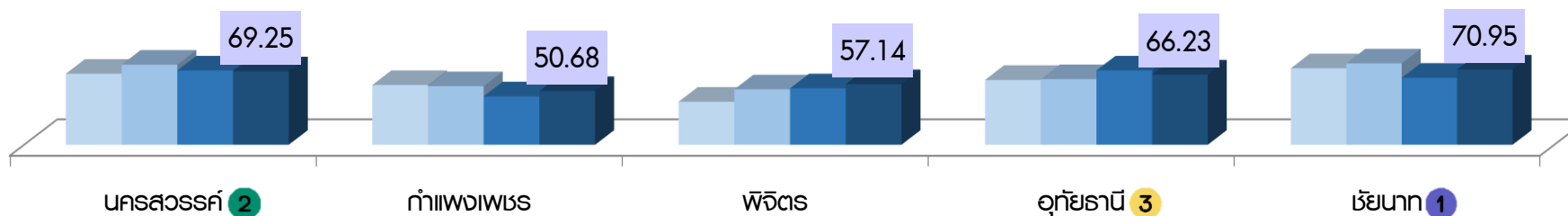
SEPSIS

อัตราการตาย ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <26 %



2563
2564
2565
2566

อัตราการตาย ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired <30 %



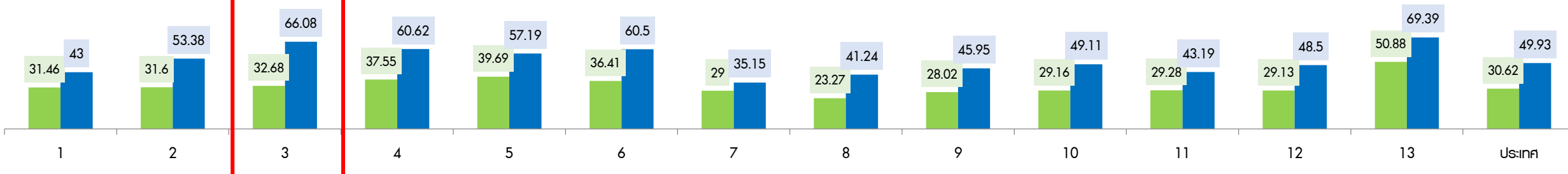
2563
2564
2565
2566

HDC รุ 23 ก.ค. 66

Community สูงอันดับ 5
Hospital สูงอันดับ 2

อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2566

■ ชนิด community-acquired ■ ชนิด hospital-acquired

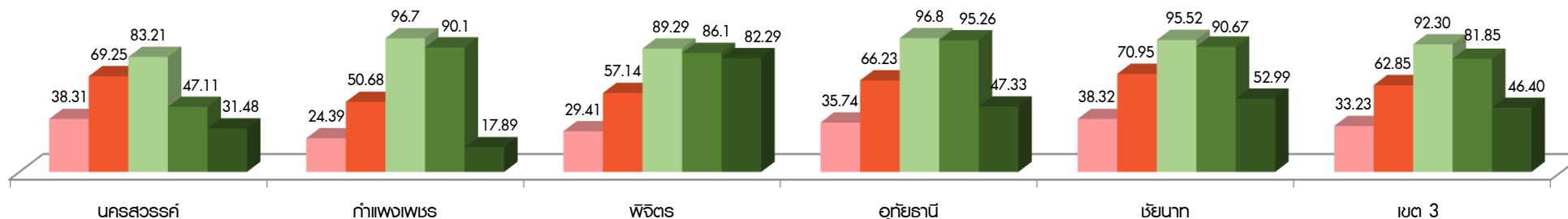


HDC รุ 23 ก.ค. 66



SEPSIS

ผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2566



- อัตราการตาย Community
- อัตราการตาย Hospital
- การได้รับ ATB > 90 %
- การได้รับ IV fluid > 90 %
- เข้า ICU ภายใน 3 h. > 30 %

เชื้อก่อโรค

จังหวัด	community-acquired	hospital-acquired
นครสวรรค์	1. E-coli 2. Klebsiella 3. Staphylococcus aureus	1. A.baumannii
กำแพงเพชร	ไม่ได้แยกเชื้อ	ไม่ได้แยกเชื้อ
พิจิตร	ไม่ได้แยกเชื้อ	ไม่ได้แยกเชื้อ
อุทัยธานี	ไม่ได้แยกเชื้อ	ไม่ได้แยกเชื้อ
ชัยนาท	1. Streptococcus pneumoniae 2. Klebsiella pneumoniae 3. Pseudomonas aeruginosa	1. Acenitobacter baumannii MDR 2. Klebsiella pneumonuae CRE 3. Pseudomonas aeruginosa MDR

โรคที่เป็นปัญหาหลัก

1. Pneumonia
2. UTI
3. AGE

สาเหตุการเกิด Sepsis

- ☆ ผู้ป่วยอายุมาก
- ☆ ส่วนใหญ่เกิดภาวะเชื้อมีโรคร่วม
- ☆ พบในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง

ข้อค้นพบ

1. ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องความรุนแรงของโรค
2. ส่วนมากผู้ป่วยถูกส่งมาโรงพยาบาลระดับ S
3. ความล่าช้าในการ Refer และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและ Delay Diagnosis
4. การใช้งาน CPG/Standing order ยังไม่ทั่วถึง
5. ความผิดพลาดในการลง CD10



SEPSIS



การประเมินอาการเบื้องต้น
ด้วยตนเอง/ การคัดกรอง



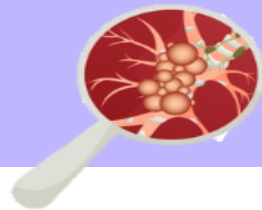
ปกติ

- บูรณาการสร้างความรู้ความตระหนักถึงความรุนแรง สัญญาณอันตราย และในการประเมินอาการด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
- ส่งเสริมการสื่อสารประชาสัมพันธ์
- พัฒนาศักยภาพการคัดกรอง Care giver และ อสม.ในชุมชนให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
- แนวทางการส่งต่อ การให้คำปรึกษาผ่านระบบ 3 หมอ



ติดเชื้อ
ในกระแสเลือด

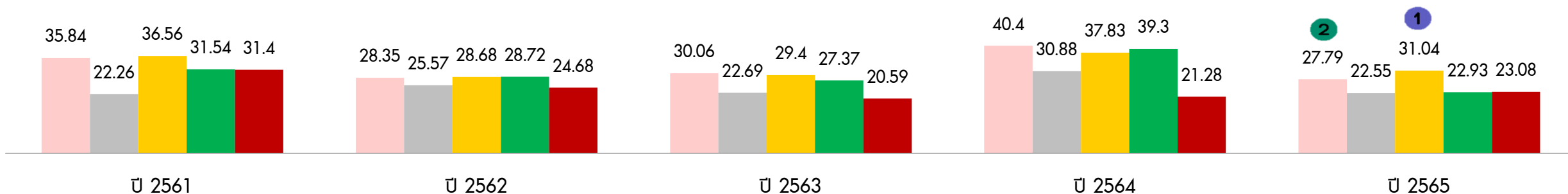
- พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา ร่วมกับการกำกับ ติดตาม การดำเนินงาน + ประเมินผล
- การจัดอบรมทบทวนการดูแล + การวินิจฉัยในแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งจังหวัด รวมถึงการส่งต่อ
- มีการจัดทำ Antibioqram ในจังหวัด/อำเภอ เพื่อเลือกใช้ยารักษาเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว
- ทบทวนการเก็บข้อมูลแยกส่วน community acquire, Hospital acquire



CANCER

อัตราป่วยโรคมะเร็ง 5 อันดับ เขตสุขภาพที่ 3

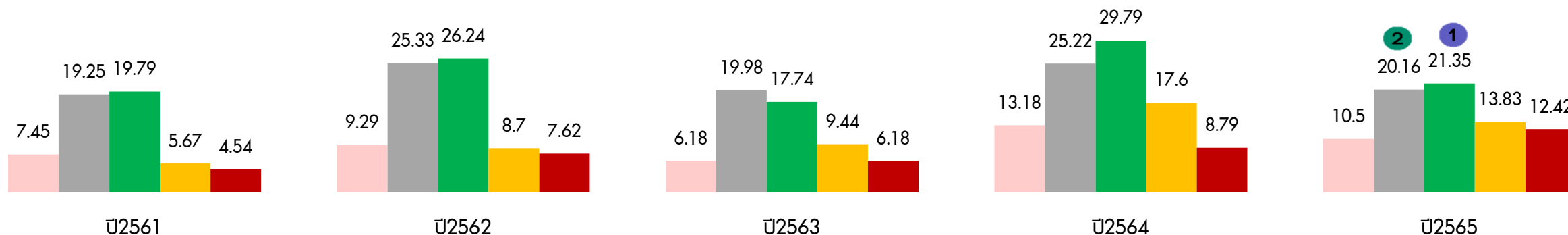
■ มะเร็งเต้านม ■ มะเร็งปอด ■ มะเร็งลำไส้ ■ มะเร็งตับ ■ มะเร็งปากมดลูก



ที่มา : สถิติโรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

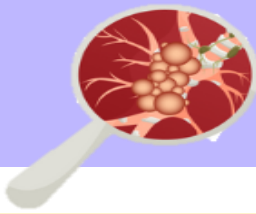
อัตราตายโรคมะเร็ง 5 อันดับ เขตสุขภาพที่ 3

■ มะเร็งเต้านม ■ มะเร็งปอด ■ มะเร็งตับ ■ มะเร็งลำไส้ ■ มะเร็งปากมดลูก

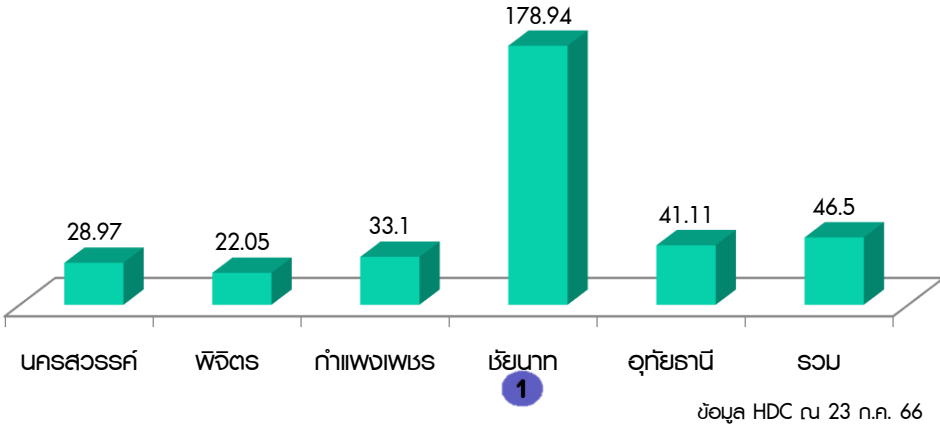


ที่มา : สถิติโรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

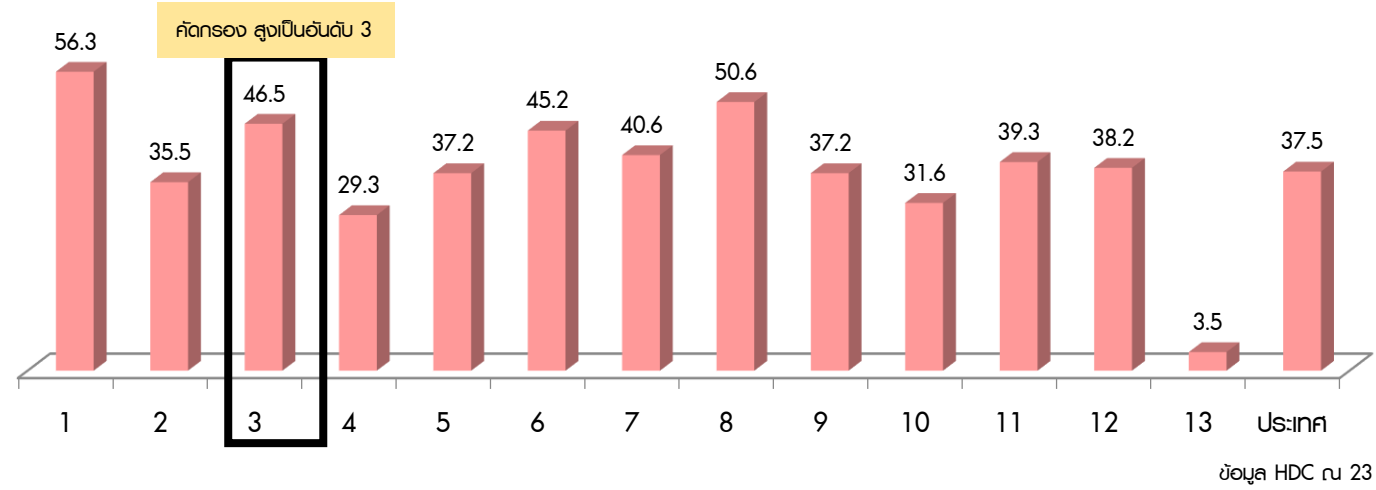
CANCER



ร้อยละสตรีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (≥ ร้อยละ: 60) เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2566



ร้อยละสตรีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (≥ ร้อยละ: 60) ภาพประเทศ ปี 2566



ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy เขตสุขภาพที่ 3

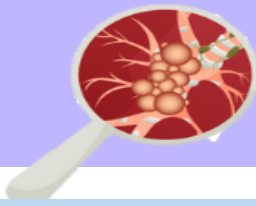
จังหวัด	จำนวนที่ลงทะเบียน (ทั้งหมด)	จำนวนที่ตรวจด้วยตนเอง	รวมผลตรวจ	ผลการคัดกรอง HPV DNA Test			การตรวจยืนยันผลด้วย Liquid Based Cytology (LBC) ในผู้ที่พบผลผิดปกติ (Type non 16,18)				ผลผิดปกติทั้งหมดของ Positive Type 16, 18 และผล LBC ≥ ASCUS	การตรวจยืนยันผลด้วย Colposcopy	
				ปกติ (Negative)	ผิดปกติ (Positive Type 16, 18)	ผิดปกติ (Positive Type non 16, 18)	จำนวนผู้ที่ต้องได้รับการตรวจ LBC (คน)	ตรวจ LBC เรียบร้อยแล้ว	ผล LBC ปกติ (Code 100-125)	ผล LBC ≥ ASCUS (Code 200-308)		* จำนวนที่รับการส่งกล้อง	ร้อยละ
กำแพงเพชร	7,330	2,191	303	6,583	98	346	346	219	190	29	127	63	49.61
ชัยนาท	20,482	18,554	1,283	16,913	392	1,894	1,894	416	322	94	486	67	13.79
นครสวรรค์	8,826	1,414	687	7,580	151	408	408	299	121	178	329	126	38.30
พิจิตร	2,896	0	223	2,497	46	130	130	127	119	8	54	14	25.93
อุทัยธานี	3,821	1	109	3,496	68	148	148	148	112	36	104	66	63.46
เขต 3	43,355	22,160	2,605	37,069	755	2,926	2,926	1,209	864	345	1,100	336	30.55

* ข้อมูลการได้รับการส่งกล้อง จากพื้นที่ในการตรวจราชการฯ รอบที่ 2/66

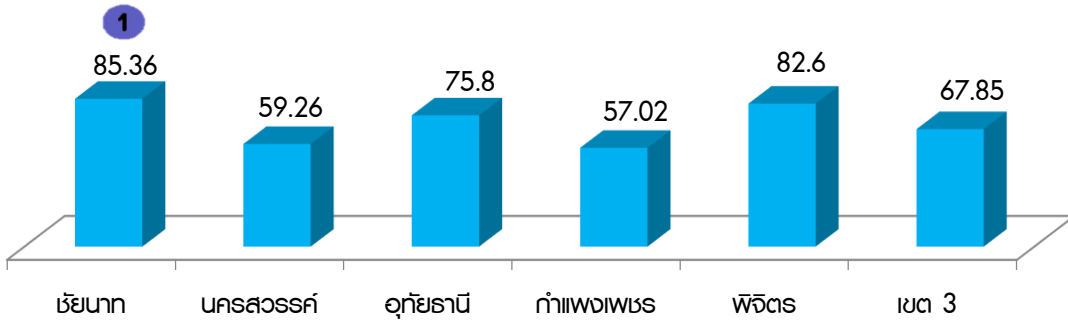
ข้อมูลจาก HPV Screening ณ 23 ก.ค. 66

2
3
1

CANCER

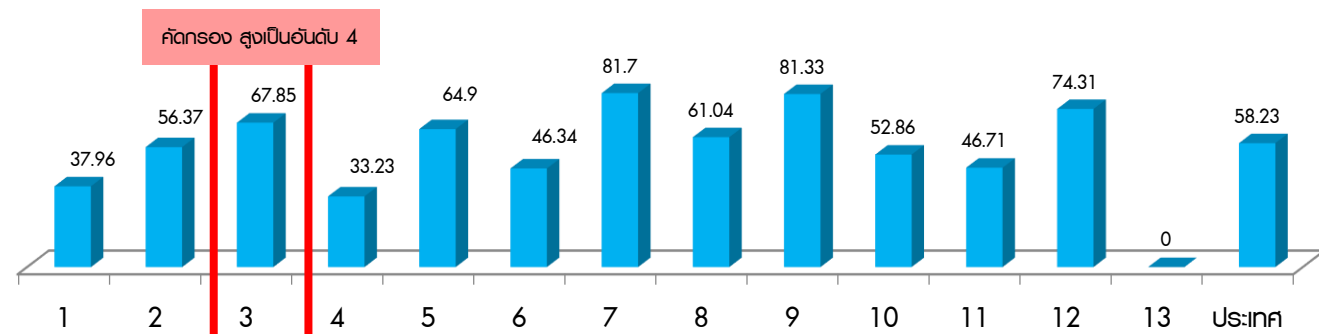


ร้อยละประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และมะเร็งไส้ตรง (FIT TEST) ภาพเขต (ร้อยละ: 10 ของประชากร)



ข้อมูล HDC ณ 23 ก.ค. 66

ร้อยละประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และมะเร็งไส้ตรง (FIT TEST) ภาพประเทศ (ร้อยละ: 10 ของประชากร)



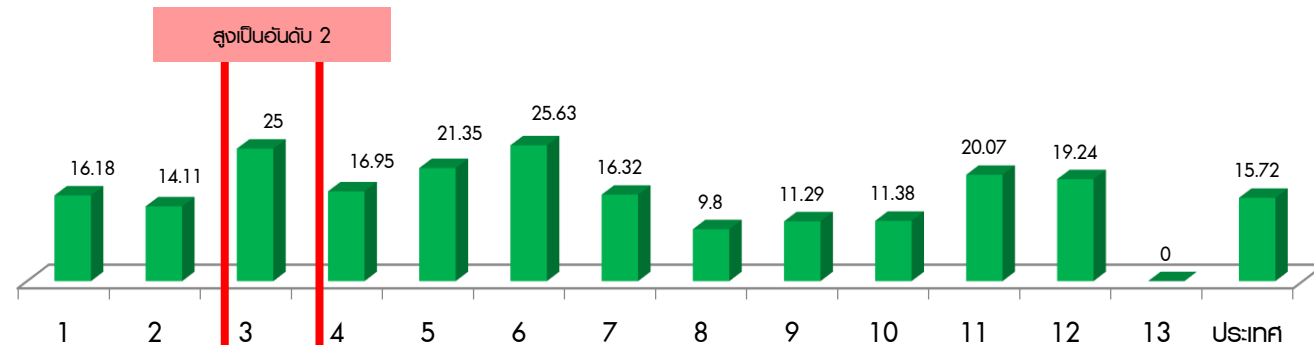
ข้อมูล HDC ณ 23 ก.ค. 66

การรับบริการส่องกล้อง Colonoscopy เพื่อตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2566

จังหวัด	FIT Test พลวอก (คน)	Colonoscopy	ร้อยละ	WU CA
ชัยนาท	534	44	8.24	0 (0.0)
นครสวรรค์	897	275	30.66 ②	10 (3.64)
อุทัยธานี	533	32	6	3 (9.38)
กำแพงเพชร	1,596	401	25.13 ③	6 (1.50)
พิจิตร	824	344	41.75 ①	8 (2.33)
เขต 3	4,384	1,096	25.0	27 (2.46)

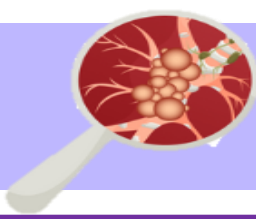
ข้อมูล HDC ณ 23 ก.ค. 66

ร้อยละของผู้ที่มีพลพิพฒนติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เพื่อตรวจหามะเร็งลำไส้และมะเร็งไส้ตรง ภาพประเทศ (ร้อยละ: 10 ของประชากร)



ข้อมูล HDC ณ 23 ก.ค. 66

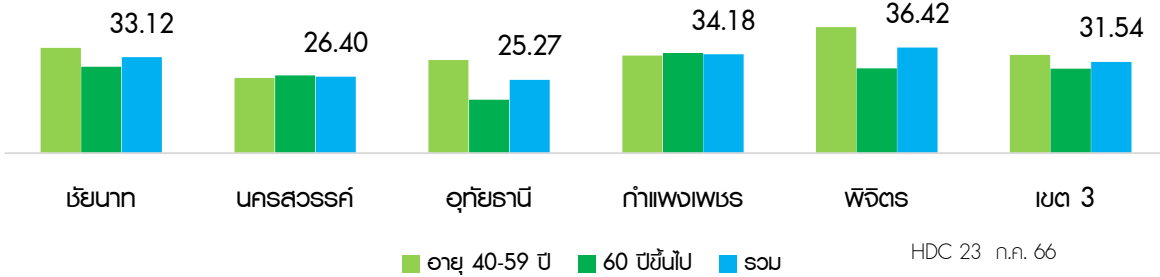
CANCER



การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก

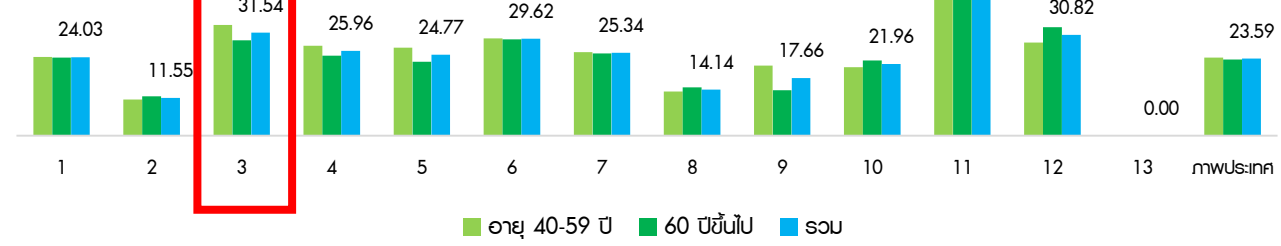
ร้อยละการคัดกรองมะเร็งช่องปาก (เป้าหมาย ร้อยละ 40)

ภาพเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2566



คัดกรอง สูงเป็นอันดับ 2

ภาพประเทศ ปี 2566



ร้อยละการพบรอยโรคของมะเร็งช่องปาก เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2566

จังหวัด	อายุ 40-59 ปีที่เข้ารับบริการ	อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการ
	พบรอยโรค	พบรอยโรค
ชัยนาท	2 (0.04%)	2 (0.03%)
นครสวรรค์	4 (0.05%)	3 (0.02%)
อุทัยธานี	6 (0.14%)	11 (0.26%)
กำแพงเพชร	3 (0.02%)	2 (0.01%)
พิจิตร	2 (0.02%)	3 (0.02%)
เขต 3	17 (0.04%)	21 (0.03%)

CANCER

ข้อชื่นชม

GOOD JOB

- ★ จังหวัดกำแพงเพชร มีการจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งตับในโรงพยาบาลคลองขลุง เพื่อหาสาเหตุการป่วยและหาแนวทางในการป้องกัน

กลุ่มเป้าหมาย



โอกาสพัฒนา

- ★ พัฒนาระบบข้อมูล สนับสนุนการดำเนินงานทะเบียนมะเร็ง
- ★ Service Plan cancer บูรณาการร่วมกับปฐมภูมิ เชื่อมโยง 3 P
- ★ การแชร์ทรัพยากร ร่วมกันในภาพจังหวัดและเขตสุขภาพ

ได้รับการคัดกรอง

ไม่ได้รับการคัดกรอง

เป็นโรค

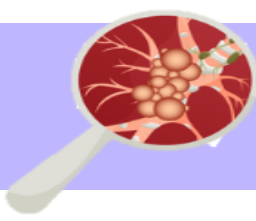
ไม่เป็นโรค

การรักษา

การสร้างความตระหนัก

- จัดทำแนวทางการบริการคัดกรองให้ชัดเจน และเสร็จสิ้นในไตรมาสแรก
- จัดแนวทางการบริการยืนยันการส่องกล้อง (Colposcopy และ Colonoscopy) ระบบติดตาม และการรักษา
- ทบทวนข้อมูลอัตราตายของมะเร็งที่พบมากในจังหวัด แยกข้อมูล primary cancer เพื่อมาวางแผนการคัดกรอง

1. ส่งเสริม Health Literacy ด้านโรคมะเร็ง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง
2. จัดกิจกรรมตามแผนป้องกันและรณรงค์ Vaccine
3. พัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงกับอบจ.ในกรณีถ่ายโอน รพ.สต.เพื่อให้การทำงานต่อเนื่อง
4. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้เทียบเท่าเอกชน เพื่อให้ประชาชนรับรู้+เข้าถึงได้ง่าย
5. การคัดกรองควรทำให้เสร็จในไตรมาสแรก
6. ปรับรูปแบบการคัดกรองเป็น Self-test



CANCER

แนวทางการคัดกรองมะเร็งตับ

กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรองหาโรคมะเร็งตับ

- ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการดื่มสุรา ทั้งเพศหญิงและชาย
- ผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรังที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบี
 - ตั้งแต่แรกคลอด
 - ชาย >40 ปีขึ้นไป หญิง >50 ปี
 - ครอบครัวมีประวัติเป็น HCC
- ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่มี fibrosis stage 3 และ 4

วิธีการและระยะเวลาการตรวจเฝ้าระวัง

- ultrasonography (US) ทุก 6-12 เดือน + ตรวจเลือดหาค่า Alfa - fetoprotein AFG

แนวทางการคัดกรองมะเร็งปอด

กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรองหา

โรคมะเร็งปอด

- smoking >30packyear
- Smoking >20packyear +other risk

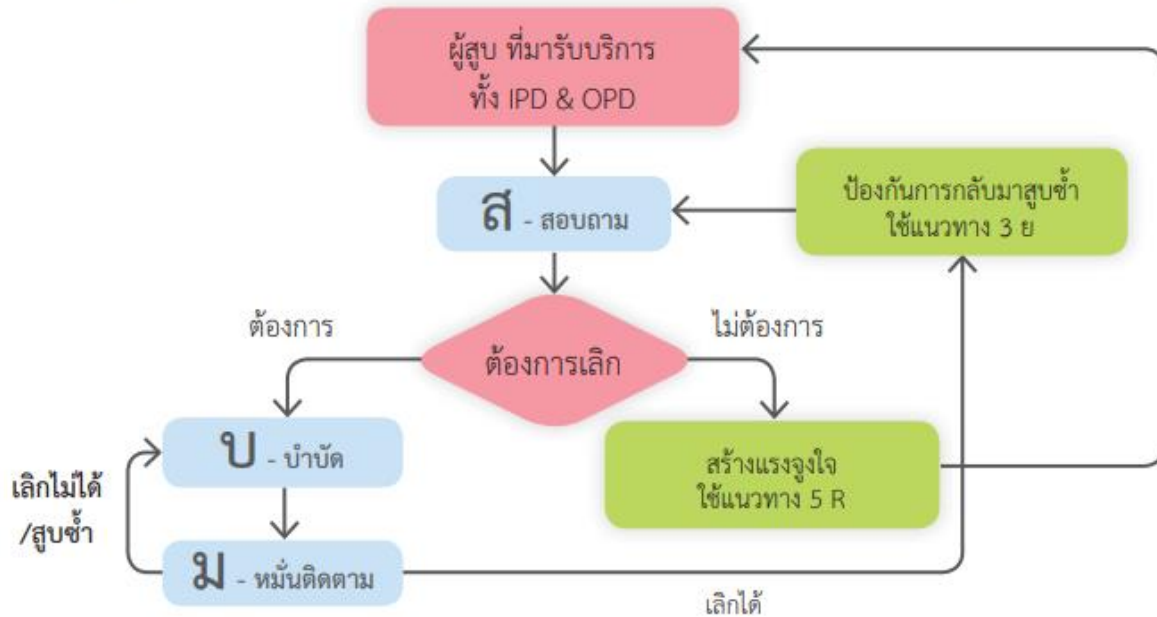
วิธีการและระยะเวลาการตรวจเฝ้าระวัง

Low.dose CT chest , yearly

แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน

สอบถาม (Ask & Assess)	ส	สอบถามประวัติปริมาณการสูบบุหรี่และระยะเวลาสูบบุหรี่แรกหลังตื่นนอน (time to first cigarette)
บำบัด (Advise & Assist)	บ	บำบัดด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น (brief advice) และ/หรือให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral modification)
หมั่นติดตาม (Arrange)	ม	หมั่นติดตามผลการบำบัดและให้กำลังใจเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ โดยแนวทาง 3ย (ย ยกย่อง - ย ย้อนรอย - ย ย้ำบ่อยๆ)

รูปที่ 1.1: แนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคติน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)(II)



แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน.

เครือข่ายวิชาชีพ ร่วมกับ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

ส : สอบถาม

1. สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ?
2. สูบวันละเท่าไร?
3. สูบมวนแรกหลังตื่นนอนนานเท่าไร?

บ : บำบัด

- การให้คำปรึกษา
- การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่
 - NRT : gum, patch
 - non NRT : nortriptyline, Bupropion, Varenicline
 - สมุนไพร : หน้อยดอกขาว รังจืด กานพลู
- กดจุดสะท้อนเท้า
- การฝังเข็ม
- การส่งต่อ 1600

ม : หมั่นติดตาม

- การติดตามแบบ face to face/โทรศัพท์
- ติดตามโดย 1600

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

หัวข้อ	Guideline
เกณฑ์ในการคัดกรอง Palliative care (Screening)	กรมการแพทย์
Advance care plan and Living will	สช.
Care map	U-care map 14 days
Home care	รพ.มะเร็งลำปาง
Bereavement care	รพ.มะเร็งชลบุรี
กายภาพบำบัด	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โภชนาการ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
Telehealth	รพ.มะเร็งลพบุรี
Referral system	รพ.มะเร็งอุบลราชธานี

1. คัดกรอง NCD, Cancer & Smoking ทุกปีภายใน 1st trimester



2. พบเสี่ยง/สงสัยป่วย ≈ 20%

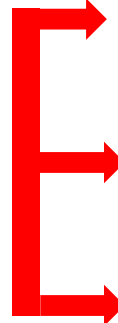


DPAC

NCD Remission



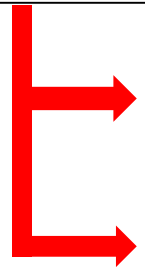
3. พบ Smoking



อยากลด

ไม่อยากลด

4. Prevalence NCD Cases



NCD Clinic Plus

NCD Remission Clinic

5. CVD Risk Mapping

1. <u>Stroke</u>	Fast track
2. <u>STEMI</u> (อาจจะเพิ่ม non - STEMI)	Fast track
3. <u>CKD</u>	Early Detect
4. <u>Cancer</u>	Early Detect Early Treatment
5. <u>Sepsis</u>	Early Detect Early Treatment
6. <u>Obesity</u>	Early Detect Early Treatment



Prevent

ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับภูมิคุ้มกัน
อย่างครอบคลุม

1. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608)
ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)

Detect

จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังและ
ตอบสนองอย่างครอบคลุมและมี
ประสิทธิภาพ

1. ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ

Response & Recovery

จังหวัดมีความพร้อมและแนวทางการ
ตอบโต้และฟื้นฟูภาวะฉุกเฉินทางด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของ
พื้นที่อย่างเหมาะสม

1. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100
2. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม
3. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย
4. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ
5. มี operational plans (HSP) สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย
6. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan



ประเด็นตรวจราชการ Functional based พ.ศ.2566 ประเด็นที่ 5 ความมั่นคงทางสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ 3 - รอบที่ 2

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รอบ	จ.พิจิตร จาก MOPH IC	จ.ชัยนาท จาก MOPH IC	จ.อุทัยธานี จาก MOPH IC	จ.กำแพงเพชร จาก MOPH IC	จ.นครสวรรค์ จาก MOPH
1.1 ความครอบคลุมการฉีด วัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่ เอา 608)	≥ ร้อยละ 90	1	49.24 (0 คะแนน)	50.30 (1 คะแนน)	38.98 (0 คะแนน)	44.70 (0 คะแนน)	46.26 (0 คะแนน)
		2	49.23 (0 คะแนน)	50.31 (1 คะแนน)	39.15 (0 คะแนน)	45.90 (0 คะแนน)	55.02 (1 คะแนน)
1.2 ความครอบคลุมการฉีด วัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)	≥ ร้อยละ 90	1	50.35 (1 คะแนน)	56.71 (1 คะแนน)	48.50 (0 คะแนน)	47.20 (0 คะแนน)	53.19 (1 คะแนน)
		2	50.53 (1 คะแนน)	56.81 (1 คะแนน)	48.69 (0 คะแนน)	47.31 (0 คะแนน)	53.19 (1 คะแนน)



ประเด็นตรวจราชการ Functional based พ.ศ.2566 ประเด็นที่ 5 ความมั่นคงทางสุขภาพ

เขตสุขภาพที่ 3 - รอบที่ 2

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	รอบ	เขตสุขภาพที่ 3 (ภามรวม 5 จังหวัด)
1.1 ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608)	≥ ร้อยละ 90	1	45.89 (0 คะแนน)
		2	47.92 (0 คะแนน)
1.2 ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)	≥ ร้อยละ 90	1	51.19 (1 คะแนน)
		2	51.30 (1 คะแนน)

หมายเหตุ - ทั้ง 5 จังหวัด อยู่ในระดับที่ความก้าวหน้าไม่สามารถดำเนินการได้ความครอบคลุมที่ร้อยละ 90 ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้ง 2 กลุ่ม



ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ตัวชี้วัด / กิจกรรม / มาตรการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
สำหรับพื้นที่

- 1.ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่ม 607
- 2.ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)

- 1.เร่งรัดการดำเนินงานในอำเภอที่ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำกว่าเป้าหมาย ซึ่งอาจเพิ่มวันบริการหรือจุดให้บริการให้ครอบคลุมและประชาชนสามารถเข้าถึงการรับบริการได้สะดวกมากขึ้นและจัดทำ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในอำเภอที่สามารถดำเนินการฉีดวัคซีนได้ตามกลุ่มเป้าหมายสูงสุด เพื่อให้อำเภอต่าง ๆ ได้นำไปพัฒนาปรับใช้เป็นแนวทางในพื้นที่
- 2.การประชาสัมพันธ์
 - ส่งเสริมการจัดกิจกรรมฉีดในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเช่น ฉีดในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ฉีดในโรงเรียนผู้สูงอายุ และคลินิกโรคเรื้อรัง เป็นต้น
 - ขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฉีดวัคซีนคู่ สู้หน้าฝน เช่น กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้ประชาสัมพันธ์แบบเชิงรุก

ประเด็นที่ 5 ความมั่นคงทางสุขภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อุทัยธานี	กำแพงเพชร	นครสวรรค์	ชัยนาท	พิจิตร
<p>2. ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ</p> <p>3. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100</p> <p>4. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม</p> <p>5. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย</p> <p>6. Resource Mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ (ตามที่กำหนดขึ้น 3 ภัย)</p> <p>7. มี Operational Plans (HSP) สำหรับ 3 โรค ภัยที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการฯ ที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย</p> <p>8. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ Operational Plan</p>	<p>35 คะแนน</p> <p>> ร้อยละ80</p> <p>(>28 คะแนน)</p>	<p>ร้อยละ 71.4</p> <p>(25 คะแนน)</p>	<p>ร้อยละ 77.1</p> <p>(27 คะแนน)</p>	<p>ร้อยละ 65.71</p> <p>(23 คะแนน)</p>	<p>ร้อยละ 68.57</p> <p>(24 คะแนน)</p>	<p>ร้อยละ 68.57</p> <p>(24 คะแนน)</p>
<p>ข้อเสนอแนะ</p> <ol style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ Resource ตาม 3 โรค/ภัยที่กำหนดขึ้น เน้นด้านอุปกรณ์ ดูคงคลัง การจัดหา การกระจาย การประมาณการ และ Update ด้วย การฝึกซ้อมแผนในระดับจังหวัด อาจบูรณาการการฝึกซ้อมแผนในภาพรวมทั้งจังหวัด 						

ท. = ทำทันที

ท. = ทำต่อเนื่อง

ท. = ทำและพัฒนา

..Thank you..

