

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ยังพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น รายละเอียดของอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละเขตสุขภาพ แสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1-13 และค่าเฉลี่ยของประเทศ ปี 2560-2563

ผู้ป่วย stroke : แสนประชากร เขตสุขภาพ 1-13 ปี 2560-2563

	2560	2561	2562	2563
เขต 1 เชียงใหม่	253.16	280.02	297.59	299.33
เขต 2 พิษณุโลก	284.84	319.76	329.61	326.76
เขต 3 นครสวรรค์	347.34	369.01	387.2	392.67
เขต 4 สระบุรี	333.50	344.04	356.32	348.66
เขต 5 ราชบุรี	300.04	329.86	346.01	349.45
เขต 6 ระยอง	313.11	331.41	342.26	336.32
เขต 7 ขอนแก่น	247.69	272.67	284.97	292.42
เขต 8 อุตรดิตถ์	243.34	264.57	275.69	289.79
เขต 9 นครราชสีมา	304.81	340.77	358.53	363.41
เขต 10 อุบลราชธานี	249.37	269.83	279.95	303.45
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	271.35	290.76	318.66	325.09
เขต 12 สงขลา	255.96	295.54	318.67	307.00
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	250.100	264.32	280.22	346.40
ประเทศ	278.49	303.20	318.89	328.00

ตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ปี 2563 ถึงปัจจุบันนั้น พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นไม่ลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วย intracerebral hemorrhage และ cardiogenic cerebral embolism นั้นไม่ลดลง พบผู้ป่วย cerebral thrombosis ลดลงเล็กน้อย (ข้อมูลยังไม่ได้เผยแพร่ อยู่ระหว่างการส่งพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา rtpa ในภาพรวมทั้งประเทศและตลอดปีงบประมาณไม่ลดลง แต่ในพื้นที่สีแดงเข้ม เช่น กรุงเทพฯ สมุทรปราการ นนทบุรี ชลบุรีนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย rtpa ลดลงเนื่องจากการลดบริการ การ lock down และขั้นตอนการให้บริการที่ต้องเพิ่มเติมการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาภายในระยะเวลา 270 นาที ซึ่งเป็นไปได้ยากมาก

## สถานการณ์ โรคหลอดเลือดสมอง

สมศักดิ์ เกียมเก่า

สมศักดิ์ เกียมเก่า<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>สาขประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
<sup>2</sup>กลุ่มวิจัยโรคสมองขาดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สมศักดิ์ เกียมเก่า  
สาขประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
อ.เมือง จ.ขอนแก่น  
Email: somtia@kku.ac.th

## ปัญหาความพร้อมของระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง

การบริการโรคหลอดเลือดสมองนั้นต้องมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

1. ความพร้อมด้านบุคลากร ได้แก่ อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท (neurologist) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (emergency physician) พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลผู้รับผิดชอบ case manager

2. นโยบายของโรงพยาบาล

3. นโยบายของเขตสุขภาพ

1. **ความพร้อมด้านบุคลากร** จากข้อมูลการนำเสนอของแต่ละเขตสุขภาพจะพบว่าทุกจังหวัดมีระบบบริการ stroke fast track ถึงแม้ว่าจะไม่มีอายุรแพทย์ระบบประสาท (neurologist) ก็ตาม ทางอายุรแพทย์หรือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (emergency physician) ก็เป็นผู้รักษาแทน neurologist ได้ การมีอายุรแพทย์ระบบประสาทจะเป็นส่วนสำคัญในด้านการสร้างความมั่นใจของทีมผู้ให้บริการ และการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกันกับการมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินปฏิบัติงานในห้องตรวจแผนกฉุกเฉิน ก็จะทำให้ระบบการคัดกรอง การ activate ระบบ stroke fast track เป็นไปด้วยประสิทธิภาพ และรวดเร็ว ดังนั้นจะพบว่าถ้าจังหวัดใดที่เปิดบริการ stroke fast track มาก่อนด้วยอายุรแพทย์ แล้วต่อมามีอายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมาร่วมทีมภายหลังจะส่งเสริมให้ระบบบริการนั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลผู้รับผิดชอบ case manager นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาความรู้ ความสามารถและจำนวนเชิงครุอบคลุมในทุกโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ด้วยยิ่งดี โดยการสนับสนุนให้แต่ละโรงพยาบาลที่เปิดบริการ stroke fast track และให้ยา rtpa ได้ สามารถดำเนินการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง stroke nurse 5 วันได้ ก็จะเป็นการเพิ่มโอกาสให้พยาบาลในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลข้างเคียง ตลอดจนพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมอบรมได้ การจัดอบรมนั้น

ควรแบ่งออกเป็นสัปดาห์ละ 1 วัน ต่อเนื่องกัน 5 สัปดาห์ จะทำให้พยาบาลสามารถเข้าร่วมอบรมได้มากกว่าการอบรมต่อเนื่อง 5 วันในสัปดาห์เดียว เนื่องจากการเข้าร่วมฝึกอบรม 5 วันต่อเนื่องจะทำให้ขาดคนทำงาน ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลนั้นประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรอยู่แล้ว

สำหรับพยาบาล case manager นั้นถ้าสามารถเข้าร่วมอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง 4 เดือน หรือหลักสูตรการบริหารงานโรคหลอดเลือดสมองได้ ก็จะทำให้สามารถจัดการด้านการบริหารจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี ถ้าโรงพยาบาลไหนมีพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางจำนวนมาก และมีพยาบาลผู้รับผิดชอบ case manager ที่ผ่านการฝึกอบรม ก็ส่งเสริมให้การบริการของโรงพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพสูงขึ้นอย่างแน่นอน

2. **นโยบายของโรงพยาบาล** ถึงแม้ว่าทุกโรงพยาบาลในประเทศไทยจะมีการให้บริการ stroke fast track เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม แต่การผลักดันหรือสนับสนุนระบบบริการ stroke fast track ในแต่ละโรงพยาบาลนั้นก็แตกต่างกัน เพราะในแต่ละโรงพยาบาลก็มีปัญหาสุขภาพที่ต้องให้การแก้ไขแตกต่างกัน ถึงแม้ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นปัญหาหลักของประเทศ จากการถูกกำหนดให้มี service plan stroke ตั้งแต่ปี 2557 ที่ผ่านมา ดังจะเห็นได้จากบางโรงพยาบาลจังหวัดไม่มี stroke unit เพราะด้วยเหตุผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ความพร้อมในการแก้ไขแต่ละปัญหาที่แตกต่างกัน และการผลักดัน สนับสนุนของผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

ทุกโรงพยาบาลจังหวัดควรมี stroke unit เพราะจะเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลดีต่อผลการรักษาผู้ป่วยด้วย ตลอดจนการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการให้ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านคุณภาพของระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง เช่น standard stroke certified center : SSCC, disease specific certification : DSC, provincial health care network certification : PNC ตลอดจนการเข้าร่วม

ประเมินของโครงการนานาชาติ เช่น Angels awards ของ World Stroke Organization : WSO

**3. นโยบายของเขตสุขภาพ** การกำกับติดตาม การสนับสนุนของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ในการพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น การตรวจประเมิน และติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญนั้น ผมมองว่าไม่ใช่อยู่ที่ว่า แต่ละจังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมินในแต่ละตัวชี้วัด หรือไม่ สิ่งสำคัญ คือ การพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น เป้าหมาย คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track และการรักษาในช่วง intermediate care ด้วย เพื่อลดอัตราการพิการ และการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าแนวโน้มการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง stroke fast track และได้รับยา rtpa นั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแต่ละเขตสุขภาพยังมีความแตกต่างกันดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ร้อยละการรักษาด้วยยา rtpa ในผู้ป่วย cerebral infarction ของ 13 เขตสุขภาพ ปี 2560-2564 (พฤษภาคม 2564)

การรักษาด้วยยา rtpa ผู้ป่วย cerebral infarction รายเขตสุขภาพ	2560	2561	2562	2563	2564
เขต 1 เชียงใหม่	7.65	7.95	8.66	8.5	8.42
เขต 2 พิษณุโลก	7.31	9.06	10.22	10.68	9.93
เขต 3 นครสวรรค์	4.78	7.61	9.05	8.8	6.8
เขต 4 สระบุรี	5	5.36	7.01	6.41	5.8
เขต 5 ราชบุรี	4.87	6.21	7.01	7.47	6.57
เขต 6 ระยอง	4.29	5.04	7.34	6.96	6.55
เขต 7 ขอนแก่น	7.94	8.17	8.08	10.26	9.8
เขต 8 อุตรดิตถ์	5.55	6.75	7.11	6.34	5.39
เขต 9 นครราชสีมา	4.21	4.64	6.02	6.15	5.71
เขต 10 อุบลราชธานี	7.69	7.67	9.22	9.58	9.14
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	4.31	7.19	10.12	10.78	10.76
เขต 12 สงขลา	6.44	5.89	6.55	7.45	8.56
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	6.33	6.8	6.93	7.77	5.69
ประเทศ	5.77	6.59	7.75	8.04	7.4

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขต้องมีแนวทางกำกับติดตาม และสนับสนุนให้ทุกจังหวัดนั้นมี stroke unit ในทุกโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาดูแลด้วยยา rtpa ร่วมกับการสนับสนุน ต่อไปนี้

1. การฝึกอบรม stroke nurse 5 วันในทุกจังหวัดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี

2. การสนับสนุนให้พยาบาลเข้าร่วมการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง 4 เดือน

3. การส่งเสริมให้มีอายุรแพทย์ระบบประสาทในทุกโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลทั่วไป ตลอดจนโรงพยาบาลที่เปิดบริการการรักษาดูแลด้วยยา rtpa

การรักษาผู้ป่วย cerebral infarction ด้วยยา rtpa นั้น ถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการรักษาผู้ป่วย stroke และเป็นการสื่อให้เห็นได้ว่าแต่ละจังหวัดสามารถพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีมากน้อยเพียงไร เพราะจะต้องสร้าง stroke awareness ของประชาชน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และพัฒนาระบบบริการตั้งแต่การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบบริการ stroke fast track ในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเพียงระบบบริการ stroke fast track ยังไม่เพียงพอ เพราะผู้ป่วย stroke นั้นต้องมีการรักษาในระยะ intermediate care และ long term care ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ดังนั้นการรักษาที่ดีนั้น ต้องทำให้มีผู้ป่วยเสียชีวิตที่ลดลงด้วย จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke ก็มีแนวโน้มคงที่ และยังพบว่าในบางเขตสุขภาพนั้นอัตราการเสียชีวิตที่ยังสูง ดังตารางที่ 3 และ 4

**ตารางที่ 3** อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย acute stroke ในโรงพยาบาลของ 13 เขตสุขภาพปี 2560-2564

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย acute stroke ในโรงพยาบาล 2560- พค.2564	2560	2561	2562	2563	2564
เขต 1 เชียงใหม่	8.39	8.36	8.56	8.84	9.59
เขต 2 พิษณุโลก	13.5	13.55	11.62	12.14	13.01
เขต 3 นครสวรรค์	13.67	15.64	14.36	13.70	14.56
เขต 4 สระบุรี	16.00	16.20	15.02	15.35	16.28
เขต 5 ราชบุรี	13.77	13.16	12.41	12.90	12.80
เขต 6 ระยอง	15.51	14.18	14.04	14.22	14.21
เขต 7 ขอนแก่น	5.35	5.10	5.01	4.86	5.17
เขต 8 อุตรดิตถ์	4.85	4.19	4.60	4.56	5.30
เขต 9 นครราชสีมา	9.97	8.95	8.75	9.47	9.37
เขต 10 อุบลราชธานี	6.49	6.75	7.00	7.31	7.66
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	11.36	10.93	10.61	10.27	10.88
เขต 12 สงขลา	8.60	7.16	7.38	7.44	6.59
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	12.57	12.58	11.99	12.02	11.84
ประเทศ	11.02	10.60	10.24	10.34	10.58

#### ตารางที่ 4 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย acute stroke ภายหลังการออกจากโรงพยาบาลไป 30 วัน ของ 13 เขตสุขภาพ ปี 2560-2564

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke ที่ 30 วัน เขตสุขภาพ ปี 2560- พค. 2564	2560	2561	2562	2563	2564
เขต 1 เชียงใหม่	18.09	17.87	17.14	17.42	18.16
เขต 2 พิษณุโลก	19.61	19.35	16.82	17.80	18.27
เขต 3 นครสวรรค์	18.97	20.20	19.13	18.59	19.99
เขต 4 สระบุรี	17.98	18.26	16.48	17.50	17.49
เขต 5 ราชบุรี	16.99	16.13	14.78	15.83	16.31
เขต 6 ระยอง	18.27	16.86	16.11	17.01	16.54
เขต 7 ขอนแก่น	19.72	17.92	16.36	17.05	17.58
เขต 8 อุตรดิตถ์	15.67	14.06	14.19	14.59	15.77
เขต 9 นครราชสีมา	18.08	17.18	16.05	16.89	17.23
เขต 10 อุบลราชธานี	18.22	18.09	16.43	15.96	17.02
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	16.34	15.84	15.25	14.70	14.97
เขต 12 สงขลา	16.75	15.33	14.50	14.00	13.72
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	13.49	13.24	12.93	13.21	13.01
ประเทศ	17.56	16.89	15.84	16.21	16.63

ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke ที่ 30 วัน สูงกว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 6 บ่งชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะ intermediate care น่าจะมีปัญหา เพราะเกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 30 ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้แก่ aspiration pneumonia, urinary tract infection หรือ pressure sore ดังนั้นการพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย discharge planning และการติดตามให้คำปรึกษา และเยี่ยมบ้านช่วงแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาลนั้นมีความสำคัญอย่างมาก การมีทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยปฐมภูมิมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในเนื้อสมอง intracerebral hemorrhage นั้นเป็นสิ่งที่ทีมต้องให้ความสนใจตระหนักมากขึ้น เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตนั้นสูงมาก และไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงด้วย ดังตารางที่ 5 ซึ่งจะพบว่าอัตราการเสียชีวิตนั้นสูงประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยนั้นเสียชีวิต โดยอาจเกิดจากธรรมชาติของโรคที่มี

อันตรายสูงมาก หรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจสูงกว่าผู้ป่วย cerebral infarction มาก อาจเกิดภาวะ hospital acquired pneumonia ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย stroke unit อาจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วย intracerebral hemorrhage นั้นมักจะไม่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย stroke unit เนื่องจากที่ผ่านมามหาวิทยาลัย stroke unit จะรับดูแลเฉพาะผู้ป่วย cerebral infarction เป็นหลัก และยังมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย ดังนั้นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง คือ การเพิ่มหอผู้ป่วย stroke unit สำหรับผู้ป่วย intracerebral hemorrhage โดยการขยายหอผู้ป่วย stroke unit ให้ดูแลทั้งผู้ป่วย cerebral infarction ร่วมกับ intracerebral hemorrhage หรือจะแยกหอผู้ป่วย stroke unit เป็น 2 ส่วน คือ เฉพาะผู้ป่วย cerebral infarction และเฉพาะผู้ป่วย intracerebral hemorrhage

#### ตารางที่ 5 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ของ 13 เขตสุขภาพ ปี 2560-2564

อัตราการเสียชีวิต ICH ในโรงพยาบาลปี 2560-พค.2564	2560	2561	2562	2563	2564
เขต 1 เชียงใหม่	18.16	18.62	19.25	20.87	21.28
เขต 2 พิษณุโลก	29.01	28.31	27.67	28.36	29.31
เขต 3 นครสวรรค์	32.25	36.83	34.56	32.84	33.92
เขต 4 สระบุรี	36.87	37.28	36.58	36.91	39.14
เขต 5 ราชบุรี	30.74	30.5	31.54	31.54	30.45
เขต 6 ระยอง	35.57	35.63	34.45	34.48	34.12
เขต 7 ขอนแก่น	15.40	13.96	15.24	14.72	13.01
เขต 8 อุตรดิตถ์	14.70	13.59	14.21	13.93	16.02
เขต 9 นครราชสีมา	26.67	25.17	25.23	25.30	24.21
เขต 10 อุบลราชธานี	16.86	18.09	19.47	20.76	20.58
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	29.65	29.13	28.99	28.17	29.79
เขต 12 สงขลา	21.68	19.25	21.04	20.35	17.14
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	26.42	28.32	26.64	25.98	26.10
ประเทศ	26.88	26.83	26.82	26.65	26.45

การประเมินคุณภาพการรักษาด้วยยา rtpa ด้วยการดูแลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย cerebral infarction ที่ได้รักษาด้วยยา rtpa ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย cerebral infarction ด้วยยา rtpa ของ 13 เขตสุขภาพปี 2560-2564

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่รักษาด้วย rtpa ปี 2560-พค.2564					
	2560	2561	2562	2563	2564
เขต 1 เชียงใหม่	4.96	5.51	5.39	7.23	7.47
เขต 2 พิษณุโลก	6.53	7.74	5.62	7.42	8.46
เขต 3 นครสวรรค์	8.74	9.86	9.35	8.23	11.45
เขต 4 สระบุรี	6.39	7.29	9.03	7.43	11.53
เขต 5 ราชบุรี	7.12	10.94	6.74	10.15	8.54
เขต 6 ระยอง	11.76	6.61	7.65	9.94	7.18
เขต 7 ขอนแก่น	2.46	3.65	2.59	2.70	1.94
เขต 8 อุดรธานี	2.57	1.47	3.16	3.83	4.73
เขต 9 นครราชสีมา	6.99	7.25	5.91	7.01	6.90
เขต 10 อุบลราชธานี	2.84	3.69	3.12	4.63	5.15
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	8.96	6.18	6.37	9.16	8.84
เขต 12 สงขลา	9.30	5.88	6.62	6.53	8.17
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	6.49	8.54	6.07	8.23	6.51
ประเทศ	6.24	6.38	5.94	7.07	7.26

ซึ่งอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 6-7 ยังต่ำกว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย cerebral infarction ที่ 30 วัน หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังตารางที่ 7

และเมื่อนำผลการดำเนินงานของ 13 เขตสุขภาพในปี 2564 มาจัดลำดับ โดยเขตสุขภาพที่มีผลงานดีลำดับที่ 1 ก็ได้ 1 คะแนน โดยนำค่าคะแนนของ 6 ตัวชี้วัดมารวมกันได้แก่ อัตราการได้รับยา rtpa, อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยได้รับยา rtpa, อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย cerebral infarction

ในโรงพยาบาล และที่ 30 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย intracerebral hemorrhage, อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย stroke ในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่มีค่าคะแนนต่ำสุด หมายถึงผลงานโดยรวมของเขตสุขภาพนั้นดีเป็นลำดับที่ 1 ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 7** อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย cerebral infarction ที่ 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของ 13 เขตสุขภาพ ปี 2560-2564

อัตราการเสียชีวิตที่ 30 วัน หลังการจำหน่ายผู้ป่วย cerebral infarction ปี 2560-พค.2564					
	2560	2561	2562	2563	2564
เขต 1 เชียงใหม่	10.55	10.62	10.96	10.55	11.18
เขต 2 พิษณุโลก	11.26	10.9	8.74	9.52	9.63
เขต 3 นครสวรรค์	10.82	10.93	11.47	11.15	10.95
เขต 4 สระบุรี	9.69	9.96	8.75	9.33	8.98
เขต 5 ราชบุรี	9.52	9.11	7.35	8.35	8.34
เขต 6 ระยอง	9.74	8.93	8.85	9.24	8.71
เขต 7 ขอนแก่น	12.78	11.1	9.67	10.26	10.22
เขต 8 อุดรธานี	9.01	8.18	8.58	8.64	8.18
เขต 9 นครราชสีมา	9.85	9.2	8.49	9.67	8.79
เขต 10 อุบลราชธานี	10.6	10.35	8.61	9.16	9.21
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	9.04	9.15	9	8.93	8
เขต 12 สงขลา	9.41	8.84	8.48	7.87	8.37
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	8.05	7.05	7.82	8.07	7.93
ประเทศ	9.96	9.45	8.9	9.25	9.03

**ตารางที่ 8** ผลการดำเนินงานโดยรวม 6 ตัวชี้วัดของ 13 เขตสุขภาพ ปี 2564

ผลการดำเนินงานภาพรวมใน 6 ตัวชี้วัดของระบบบริการ ปีงบประมาณ 2564								
เขตสุขภาพ	rtpa -dead	% rtpa	CI-dead in-hosp	CI-dead 30 days	ICH-dead in hos	stroke-dead	total	ranking
เขต 1 เชียงใหม่	7	6	6	13	5	6	43	8
เขต 2 พิษณุโลก	9	2	8	10	8	10	47	9
เขต 3 นครสวรรค์	12	7	12	12	11	12	66	12
เขต 4 สระบุรี	13	10	13	8	13	13	70	13
เขต 5 ราชบุรี	10	8	9	4	10	9	50	10
เขต 6 ระยอง	6	9	11	6	12	11	55	11
เขต 7 ขอนแก่น	1	3	2	11	1	1	19	1
เขต 8 อุดรธานี	2	13	1	3	2	2	23	2
เขต 9 นครราชสีมา	5	11	5	7	6	5	39	6
เขต 10 อุบลราชธานี	3	4	3	9	4	4	27	3
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	11	1	7	2	9	7	37	5
เขต 12 สงขลา	8	5	4	5	3	3	28	4
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	4	12	10	1	7	8	42	7

ผลการดำเนินงานโดยรวมและลำดับผลการดำเนินงานของแต่ละเขตสุขภาพในแต่ละตัวชี้วัด และภาพรวมจะบ่งชี้ถึงโอกาสพัฒนาของแต่ละตัวชี้วัดในแต่ละเขตสุขภาพ ซึ่งจะพบว่าเขตสุขภาพที่ 3,4,5 และ 6 นั้นมีหลายตัวชี้วัดที่ต้องพัฒนา รวมทั้งภาพรวมในการพัฒนาทั้งระบบ ดังนั้นเราจะมาศึกษาในรายละเอียดของเขตบริการสุขภาพที่ 3-6 ดังนี้

### ประเด็นที่มีโอกาสพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง

#### เขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่

1. ผู้ป่วย acute stroke รายใหม่ต่อแสนประชากร สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทองมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ของประเทศ และพบว่าอัตราส่วนผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ต่อ ผู้ป่วย cerebral infarction นั้นสูงมาก คือ ร้อยละ 45 : 55 ดังนั้นต้องเน้นการแก้ไขปัญหากลุ่มโรค NCD (non-communicable disease) ให้ลดลง หรือควบคุมให้บรรลุเป้าหมายการรักษา

2. การจัดตั้ง stroke unit และผ่านการประเมินของสถาบันประสาทวิทยา มีไม่ครบทุกจังหวัด และยังไม่มีจังหวัดที่ผ่านการประเมิน SSCC

3. จำนวนพยาบาล stroke มีไม่มาก ควรเพิ่มจำนวนพยาบาล stroke โดยการจัดกิจกรรมการฝึกอบรม stroke nurse เอง เพราะที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีอายุรแพทย์ระบบประสาท และประสาทแพทย์เฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

4. เพิ่มจำนวนเตียงของ stroke unit เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น จะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง

5. ศึกษารายกรณีผู้ป่วย stroke ที่เสียชีวิต เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงในทุกกลุ่ม

6. จัดกิจกรรม stroke quality round อย่างสม่ำเสมอ เพื่อการแก้ไขปัญหาในระบบบริการทุกภาคส่วน และเป็นการ update ความรู้ในองค์กรร่วมต่อทีมสหวิชาชีพในระบบบริการทั้งหมด

#### เขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่

1. การเพิ่มจำนวนเตียงใน stroke unit ให้เพียงพอ กับจำนวนผู้ป่วย stroke ที่มีจำนวนมาก

2. การเพิ่มจำนวน stroke nurse ให้มากยิ่งขึ้น

3. ศึกษารายกรณีผู้ป่วย stroke ที่เสียชีวิต เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงในทุกกลุ่ม

4. การสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลประเมิน SSCC ของสถาบันประสาทวิทยา

5. การประสานความร่วมมือในทุกด้านกับโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ทั้ง 2 สถาบัน คือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มศว.

#### เขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่

1. ศึกษารายกรณีผู้ป่วย stroke ที่เสียชีวิต เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงในเกือบทุกกลุ่ม

2. เพิ่มจำนวนพยาบาล stroke nurse ในทุกจังหวัด และสนับสนุนให้มีอายุรแพทย์ระบบประสาททุกจังหวัด

3. การดูแลในระยะ intermediate care

4. ประสานความร่วมมือในทุกด้านกับโรงพยาบาล สังกัดโรงเรียนแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช

#### เขตสุขภาพที่ 6

1. การประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาล สังกัดโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชน

2. ศึกษารายกรณีผู้ป่วย stroke ที่เสียชีวิต เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงในทุกกลุ่ม

3. การส่งเสริม ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4. การสร้าง stroke awareness, stroke alert ในการเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track

สิ่งที่ผมสังเกตได้จากความพร้อมพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนโรงพยาบาลที่มีเครื่อง CT scan อายุรแพทย์ระบบประสาทศัลยแพทย์ระบบประสาท stroke unit จะพบว่าเขตสุขภาพที่ 5 และ 6 นั้นมีความพร้อมในส่วนดังกล่าวมากกว่าเขตสุขภาพอื่นๆ ถ้าไม่นับเขตสุขภาพที่ 13 ถ้าทั้ง 2 เขตสุขภาพนี้มีเป้าหมายในการพัฒนาที่ชัดเจน และร่วมมือกันอย่างเหนียวแน่น ภายใต้อาณัติความร่วมมือกับ

โรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ น่าจะทำให้การพัฒนาเป็นไปได้ด้วยดี

จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยในภาพรวมขณะนี้ สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยรายใหม่ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นต้องเน้น การส่งเสริม ป้องกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. การสนับสนุนให้มีอายุรแพทย์ระบบประสาทในจังหวัดที่ยังไม่มี ซึ่งปัจจุบันมีเหลือไม่ถึง 10 จังหวัดที่ไม่มีอายุรแพทย์ระบบประสาท

3. การสนับสนุนให้โรงพยาบาลขนาด M1, S และ A มี stroke unit ที่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย stroke ทั้ง cerebral infarction และ intracerebral hemorrhage

4. การสนับสนุนการฝึกอบรม stroke nurse ทั้งระยะ 5 วัน และ 4 เดือน ควรมี course online ร่วมด้วย

5. การประสานความร่วมมือกับโรงเรียนแพทย์ให้แต่ละเขตสุขภาพมีโรงพยาบาลของคณะแพทย์เป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยงทั้งในด้านการฝึกอบรม และการบริหารร่วมกัน เช่น thrombectomy

6. การจัดกิจกรรม stroke quality round ในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

7. การสร้าง stroke awareness, stroke alert อย่างต่อเนื่อง

8. การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยในระยะ intermediate care และ long term care

การวิเคราะห์สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความเห็นในมุมมองส่วนตัวที่ทำงานในการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2551 ถึงปัจจุบัน ไม่ได้มีความต้องการจัดลำดับผลงานของแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อการแข่งขันหรือประกวดใดๆ เป้าหมายเพียงเพื่อต้องการชี้ช่องทางให้เห็นโอกาสการพัฒนา ระบบบริการภายใต้การบริหารงานแบบ service plan ของกระทรวงสาธารณสุข