

รายงานการศึกษา

การประเมินสมรรถนะระบบหลักประกันสุขภาพในการให้บริการ
ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด จากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน :
กรณีศึกษาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ธันวาคม 2556



รายงานการศึกษา

การประเมินสมรรถนะระบบหลักประกันสุขภาพในการให้บริการ

ผู้ป่วยโรคสองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน :

กรณีศึกษาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ทีมวิจัย

ดร.สิรินาฏ นิภาพร¹

น.ส.จิราลักษณ์ นนทาร์ักษ์¹

ผศ.นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา²

น.ส.ปิยะฉัตร สมทรง¹

¹ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

² โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติคณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ธันวาคม 2556

สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	4
บทที่ 1 บทนำ	6
1. ความสำคัญของปัญหา	6
2. วัตถุประสงค์	7
3. กรอบการศึกษา	8
4. ระเบียบวิธีวิจัย	9
5. พื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง	11
6. คำจำกัดความ	13
7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
1. โรคหลอดเลือดสมอง	14
1.1 สาเหตุและอาการของโรค	14
1.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการนำและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	15
2. ระบบบริการ Stroke fast track	16
2.1 มาตรฐานสากลของ stroke fast track	17
2.2 คุณภาพการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	18
2.3 ระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลและชุมชน	18
3. สิทธิประโยชน์การให้บริการโรคหลอดเลือดสมองของ 3 กองทุน	19
บทที่ 3 ผลการศึกษา	21
1. การจัดระบบบริการผู้ป่วยหลอดเลือดในสมอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	21
1.1 หอผู้ป่วยอายุรกรรม ธท1 (Stroke Unit)	21
1.2 การจัดบริการ Stroke fast tract	22
1.3 แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วย Ischemic stroke	27

2. กลไกและรูปแบบการได้รับค่าชดเชยกรณีโรคหลอดเลือดสมอง	30
3. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ.....	32
3.1 การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใต้ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ	32
3.2 การให้สารละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	36
3.3 การตรวจหาความผิดปกติของสมองด้วยคอมพิวเตอร์	39
3.4 คุณภาพบริการ.....	41
3.5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และภาระค่าใช้จ่าย	43
4. การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลหลัก	50
5. การเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ยาละลายหลอดเลือด	53
6. ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย	54
บทที่ 4 สรุปผลและข้อเสนอแนะ.....	56
1. การให้บริการทางการแพทย์กรณีโรคหลอดเลือดสมองของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ	56
2. ปัญหาและอุปสรรคต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	57
3. ข้อเสนอแนะ.....	58
กรณีศึกษา	59
กรณีศึกษาที่ 1	59
กรณีศึกษาที่ 2	61
กรณีศึกษาที่ 3	62
กรณีศึกษาที่ 4	63
กรณีศึกษาที่ 5	64
กรณีศึกษาที่ 6	65
เอกสารอ้างอิง.....	66

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 3 ในปี 2550 และก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability ADJUSTED Life Year: DALYs) ที่สำคัญ และมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหารอดชีวิต ส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ทั้งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่

ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพหลัก 3 ระบบ ได้แก่ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแต่ละระบบมีการออกแบบระบบที่ต่างกันการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยภายใต้หลักประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยมีสิทธิ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็เช่นกัน สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละระบบมีความแตกต่างกันไป ดังนั้นจึงมีข้อสงสัยว่าการจัดและให้บริการที่ผู้ป่วยได้รับภายใต้สิทธิประโยชน์ที่ต่างกันของระบบหลักประกันสุขภาพหลัก จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยหรือไม่

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีศูนย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมองที่มีระบบ stroke fast track ที่มีประสิทธิภาพสูง และเป็นศูนย์กลางรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่บริเวณปริมณฑลกรุงเทพฯ ส่วนเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติระหว่างเดือนสิงหาคม 2555 – มกราคม 2556

ผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นว่า ในระยะเฉียบพลัน (acute) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทุกสิทธิ จะได้รับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ ไม่พบความเหลื่อมล้ำในการให้บริการหรือเลือกปฏิบัติที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแพทย์มองว่าเป็นจริยธรรมทางการแพทย์ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู (Chronic) แพทย์จะเลือกวิธีในการดูแลรักษา โดยมีการพิจารณาสิทธิของผู้ป่วย เช่น การให้ยาลดความดันโลหิต การตรวจวินิจฉัยพิเศษ เพื่อหาสาเหตุ การเกิดโรค เป็นต้น

การไม่มาพบแพทย์ตามนัดนั้น ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA และไม่ได้
รับยา rt-PA เกิดจากพยาธิสภาพทางร่างกายทำให้ไม่สะดวกต่อการมาพบแพทย์ ผู้ดูแลไม่สามารถพามา
รับบริการได้ การที่ต้องมีหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลหลัก ที่อยู่อาศัยอยู่ห่างจากโรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับมารับ
กายภาพบำบัดที่สถานพยาบาลหากครอบครัวหรือผู้ดูแลเอาใจใส่ดูแล ผู้ป่วยสามารถที่จะฟื้นฟูกลับมาสู่
สภาพเดิมได้

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี ค.ศ. 2006 โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 43.6 รายต่อแสนประชากร เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับสาม¹ และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในระยะยาว โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจะมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลือหลังจากรักษาไปแล้ว 6 เดือน² ในประเทศไทย พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเช่นเดียวกัน จากการศึกษา Thai Epidemiologic Stroke (TES) ระหว่าง พ.ศ. 2547 - 2549 พบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 1.88 หรือ 1,880 รายต่อแสนประชากรที่อายุ 45 ถึง 80 ปี³ และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 24.3 ต่อแสนประชากรในปี 2550⁴ ทั้งยังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability ADJUSTED Life Year: DALYs) ที่สำคัญของคนไทย ที่มีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทุกปี โดยอัตราป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากอัตรา 216.6 ต่อประชากรแสนคนในปี 2551 เป็นอัตรา 307.9 ต่อประชากรแสนคนในปี 2553 รวมถึงอัตราตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้น⁵ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้หากรอดชีวิต ส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ทั้งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

ในประเทศไทย ระบบบริการสุขภาพจะอยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพ 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ (1) ระบบประกันสังคม (2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแต่ละระบบมีวิวัฒนาการมาจากแนวคิดที่แตกต่างกัน มีการออกแบบระบบที่ต่างกันไปในหลายลักษณะ เช่น แหล่งที่มาของเงิน ระบบการจ่ายเงิน ผู้ให้บริการ และสิทธิประโยชน์ ทั้งนี้การจัดบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยภายใต้หลักประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับสิทธิคุ้มครอง ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันก็เช่นกัน สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละระบบมีความแตกต่างกันไป

ในปี พ.ศ.2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ดูแลผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนให้มีการบริหารจัดการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีการจัดทำมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วย (Clinical practice guideline) รวมทั้งโปรแกรมในการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีการจัดสรรงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วย ด้วยการจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มจากระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ปกติ สนับสนุนค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่า

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan Brain) ตลอดจนถึงการถ่ายภาพบำบัดในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ รวมทั้งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง โดยตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไปผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะได้รับการสนับสนุนเรื่องค่ายาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) และค่าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan Brain) รายละเอียด 60,600 บาท⁸

สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม ไม่มีการบริหารจัดการโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะโรค ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกรณีผู้ป่วยในด้วยระบบ DRGs มีการจ่ายเพิ่มกรณีตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี เช่น การตรวจ CT Scan Brain และการถ่ายภาพบำบัดในโรงพยาบาล สำหรับระบบประกันสังคมการรักษาถูกรวมไว้ค่าเหมาจ่ายรายหัว กรณีมีความจำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยพิเศษ เช่น การตรวจ CT Scan Brain เบิกจ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนด

การได้รับบริการดูแลรักษาทางการแพทย์ในระยะเฉียบพลัน (Acute medical care) อย่างทั่วถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพความสามารถของผู้ป่วยเมื่อพ้นภาวะวิกฤต การดูแลต่อเนื่องระยะยาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อรักษาระดับความสามารถ และเฝ้าระวังภาวะโรคร่วม (Co-morbid condition) ล้วนส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงทำให้เกิดคำถามว่าการจัดและให้บริการที่ผู้ป่วยได้รับภายใต้สิทธิประโยชน์ที่ต่างกันของระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบ ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยหรือไม่

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความแตกต่างของการให้และการจัดบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทั้ง 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเน้นศึกษาถึงผลลัพธ์และการได้รับและการเข้าถึงบริการ ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการที่สมควรได้รับ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ และข้อเสนอแนะเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบต่อไป

วัตถุประสงค์ย่อย

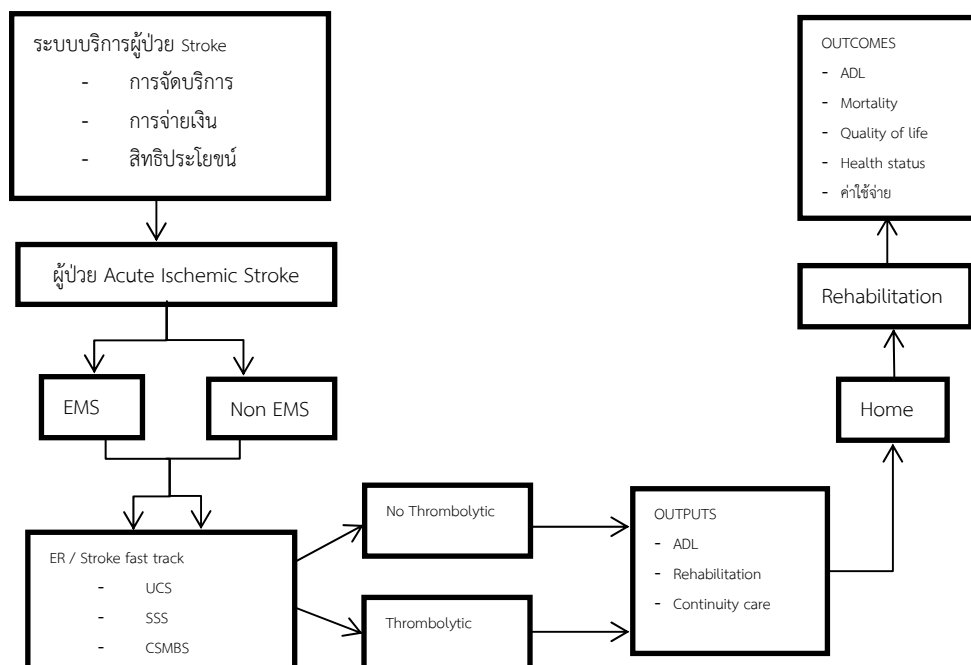
1. เพื่อประเมินการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินด้านโรคหลอดเลือดในสมองของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ
2. เพื่อประเมินการเข้าถึงสารละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระหว่าง 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ

3. เพื่อประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ

3. กรอบการศึกษา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดประเมินสมรรถนะระบบหลักประกันสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด

จากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน



การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินการเข้าถึงบริการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับ ตั้งแต่เริ่มอาการจนถึงได้รับการจำเพาะสำหรับโรค จนถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์ Stroke fast tract การส่งต่อผู้ป่วยและการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลา 6 เดือน ติดตามทุกช่วงเวลา 3 เดือน เพื่อประเมินสมรรถภาพทางกายโดยใช้มาตรวัด ADL (Activity of Daily Living) และประเมินระดับการพึ่งพา โดยใช้ The Modified Rankin Scale รวมทั้งศึกษาการได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน การได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการจำเป็นที่ควรได้รับ โดยเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน

4. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective) ศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดย

4.1 การศึกษาเชิงปริมาณ

4.1.1 เพื่อทราบอัตราการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยการใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

- ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รหัสการวินิจฉัยหลัก ICD-10 คือ I63 เฉพาะ Ischemic stroke ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 ถึง 31 มกราคม 2556 โดยใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีศูนย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมองและมีระบบ stroke fast track ที่มีประสิทธิภาพสูง
- ข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งระบุวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 ถึง 31 มกราคม 2556

4.1.2 เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการและการดูแลผู้ป่วย โดยทำการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2555 ถึงมกราคม 2556 เพื่อประเมินคุณภาพตามแนวเวชปฏิบัติ (CPG)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จะทำการวิเคราะห์ภายใต้กรอบการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 กรอบวิเคราะห์คุณภาพและผลลัพธ์บริการเกี่ยวกับโรค Ischemic stroke

การประเมินคุณภาพบริการในขณะรับการรักษา	
ตัวชี้วัดด้านการบริการ	แหล่งข้อมูล
● จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ● อัตราการนอนโรงพยาบาล ต่อ 100,000 ประชากร ● อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ● ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล	ข้อมูลฐานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์บริการ	แหล่งข้อมูล
● คุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยการประเมินจากการทบทวนเวชระเบียน เช่น การประเมินภาวะกลืนลำบาก, การบันทึกคะแนน Modified Rankin Scale, การได้รับยา rt3-PA , การป้องกันการหกล้ม การป้องกันแผลกดทับ การกายภาพบำบัด การประเมินระดับไขมันในเลือด	ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

การประเมินคุณภาพบริการหลัง Discharge 3 และ 6 เดือน	
ตัวชี้วัดด้านการเข้ารับบริการฟื้นฟูหลังจาก Discharge	แหล่งข้อมูล
- จำนวนครั้งที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังจาก discharge ใน 3 และ 6 เดือน - อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน	ฐานข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	แหล่งข้อมูล
- อัตราผู้ป่วยตายในโรงพยาบาล และภายใน 30 วัน - อัตราการรอดชีพ - การวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยการทำทบทวนเวชระเบียนแบบไปข้างหน้า - Distribution of cases by Modified Rankin scale	- ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ - สัมภาษณ์และประเมินผู้ป่วยที่มาทำการ follow up ในแผนกผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 2 แนวทางการเก็บข้อมูลเวชระเบียน

ตัวแปร	ลักษณะข้อมูล
ภูมิสำเนา	นอกและในเขตเทศบาล
ปัจจัยเสี่ยง (risk factor)	การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์
ประวัติโรคประจำตัว Comorbidity	เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น
ประวัติการได้รับยา	ยาลดความดันโลหิต, ไขมัน เป็นต้น
วิธีมาโรงพยาบาล	- โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ผ่าน 1669 ,รพพยาบาล,มูลนิธิ เป็นต้น - ไม่ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Non EMS) เช่น ญาตินำส่ง
การได้รับยา rt-PA ในโรคหลอดเลือดสมองตีบ Onset to needle time Door to needle time Door to CT time	ได้รับยา หรือ ไม่ได้รับยา
Functional outcome before discharge	Modified Rankin Scale
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับในโรงพยาบาลที่รักษา	จำนวนครั้งในโรงพยาบาล (during at admission, after discharge)
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่รักษา	จำนวนครั้งที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่รักษา
Functional outcome before discharge from rehab course e.g. 6 months	Modified Rankin Scale

4.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

4.2.1 สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ/ทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย หรือโรงพยาบาลหลักของผู้ป่วย ในประเด็นการจัดบริการรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วย Stroke fast tract

4.2.2 สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ป่วย/ญาติ ที่ไม่มาตรวจตามนัด (loss follow up) ในประเด็นปัจจัยที่ทำให้ไม่มารับการตรวจตามนัด

4.2.3 สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ป่วย / ญาติ ที่ไปรับการตรวจที่สถานพยาบาลหลัก ในประเด็นการจัดบริการที่ได้รับ คุณภาพบริการและปัญหาที่ได้รับ

5. พื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

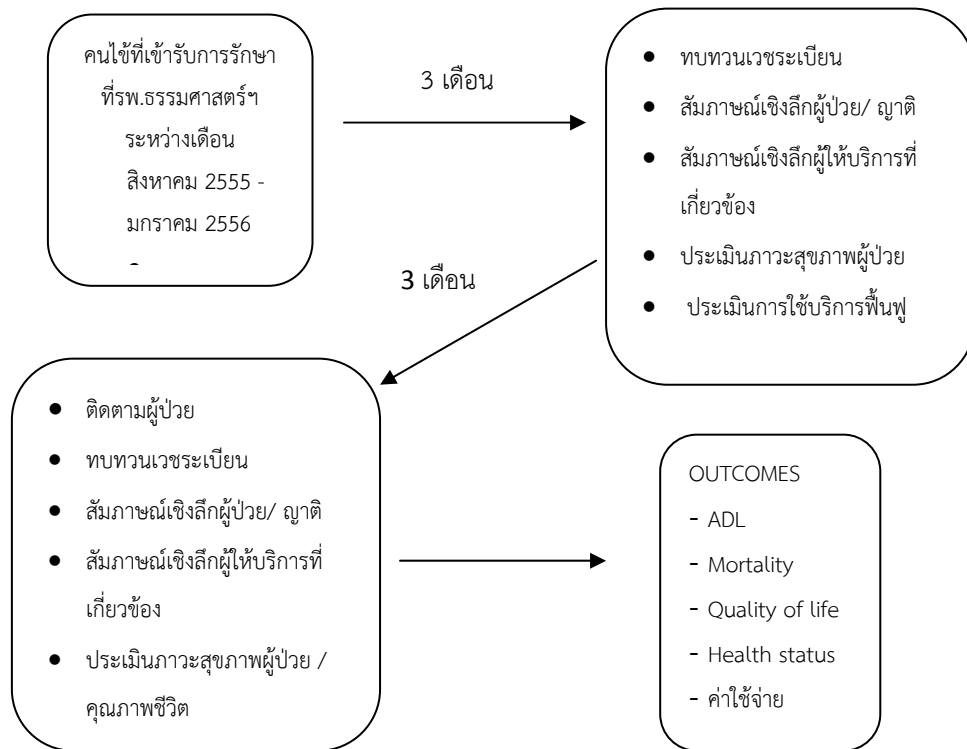
ทำการศึกษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีศูนย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมองที่มีระบบ stroke fast track ที่มีประสิทธิภาพสูง และเป็นศูนย์กลางรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่บริเวณปริมณฑลกรุงเทพฯ ส่วนเหนือ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2555 – มกราคม 2556 ทำการเก็บข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
1. ผู้ป่วย Acute Stroke (ICD10 I63) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงมกราคม 2556	1. ผู้ป่วย Stroke รายเก่าที่ได้รับรักษามาก่อน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาระยะยาว (Long term care)
2. ผู้ป่วย Acute Stroke (ICD10 I63) ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดใกล้เคียงที่อยู่เป็นลูกข่าย stroke fast tract ของ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	
3. ผู้ป่วย Acute Stroke (ICD10 I63) ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามในใบยินยอม inform consent	
4. ผู้ป่วย Acute Stroke (ICD10 I63) ที่มีอาการคงที่ขณะจำหน่าย และสามารถติดตาม ประเมินภาวะสุขภาพได้ตลอดช่วงการศึกษา โดยติดตามติดต่อกันประมาณ 3 ถึง 6 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง/คน	

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วยและกรอบระยะเวลาการเก็บข้อมูล



การเก็บข้อมูลหลังจากการจำหน่าย

1. ทำการเก็บข้อมูลเวชระเบียนคนไข้ที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึงมกราคม 2556
2. สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่มา follow up ยังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรวจตามนัดที่บ้าน โดยทำการโทรศัพท์นัดล่วงหน้า
3. ทำการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย และคุณภาพชีวิต
4. เก็บข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการการฟื้นฟู และการใช้บริการฯ
5. สัมภาษณ์ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อหรือโรงพยาบาลหลักของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ต่างๆ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล	วัตถุประสงค์
1. แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน	เพื่อศึกษาคุณภาพการรักษาและดูแลผู้ป่วย และประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล
2. แบบประเมินสภาวะสุขภาพ ADL ด้วย Modified Rankin Scale	เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านภาวะการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล	วัตถุประสงค์
3. แบบประเมินการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล	เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการฟื้นฟูภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังจากได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	เพื่อประเมินความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือในส่วนของผู้ให้บริการ, ทั้งในในระยะ acute attack and rehab period, ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในด้านการดูแลตนเอง และการป้องกันการเกิดซ้ำของโรค
5. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วย	
6. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้ดูแลหลักผู้ป่วย	

6. คำจำกัดความ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัสวินิจฉัยหลัก คือ I63
2. Emergency Medical Service (EMS) หมายถึง การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการใช้อำนาจฉุกเฉิน 1669

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่แสดงถึงการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบสามกองทุน ที่สามารถเสนอต่อสาธารณชนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
2. ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเสนอต่อรัฐบาลในการผสมผสานความเชื่อมโยงในการจัดบริการสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพไทย 3 ระบบ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

1. โรคหลอดเลือดสมอง

1.1 สาเหตุและอาการของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) คือ เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือมีเลือดออกในโพรงกระโหลกศีรษะ ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย หรือตายลงในที่สุด ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน อาการของโรคมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางประสาทที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ ซึ่งจำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) เกิดจากหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองมีการอุดตัน หรือมีการไหลเวียนเลือดลดลง ส่งผลให้เนื้อสมองเกิดการขาดเลือด และตาย ที่เรียกว่า Cerebral infraction พบมากถึง 70-80¹ % ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจาก
 - a. ความผิดปกติของตัวหลอดเลือดเอง หรือที่เรียกว่าหลอดเลือดตีบแข็ง (Cerebral thrombosis) เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุราจัด ร่วมกับการเสื่อมของหลอดเลือดตามวัย
 - b. การมีลิ่มเลือดไปอุดตันที่หลอดเลือดในสมอง (Cerebral embolism) ซึ่งเกิดจากลิ่มเลือดเล็กๆ ที่เรียก emboli จากหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ที่ถูกบีบให้ลอยขึ้นไปตามหลอดเลือดสู่สมองผ่าน carotid artery และไปอุดตันหลอดเลือดในสมองในที่สุด เช่น ลิ่มเลือดจากการมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคเส้นหัวใจพิการ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ การใส่ลิ้นหัวใจเทียม กล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ่มเลือดหรือก้อนไขมันจากหลอดเลือดแดงใหญ่ที่บริเวณคอตีบ หรือเกิดจากเส้นเลือดที่เป็นแผล (atherosclerosis)
 - c. Transient ischemic attack (TIA) หรือ mini stroke เป็นภาวะผิดปกติในระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีเนื่องจากการที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองขาดเลือด โดยความผิดปกติที่เกิดในระบบประสาทนี้จะหายเป็นปกติสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง ไม่มีการทำลายของเนื้อสมอง (brain damage) อาจจะมีอาการชาหรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือระดับความรู้ตัวเปลี่ยนแปลงไป
2. ภาวะหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) คือภาวะเลือดออกในหรือรอบๆ เนื้อสมอง เป็นเหตุให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายในที่สุด พบประมาณ 20-30% แต่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าแบบแรก โดยส่วนใหญ่เกิดจาก

- a. Cerebral Hemorrhage ส่วนใหญ่เกิดในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมานาน ทำให้เกิดความผิดปกติที่หลอดเลือดเล็กๆในสมอง เมื่อควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี จะเกิดการแตกของหลอดเลือด ทำให้มีเลือดออกในสมอง
- b. Subarachnoid Hemorrhage เกิดจากการที่เส้นเลือดที่ผิวเยื่อหุ้มสมองแตกและมีเลือดออกในช่องว่างระหว่างสมองกับกระดูก

พยาธิสภาพเหล่านี้จะทำให้สมองส่วนที่เคยรับเลือดมาเลี้ยงขาดเลือดไป เป็นผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดการตายของเซลล์สมอง ทำให้หน้าที่ของสมองส่วนนั้นสูญเสียไป เช่น การพูด การเคลื่อนไหว ความจำ ระดับความรู้สึกตัว โดยอาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors of stroke) ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประการ ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัว และผู้ที่มีโรคประจำตัวบางอย่างอยู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเพิ่มขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ภาวะการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ โรคอ้วน เป็นต้น

1.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการนำและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

อาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ทันทีทันใด 2) แขนขาอ่อนแรง หรือแขนขาชา ซีกใดซีกหนึ่งทันทีทันใด 3) พูดไม่ชัด หรือพูดไม่ออก ฟังไม่เข้าใจ ทันทีทันใด ซึ่งอาการเหล่านี้ คือ อาการนำของโรค ถ้ามีการให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการป้องกัน หรือการสังเกตอาการนำของโรค โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการอย่างทันท่วงที โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่สามารถรักษาและฟื้นฟูให้กลับมาใช้ชีวิตอย่างเดิมได้

การให้ความรู้กับประชาชนในด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรือการรับรู้อาการนำของโรคนั้น จะส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที ภายในระยะเวลาที่กำหนด (golden period) คือ 4 ชั่วโมงครึ่ง¹ โอกาสที่จะเกิดความพิการลดลง โดยการให้โปรแกรมความรู้กับประชาชนต้องคำนึงถึง การประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ถ้าการรักษาได้รวดเร็ว เป็นการลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตลง นอกจากนั้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยในการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับไขมัน ควบคุมน้ำหนัก และงดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ไม่สามารถควบคุมปัจจัยเหล่านี้ได้ จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำในประเทศจีน ระบุว่า การงดสูบบุหรี่ลดความ

¹ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีการปรับใช้ระยะเวลาจาก 4 ชั่วโมงเป็น 4 ชั่วโมงครึ่ง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2552

เสี่ยง (Hazard ratio) จาก 1.71 เป็น 1.39 และการควบคุมความดันโลหิตได้ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำลง และคนที่คุมความดันโลหิตได้ลดความเสี่ยง (Hazard ratio) จาก 3.15 เป็น 1.54 เท่า² สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พบว่า การควบคุมระดับความดัน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศมาเลเซียระบุว่า การได้รับยาควบคุมความดันโลหิตลดการกลับมาเป็นซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)⁴

2. ระบบบริการ Stroke fast track

จากการที่โรคหลอดเลือดในสมองมีอัตราการตายและภาวะทุพพลภาพสูง ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เฉียบพลัน ทำให้มีการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน โดยเฉพาะการให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อหวังผลลดความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ถึงร้อยละ 30⁵ แต่เนื่องจากการให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำนั้น จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันภายใน 4 ชั่วโมงครึ่งหลังเกิดอาการ⁶ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในระยะเฉียบพลัน (Stroke fast track) ที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนและรวดเร็ว เพื่อเพิ่มปริมาณผู้ป่วยให้เข้าถึงและได้รับการรักษาด้วยยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำได้ทันภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งระบบ Stroke fast track นั้น ต้องเริ่มกระบวนการตั้งแต่ช่วงก่อนเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล (pre hospital) กล่าวคือ ประชาชนต้องมีความตระหนักถึงอาการนำของโรคหลอดเลือดสมองและหากมีอาการต้องรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด

ในสหรัฐอเมริกา มีระบบการรักษาผู้ป่วยด้วย Telemedicine หรือ Video conference เพื่อให้คนไข้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ช่วยให้ขั้นตอนการรักษาเร็วขึ้น เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางมีไม่เพียงพอ ดังนั้นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน Stroke สามารถวินิจฉัยอาการ และอ่านผลการ x-ray หรือ CT scan ได้ โดยทำงานร่วมกับแพทย์อายุรศาสตร์และพยาบาลในพื้นที่ การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการนี้มีความคุ้มค่าในการลงทุน (high cost-effectiveness) เป็นการลดการไม่เข้าถึงบริการ โดยลดความไม่เท่าเทียมกันทางพื้นที่ รายได้และสังคม ซึ่ง National Institute of Neurological Disorders and Stroke สหรัฐอเมริกาได้สรุปประสบการณ์การจัดระบบ Stroke fast track ในปี 1997 ไว้ว่า การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาภายใน 180 นาที ควรต้องมีการทำงานร่วมกัน ตั้งแต่การเตรียมบุคคลากร สถานที่ เครื่องมือ การคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมทีมให้มีการตอบสนองต่อการให้การรักษารวดเร็ว ข้อมูลที่ต้องการก่อนการรักษา การทำ CT scan การจ่ายยาจากฝ่ายเภสัชกรรม การรักษา และการติดตาม case โดยเน้นให้มีการจัดกระบวนการให้แต่ละส่วนมีทำงานกันอย่างใกล้ชิด มีการสื่อสารกับอายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและพยาบาล มีการเฝ้าระวังความดันโลหิตและเลือดออกในสมองโดยใช้ Nursing flow chart และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ระยะ Door to needle น้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 นาที

สอดคล้องกับการศึกษาของ Switzer JA (2008) ที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 20-25 ที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมง ดังนั้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและแผนกฉุกเฉินต้องมีการเตรียมพร้อมและมีระบบประเมินผู้ป่วยในการที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว การขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในหลายพื้นที่ ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดต้องเสียเวลาในการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลระดับสูง จึงทำให้มีการพัฒนาระบบ tele-stroke เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา ด้วยการใช้โทรศัพท์ Consult ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ และผลการตรวจ CT scan

ประเทศไทย เริ่มมีการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วย Stroke Fast Track โดยการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2551 จากการที่พบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้น้อย จึงได้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง สนับสนุนให้มีหน่วยบริการและเครือข่ายบริการเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดทุพพลภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง

2.1 มาตรฐานสากลของ stroke fast track

มาตรฐานของ stroke fast track ใช้หลักการดำเนินงานที่เรียกว่า 7 Ds คือ Detection, Dispatch, Delivery, Door, Data, Decision และ Drug ซึ่ง Detection, Dispatch และ Delivery เป็นขั้นตอนที่เกิดก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ส่วน Delivery, Door, Data, Decision และ Drug เป็นขั้นตอนที่เกิดหลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแล้ว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) Detection หมายถึง การที่ประชาชนทั่วไป สามารถบอกถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการ (early recognition) โดยต้องมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับวิธีการสังเกตอาการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ

วิธีการที่นิยม คือ การใช้ Cincinnati Stroke Screening เพื่อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้เป็นโรคหลอดเลือดในสมอง

- ก. ปากเบี้ยว มุมปากด้านใดด้านหนึ่งตก หรือไม่ขยับ สังเกตได้โดยให้ผู้ป่วยยิ้มหรือยิงฟัน
- ข. แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง ให้ผู้ป่วยยกแขนตั้งฉากกับลำตัวนาน 10 วินาที แล้วพบว่า แขนด้านใดด้านหนึ่งตกลง
- ค. ผู้ป่วยพูดไม่ชัด พูดไม่สะดวก ใช้คำผิด คำพูดสับสน หรือไม่สามารถพูดได้

2) Dispatch หมายถึง การไปรับผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุเพื่อนำส่งอย่างรวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐานสากลต้องมีระบบบริการจากภาครัฐรองรับการแจ้งอาการเบื้องต้นจากผู้ป่วยหรือญาติ และ

เมื่อได้รับแจ้งแล้วต้องมีบริการส่งรถฉุกเฉินไปรับผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุ ผู้ที่ไปรับต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค สามารถคัดกรองเบื้องต้นได้ว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิตฉุกเฉิน ให้การดูแลเบื้องต้นบางอย่างได้ รู้จักวิธีการเฝ้าระวังเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยมีอาการแย่ลงหรือมีภาวะฉุกเฉิน และอาจต้องให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นบางอย่าง ข้อห้ามบางประการระหว่างการนำส่ง เช่น ไม่ควรให้ยาลดความดันโลหิต nifedipine อมใต้ลิ้น ถ้าไม่มีข้อจำกัดใดๆ ควรรับนำผู้ป่วยขึ้นรถฉุกเฉินให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

3) Delivery หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสามารถให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำได้ โดยไม่ต้องแวะตามสถานพยาบาลที่ไม่มีศักยภาพฯ ซึ่งต้องมีการวางแผนสร้างสถานพยาบาลที่มีศักยภาพให้เพียงพอครอบคลุมพื้นที่ส่วนต่างๆ ของประเทศ โดยทั่วไปเวลาที่ใช้เดินทางจากจุดเกิดเหตุไปยังสถานพยาบาลนั้นๆ ไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 ชั่วโมง

ในส่วนของ **Door, Data, Decision จนถึง Drug** เป็นส่วนที่ดำเนินการในโรงพยาบาล โดยอาศัยการบริหารจัดการแบบสหวิชาชีพ จำเป็นต้องมีการประสานและกำหนดหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน

2.2 คุณภาพการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คุณภาพการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ มีตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินภาวะกลืนลำบาก การบันทึกคะแนน NIHSS การได้รับยา Thrombolysis การป้องกันภาวะ deep venous thrombosis การได้รับยา antithrombotic ในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาลและเมื่อมีการจำหน่ายออกnearly ambulation การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการลัดตกหกล้ม การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การประเมินความพร้อมของร่างกาย การประเมินระดับออกซิเจน การประเมินวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน แต่คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของโรค การขาดแคลนบุคลากร รวมถึง ความพร้อมของหน่วยบริการโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2.3 ระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลและชุมชน

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน เป็นการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ลดภาวะพึ่งพาผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพจะสามารถทำได้ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทำกายภาพบำบัดภายหลังกลับไปบ้าน โดยจากการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่า

ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เหมือนปกติภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ จนถึง 6 เดือน⁷ นอกจากนั้น การเปรียบเทียบการได้รับการฟื้นฟูในโรงพยาบาล และการได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน ระบุว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน มีคะแนน Barthel index สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการฟื้นฟูในโรงพยาบาล⁸ นอกจากนั้น การเยี่ยมบ้านและการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการทำงานเชิงรุกเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และสามารถให้ความรู้ในอาการนำของโรค และการป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ถึงแม้ว่าโปรแกรมการติดตามและดูแลผู้ป่วยในชุมชนนั้นจะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นในระยะแรก⁹ แต่เมื่อมองในระยะยาว พบว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพมีแนวโน้มลดลง เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Long term care) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะมีโอกาสในการกลับมาเป็นซ้ำลดลง ดังนั้น การสนับสนุนให้มีการบริการการฟื้นฟู ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. สิทธิประโยชน์การให้บริการโรคหลอดเลือดสมองของ 3 กองทุน

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขเกี่ยวกับผู้ได้รับสิทธิและเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริการ การจัดการและกลไกการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในความดูแลของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ระบบประกันสังคมโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบข้อมูลที่สำคัญสรุปได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สิทธิประโยชน์การให้บริการโรคหลอดเลือดสมองของ 3 กองทุน

สิทธิประโยชน์	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
การจัดบริการโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง (Stroke fast track)	ไม่มีการบริหารจัดการเฉพาะ ค่ารักษาเหมารวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว และสนับสนุนดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคด้วยยาละลายลิ่มตามที่กำหนด	มีการบริหารจัดการเฉพาะ และดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคด้วยยาละลายลิ่มเลือดตามที่ สปสช. กำหนด และจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่า CT-Brain หรือค่าทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล (ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด เหมาจ่ายรายละ 60,600 บาท)	ไม่มีการบริหารจัดการเฉพาะ กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสามารถใช้สิทธิได้ตามระเบียบการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลทั่วไป

สิทธิประโยชน์	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ
การบริการรักษาตัว แบบพักฟื้นและบริการ หลังผู้ป่วยกลับบ้าน	ไม่คุ้มครอง	คุ้มครอง การรักษาต่อเนื่องใน ผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน และมีบริการ เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษา หลังออกจากโรงพยาบาล	
การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางด้านการแพทย์หลัง สิ้นสุดการรักษา (นอก โรงพยาบาล)	ไม่คุ้มครอง หมายเหตุ : คุ้มครองเฉพาะการ รักษาภายในโรงพยาบาล	คุ้มครองการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง ด้านการแพทย์ ทั้งในและนอก โรงพยาบาล	
การส่งต่อผู้ป่วย ไปหน่วยบริการที่มี ศักยภาพสูงกว่า	กรณีมีความจำเป็น ต้องรับหรือ ส่งตัวผู้ป่วยไปตรวจวินิจฉัยหรือ รักษาต่อยังสถานพยาบาลอีก แห่งหนึ่ง ซึ่งไม่ใช่สถานพยาบาล ตามบัตรรับรองสิทธิฯ ภายใน ระยะเวลา 72 ชั่วโมง สามารถ เบิกค่าพาหนะตาม อัตรา ดังนี้ 1) ภายในเขตจังหวัดเดียวกัน สำหรับค่ารถพยาบาลหรือเรือ พยาบาลจ่ายตามจำนวนที่จ่าย จริงไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง และ 300 บาทต่อครั้งสำหรับ พาหนะรับจ้างหรือส่วนบุคคล 2) กรณีข้ามเขตจังหวัด จ่ายเพิ่ม จากกรณีภายในเขตจังหวัดเดียว กันอีกตามระยะทางกิโลเมตรละ 6 บาท (ตามระยะทางกรมทาง หลวง)	ผู้มีสิทธิจะได้รับค่าพาหนะรับส่ง ต่อระหว่างหน่วยบริการ สำหรับ การส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นเร่งด่วนที่ จะต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการ ที่มีศักยภาพสูงกว่า ให้จ่ายตาม ราคาเรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคา กลางที่กำหนดใน แต่ละประเภท พาหนะและระยะทาง ดังนี้ 1) ค่าบริการรับส่งต่อทางรถยนต์ เป็นไปตามระยะทาง ถ้าไม่เกิน 50 กิโลเมตร ให้เบิกตามค่าใช้จ่ายจริง ในอัตราไม่เกิน 500 บาท แต่ถ้า มากกว่า 50 กิโลเมตรขึ้นไป ให้ เบิกจ่ายค่าชดเชยครั้งละ 500 บาท และให้ได้รับค่าชดเชยเพิ่มอีก กิโลเมตรละ 4 บาทต่อระยะทาง จากหน่วยบริการต้นทางถึงหน่วย บริการปลายทาง (ตามระยะทาง กรมทางหลวง) 2) ค่าบริการรับส่งต่อทางเรือ เป็นไปตามประเภทเรือ และ ระยะทางอัตราจ่ายไม่เกิน 35,000 บาทต่อครั้ง	

บทที่ 3

ผลการศึกษา

1. การจัดระบบบริการผู้ป่วยหลอดเลือดในสมอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

1.1 หอผู้ป่วยอายุรกรรม ธท1 (Stroke Unit)

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นหอผู้ป่วยศูนย์โรคหลอดเลือดสมองแม่ข่ายระดับตติยภูมิ โดยครอบคลุมพื้นที่เขต 4 สระบุรี จำนวน 39 โรงพยาบาล มีแพทย์ผู้ดูแล คือ อายุรแพทย์ระบบประสาท ทีมพยาบาล จากกลุ่มงานการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การวางแผน ดูแลรักษาร่วมกัน

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เป็น special care unit ด้าน Stroke ประกอบด้วยจำนวนเตียง stroke unit 6 เตียง และอายุรกรรมสามัญ 12 เตียง บุคลากร ประกอบด้วย พยาบาล 12 คน ผู้ช่วยพยาบาล 10 คน พนักงานช่วยการพยาบาล 1 คน รับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจาก เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral infraction, Ischemic stroke) โดยมีเกณฑ์การรับผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี
2. ผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (มีอาการภายใน 72 ชั่วโมง)
3. ผู้ป่วยหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด
4. ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลเครือข่ายโดยผู้ป่วยมาพบแพทย์ภายใน 3 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ
5. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวม

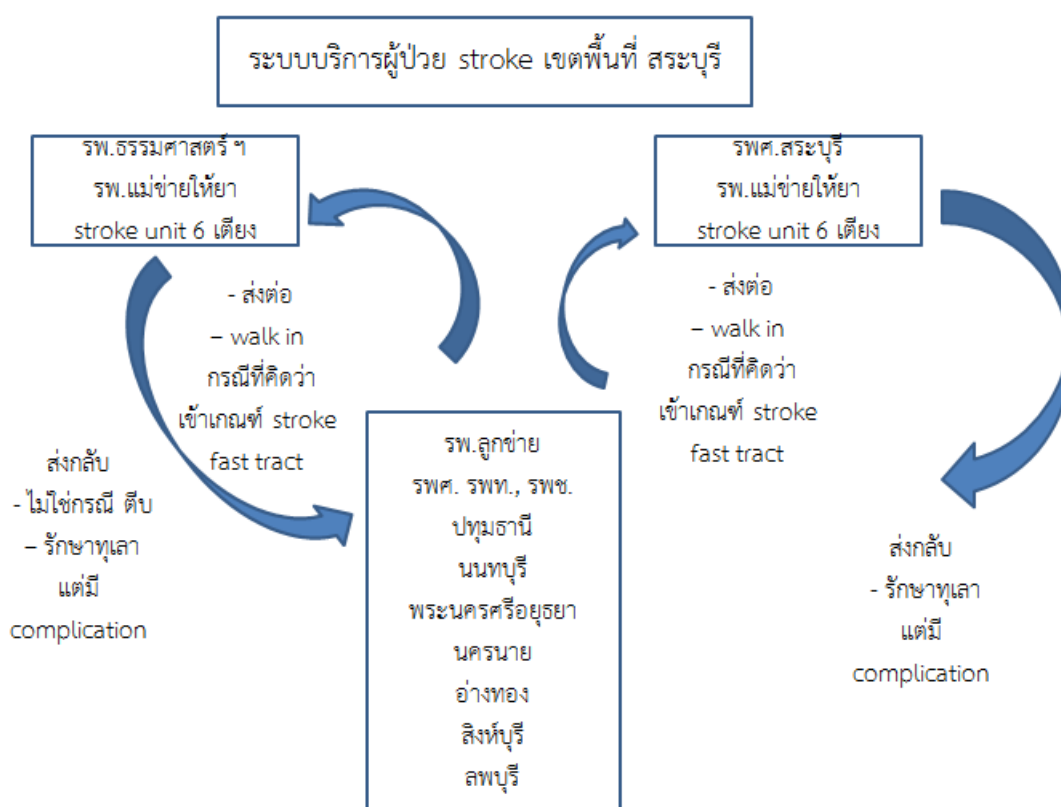
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการดำเนินการหลายอย่าง ดังนี้

1. ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อปรึกษาวางแผนการรักษาร่วมกันอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
2. จัดทำแผนภูมิการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke fast tract
4. จัดทำคู่มือโรคหลอดเลือดสำหรับประชาชน
5. ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย

1.2 การจัดบริการ Stroke fast tract

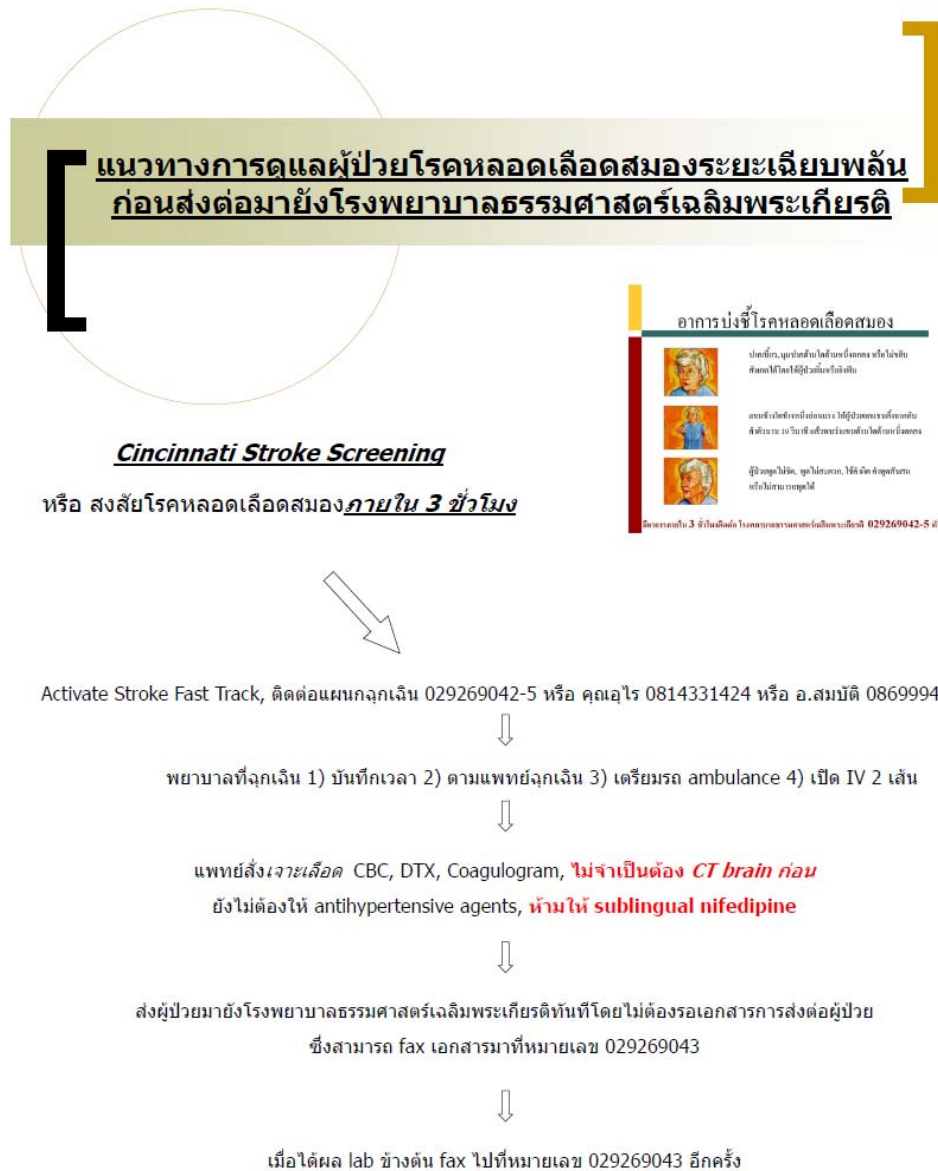
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีศูนย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง มีการวางระบบ stroke fast track และเข้าร่วมเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2552 โดยมีบทบาทและทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายที่มีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous thrombolysis) ได้ในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาสระบุรี คู่กับ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี มีโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่ได้ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดปทุมธานี นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา นครนายก อ่างทอง สิงห์บุรี และลพบุรีเป็นลูกข่ายบริการ ดังรูปที่ 2

รูปที่ 2 ระบบเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาสระบุรี



ซึ่งศูนย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้จัดระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จัดทำแนวทางในการส่งต่อตามแผนภูมิ ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้วางระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
ระยะเฉียบพลัน (stroke fast track) ตามมาตรฐานการดำเนินงานเป็น 6 ส่วนย่อย โดยเป็นขั้นตอนที่
เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแล้ว 5 ส่วนย่อย ได้แก่ Delivery, Door, Data, Decision และ Drug
และนำการดำเนินงานในขั้นตอนที่เกิดก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ได้แก่ Detection มาใช้ ด้วยการ
ดัดแปลง Cincinnati Pre-hospital Stroke Screening มาใช้ให้ความรู้แก่ประชาชน และบุคลากร
ทางการแพทย์ควบคู่กันไป

ในส่วนของ Door, Data, Decision จนถึง Drug เป็นส่วนที่ดำเนินการในโรงพยาบาล ได้
อาศัยการบริหารจัดการแบบสหวิชาชีพ มีการประสานและกำหนดหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน
ได้แก่

1) ER Triage Nurse ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการตาม Cincinnati Stroke Screening
Triage nurse เริ่มกระบวนการ stroke fast track เมื่อ onset of symptoms < 4 ชั่วโมง โดยรายงาน
แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน แล้วแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินรายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบ และ stroke
attending เนื้อหาของการรายงานต้องประกอบด้วย

- รายงาน vital signs โดยเฉพาะ BP และ Pulse rate
- รายงาน time of onset เป็นเวลาสากล เช่น 16.00 (ไม่ควรรายงาน 4 โมง) เป็นต้น
- สิ่งที่เป็นต่อการตัดสินใจให้การรักษาร่วมด้วย rtPA ได้แก่:
 - ▲ Past medical/ surgical history
 - ▲ Allergies
 - ▲ Medications (โดยเฉพาะ Warfarin ให้ถามเวลาล่าสุดที่ได้รับยาด้วย)
 - ▲ Capillary glucose
- ติดต่อผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ : Radiologist หรือ เจ้าหน้าที่ประจำห้อง CT, Lab และ ICU

2) ER Nurse มีบทบาทดังนี้

- ทำ 12-lead ECG และ เตรียมอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปทำ CT
ได้แก่ oxygen และ monitor EKG & BP
- บันทึก vital signs ทุก 15 นาที
- เปิด IV 2 เส้น ด้วย catheter No. 18-21, โดยเลือกทางที่บริเวณท้องแขนเป็นอันดับแรก
- ให้ oxygen โดยปรับระดับตามความเหมาะสมจน Sat > 95%
- เตรียมการส่ง lab ดังต่อไปนี้: CBC, platelets, PT/PTT/INR
- ติดตามผู้ป่วยไปห้อง CT (นำยา rtPA ไปที่ห้อง CT ด้วยในกรณีที่จำเป็นต้องเริ่มยาที่ห้อง CT)
- เตรียมพร้อมที่จะเริ่มยาได้ทันทีเมื่อได้ผล CT เช่น ประเมินน้ำหนักและคำนวณขนาดยา
เตรียมไว้ล่วงหน้า
- ห้ามใส่ NG tube หรือ Foley's Catheter จนกว่าจะมีคำสั่งจาก Stroke attending

3) Laboratory

- เตรียมการเร่งด่วนสำหรับ emergency lab: CBC, platelets, PT/PTT/INR
- รายงานผล lab อย่างทันทีทันใด โดยค่าใดที่ได้ผลก่อนให้รายงานก่อน ไม่ต้องรอให้ได้ผลจนครบ

4) ICU

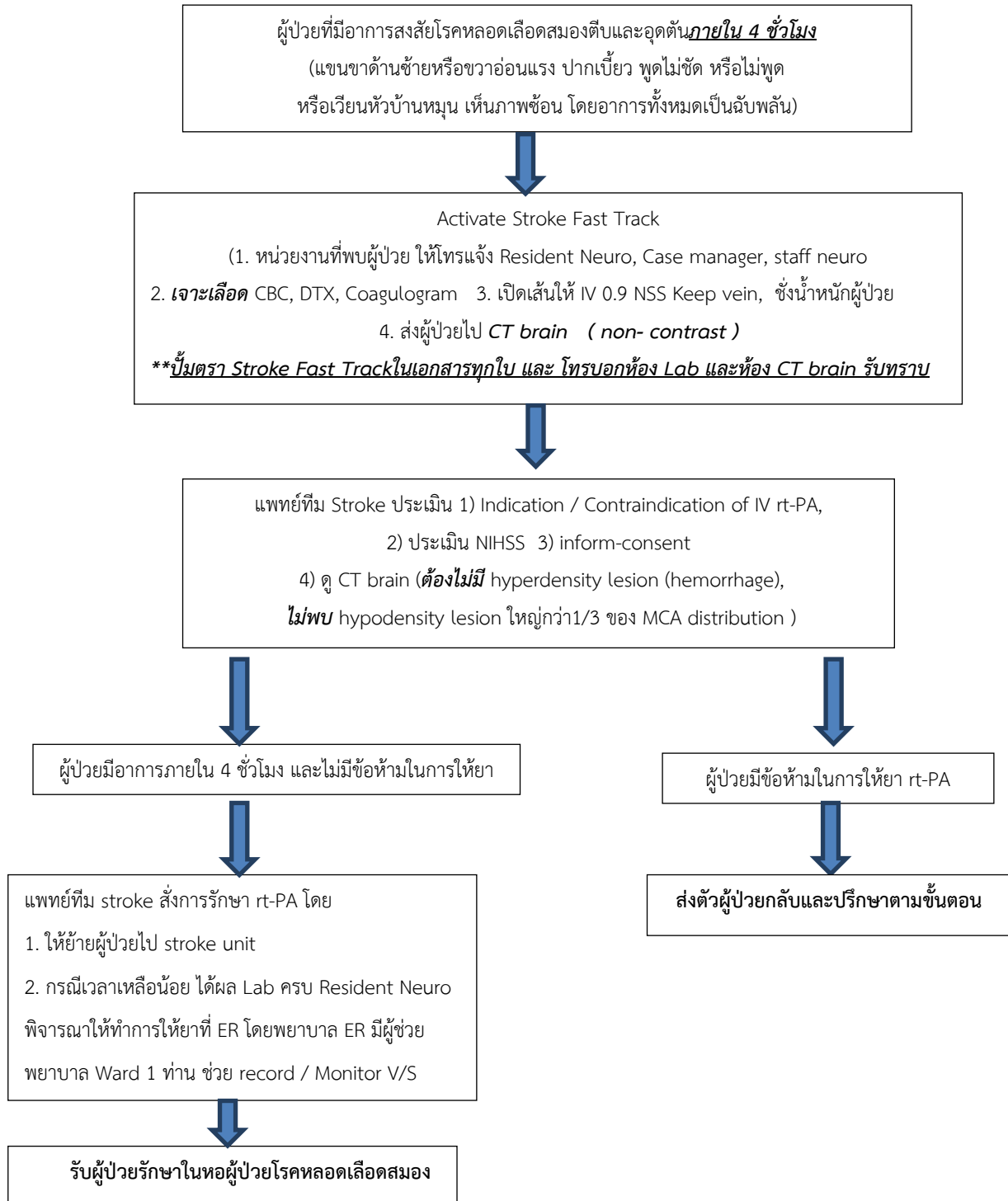
- ต้องมั่นใจว่ามีเตียงพร้อมรับผู้ป่วยได้ทันที
- เตรียม monitor ต่างๆ ให้พร้อม

5) Resident / Stroke Attending

- ติดต่อกลับทันทีที่ได้รับ Stroke Fast Track
- ตรวจวินิจฉัยโรคหรือภาวะที่เป็นข้อห้ามในการให้ยา rt-PA ได้แก่ acute MI, aortic dissection, other co-morbid condition or non-stroke etiology (i.e., stroke mimic) and medical contraindications to rt-PA ประเมิน severity of neurologic deficit และภาวะอื่นๆที่อาจจะเป็น contraindications ต่อการให้ IV rt-PA.
- ประเมินค่า NIHSS, ยืนยัน time of onset ที่แน่นอน, ตรวจสอบ inclusion และ exclusion criteria และให้เหตุผลถ้ามีข้อห้ามในการให้ยา rt-PA
- ทบทวน non-contrast CT หรือ MR brain imaging ด้วยตนเอง หรือร่วมกับ radiologist ส่ง investigation อื่นในกรณีที่ต้องทำการวินิจฉัยหรือการรักษา แต่ต้องไม่ทำให้เวลาของการเริ่มยา rt-PA ต้องเลื่อนออกไป
- อภิปรายข้อดี/ข้อเสียของการให้ยา rt-PA กับผู้ป่วย และ/หรือญาติ บอกทางเลือกอื่นในการรักษา ไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นชื่อใน consent form เพราะจะทำให้การเริ่มยาต้องเลื่อนออกไป แต่ควรเขียนข้อความลงในเวชระเบียนว่าได้อธิบายข้อดี/ข้อเสียให้เข้าใจแล้ว และเป็นที่ยอมรับ ยกเว้นในกรณีที่คิดว่าอาจมีปัญหาเรื่องความไม่เข้าใจ ก็สามารถให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นชื่อใน consent form ก่อนการให้ยา ตามความเหมาะสมในสถานการณ์
- ข้อมูลที่ควรให้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนให้ rt-PA (ยาละลายก้อนเลือดที่อุดตันหลอดเลือดสมอง) แม้ว่าจะเป็นยาที่ได้รับการรับรองจากทั่วโลกว่า มีประสิทธิผลสูงสุดในปัจจุบัน ผู้ป่วยมีโอกาสดีขึ้นหลังการให้ยาถึง 50% อย่างไรก็ตามโอกาสเสี่ยงของภาวะเลือดออกในสมองและทำให้อาการเลวลงสามารถเกิดได้ประมาณ 6% ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ประมาณ 3%

ระบบ Stroke Fast Track ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีการก่อตั้งเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่โดยรอบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ใช้เวลาในการเดินทางไม่เกิน 45 นาที และได้จัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน
(Stroke Fast Track)



1.3 แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วย Ischemic stroke

1.3.1 การส่งตรวจเบื้องต้น

จากการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยแล้วสงสัยว่าจะมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าสัญญาณชีพของผู้ป่วยคงที่ ให้นำผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (computerized tomography of the brain (CT brain) : non-contrast)

ในกรณีผล CT brain พบเลือดออกในสมอง ให้ทำการรักษาพื้นฐานให้สัญญาณชีพคงที่ และปรึกษาประสาทศัลยแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อไป

ในกรณีที่ผล CT brain ไม่พบเลือดออกในสมองและจากประวัติ/การตรวจร่างกายพบความผิดปกติทางระบบประสาทที่ชัดเจน เข้าได้กับ ischemic stroke ให้ทำการดูแลรักษาดังนี้

1) ถ้าซักประวัติได้ว่าผู้ป่วยเกิดอาการภายใน 4 ชั่วโมง ให้เข้าสู่กระบวนการรักษาเร่งด่วน (fast track)

1.1) FAST TRACK ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง (ต้องรู้เวลาที่เกิดอาการชัดเจน ในกรณีที่ตื่นมาแล้วพบว่ามีอาการผิดปกติ ให้ถือว่าไม่ทราบเวลาเกิดเหตุที่ชัดเจน)

- ให้ตามแพทย์ในทีม stroke ทั้งหมดพร้อมกัน
- ให้แพทย์ฉุกเฉินส่ง CT brain emergency- fast track ถ้าสัญญาณชีพผู้ป่วยคงที่
- แพทย์ทีม stroke

1) ประเมินผู้ป่วยว่ามีข้อห้ามของการให้ rt-PA (recombinant tissue plasminogen activator) หรือไม่

2) ดูผล CT brain

3) ประเมิน NIHSS

4) คุยกับญาติ อธิบายอาการผู้ป่วย ผลดีและผลเสียของการได้รับ rt-PA และให้ผู้ป่วยหรือญาติสายตรง (ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมรับการรักษาได้)

+ ถ้าผู้ป่วยหรือญาติเซ็นยินยอมรับการรักษาและผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ และไม่มีข้อห้ามในการให้ rt-PA ให้แพทย์สั่งให้การรักษาด้วย rt-PA และให้ยาตั้งแต่อุ้งห้องฉุกเฉิน

+ ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องไอซียูเพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา

ข้อห้ามในการให้ IV rt-PA

- | | |
|--|--|
| 1) Delay in patient arrival | 12) Rapid improvement |
| 2) Delay in time CT ordered to CT read | 13) Seizure at onset |
| 3) Other time delay | 14) Uncontrolled HT (>180/110mmHg) |
| 4) History of ICH or brain aneurysm AVM, brain tumor | 15) Age (< 18 or >80 yr) |
| 5) Recent IC surgery (3 month) surgery head trauma/stroke | 16) Active internal bleeding (<22 days) |
| 6) Recent surgery /trauma (<15 days) | 17) Platelet count <100,000 |
| 7) Pt / Family refused | 18) Abnormal PTT, PT |
| 8) Consent not obtainable | 19) Glucose <50 or >400 mg/dl |
| 9) CT findings | 20) no IV access |
| 10) Stroke too mild (lacunar infarction) | 21) Life expectancy <1 year or severe comorbid illness |
| 11) Stroke too severe | 22) Others:_____ |

1.2 ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการมานานกว่า 4 ชั่วโมง หรือไม่ทราบหรือไม่สามารถระบุเวลาเกิดอาการที่ชัดเจน หรือมีเหตุผลที่ไม่สามารถให้ rt-PA ภายใน 4 ชั่วโมงหลังเกิดอาการให้รับผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาผู้ป่วยใน Stroke unit (ในกรณีมีเตียงเพียงพอ)

1.3.2 การสืบค้นเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือด

- complete blood count, fasting blood sugar, lipid profile, VDRL, coagulogram
- ตรวจคลื่นหัวใจ, Echocardiogram
- ตรวจภาวะหลอดเลือดสมองและ carotid artery ซึ่งอาจทำได้โดย Non-invasive imaging : Carotid Duplex, transcranial Doppler study, magnetic resonance angiogram, หรือ computed tomography angiography (CTA) ส่วนการทำ angiography ควรทำในรายที่สงสัย vasculitis

- ในกรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี (stroke in the young) ควรทำการตรวจเพิ่มเติม ดังนี้ protein C, protein S, antithrombin III, homocysteine level, lupus anticoagulant, anti-cardiolipin, factor V Leiden, prothrombin 20210A

1.3.3 การรักษาเฉพาะ

- ให้ aspirin 300 มิลลิกรัม ทานภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ ถ้าไม่มีข้อห้ามในการให้ยา
- ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ได้รับยา aspirin อยู่แล้วเกิด stroke ขึ้นมา

- 1) อาจเพิ่มปริมาณ aspirin (ถ้าผู้ป่วยทาน aspirin 60, 81 มิลลิกรัม อยู่ขณะเกิดอาการ) เป็น 300 มิลลิกรัม
- 2) ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทาน aspirin 300 มิลลิกรัม แล้วยังเกิด stroke อาจเปลี่ยนเป็นยาต้านเกร็ดเลือดตัวอื่น ซึ่งออกฤทธิ์ในตำแหน่งที่แตกต่างจาก aspirin ดังต่อไปนี้
 - dipyridamole 200 กรัมและ aspirin 25 มิลลิกรัม รับประทานเช้า เย็น
 - clopidogrel 75 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง

1.3.4) การรักษาตามอาการและประคับประคอง

- การลดความดันโลหิตในผู้ป่วยอัมพาตที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ต้องทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากการลดความดันโลหิตอาจทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงด้วย และอาจทำให้รอยโรคจากโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นมากขึ้น จากหลักฐานทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่พบว่าการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยอัมพาตในระยะเฉียบพลันมีประโยชน์ ยกเว้นในผู้ป่วยอัมพาตร่วมกับภาวะดังต่อไปนี้ aortic dissection, acute myocardial infarction, heart failure, acute renal failure, hypertensive encephalopathy หรือผู้ป่วยที่จะได้รับ thrombolytic therapy ที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/105 มิลลิเมตรปรอท โดยควรลดความดันโลหิตช้าๆ และ mean arterial pressure ที่ลดลงไม่ควรเกิน 20 มิลลิเมตรปรอท โดยใช้ยา nitroprusside, captopril

- ในกรณีที่มีภาวะสมองบวมมาก ควรได้รับการรักษาโดยให้ mannitol 25-50 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชั่วโมง (ไม่เกิน 2 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน และไม่เกิน 3 วัน) โดยปรับยาโดยวัดระดับ serum osmolarity (target 300-310 mOsm/kg) และควรตรวจระดับ electrolyte, creatinine เป็นระยะๆ furosemide 20-80 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ถ้ายังมีภาวะสมองบวมอยู่หรือเป็นมากขึ้น ควรใส่ท่อช่วยหายใจและ hyperventilation โดยให้ partial pressure of carbon dioxide อยู่ที่ประมาณ 30-35 มิลลิเมตรปรอท ถ้าการรักษาทางยาได้ผลไม่ดี surgical decompression จะมีประโยชน์ในการช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย

- ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้และรักษาได้ทันท่วงทีจะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น

- ก. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) พบได้ถึง 10% ใน Ischemic stroke และอาจเกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกับ stroke
- ข. หลอดเลือดดำอุดตัน (Deep vein thrombosis) ซึ่งอาจทำให้เกิด pulmonary m Embolis ในประเทศทางตะวันตกได้แนะนำว่าผู้ป่วยควรได้รับ subcutaneous heparin ในขนาด 5000 unit ใต้ผิวหนังวันละ 2 ครั้ง, range of motion exercise, หรือ compression stocking เพื่อเป็นการป้องกันการแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดดำในระหว่างส่วนที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้

- ค. การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) พบบ่อยในผู้ป่วยที่กลั้นไม่ได้ (incontinence) หรือมีสายสวนปัสสาวะคาอยู่ยาวนาน การสวนปัสสาวะเป็นครั้ง ๆ (intermittent catheterization) ควรจะกระทำในผู้ป่วยที่มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังถ่ายปัสสาวะ (postvoiding residual volume) สูงกว่าปกติ
- ง. ปอดอักเสบ โดยเฉพาะชนิดที่เกิดจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) จะพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีการกลืนผิดปกติหรือให้อาหารทางปากในผู้ป่วยที่ซึมลง (impairment of consciousness) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยสำลักอาหารและน้ำเข้าไปในหลอดลมได้ง่าย จึงควรมีการประเมินการกลืนของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและเป็นระยะๆ การใช้สายให้อาหารทางกระเพาะอาหารโดยตรง (gastrostomy) จะมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนในระยะยาว
- จ. แผลกดทับ (Bed sore) หรือภาวะทางกระดูกและข้อต่าง ๆ เช่น ข้อไหล่หลุด (shoulder dislocation) การยึดติดของข้อต่าง ๆ (joint contracture) ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยพลิกตัวผู้ป่วยบ่อย ๆ และการทำกายภาพบำบัดตั้งแต่ระยะแรกของโรค
- ฉ. โรคซึมเศร้า (Depression) พบบ่อยในระยะพักฟื้นของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ทำให้กายภาพบำบัดหรือการเข้าสู่สังคมเป็นได้อย่างไม่เต็มที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเองก็ควรจะได้รับคำปรึกษาจากแพทย์เป็นระยะ ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

1.3.5) การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

- ให้อาต้านเกร็ดเลือดระยะยาว หรือ warfarin ในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการให้
- รักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ให้ควบคุมให้ระดับ LDL ต่ำกว่า 100 mg/dl ด้วยยาในกลุ่ม statin, ส่วนระดับน้ำตาลและความดันโลหิตควรคุมให้อยู่ในระดับปกติ

2. กลไกและรูปแบบการได้รับค่าชดเชยกรณีโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในระดับตติยภูมิ เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นเครือข่าย stroke fast tract ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีผู้ป่วยมารับการรักษาทั้งสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นรูปแบบของการได้รับเงินชดเชยค่ารักษายาบาลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแต่ละสิทธิจึงมีความแตกต่างกันไป ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะได้รับในลักษณะจ่ายตรงทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระบบประกันสังคมจะได้รับเงินค่าชดเชยจากโรงพยาบาลหลักของผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตน และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านการบันทึกข้อมูลใน

ระบบ E-Claim เพื่อเบิกค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และเนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการบริหารจัดการโรคสมองขาดเลือด และต้องการให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระบบ fast tract และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่โรงพยาบาลเพิ่มจากระบบ DRG ปกติ เป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่า CT Brain หรือค่าทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล (ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด) เหม่าจ่ายรายละเอียด 60,600 บาท (หกหมื่นหกร้อยบาทถ้วน) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ rt-PA เมื่อแพทย์นัดมาตรวจเพื่อติดตามอาการโรคหลังจากจำหน่าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการคุ้มครองจากการเหม่าจ่าย ไม่ต้องขอหนังสือส่งตัวจากต้นสังกัดเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด 2 ครั้ง สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นๆ มีรูปแบบและลักษณะดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 รูปแบบและลักษณะการบริหารจัดการกรณีโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

ประเภทผู้ป่วย	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้ป่วยใน	- กรมบัญชีกลางจ่ายชดเชยตาม DRG + ค่าห้อง + ค่าอาหารตามจริง ในอัตราของกรมบัญชีกลาง - ค่า CT MRI , rt-PA ฯลฯ รวมอยู่ใน DRG	- กรณีส่งต่อจากต้นสังกัด - ถ้า $RW < 2$ เรียกเก็บจากรพ.หลักตามบัตร เรียกเก็บตามจริง- - ถ้า $RW \geq 2$ จ่าย RW ละ 15,000 บาท + Global budget สปส.จ่าย รพ.ได้ตามจริง RW ละ 11,500 บาท - กรณีฉุกเฉิน 72 ชม. ใน 72 ชม.แรก เรียกเก็บตามจริง จาก สปส.เขต หลัง 72 ชม. ใช้เกณฑ์ของกรณีส่งต่อจากต้นสังกัด	- ไม่ได้ rt-PA - สปสช.จ่ายตาม DRG - ได้ rt-PA - สปสช.จ่ายตาม DRG + ค่ายาละลายลิ่มเลือด + ค่า CT ก่อนและหลังได้รับยา + ค่ากายภาพบำบัด เหม่าจ่ายรายละเอียด 49,000 บาท
ผู้ป่วยนอก	- เบิกจ่ายตรง - สำรองเงินจ่าย นำใบเสร็จไปเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด	รพ.หลักจ่าย ใช้ใบส่งตัว	- ไม่ได้ rt-PA - รพ.หลักจ่าย ใช้ใบส่งตัว - ได้ rt-PA - รวมอยู่ในเหม่าจ่ายผู้ป่วย ไม่ต้องขอใบส่งตัวจากต้นสังกัด 2 ครั้ง วงเงินในแต่ละครั้งเท่ากับ 2,333 บาท

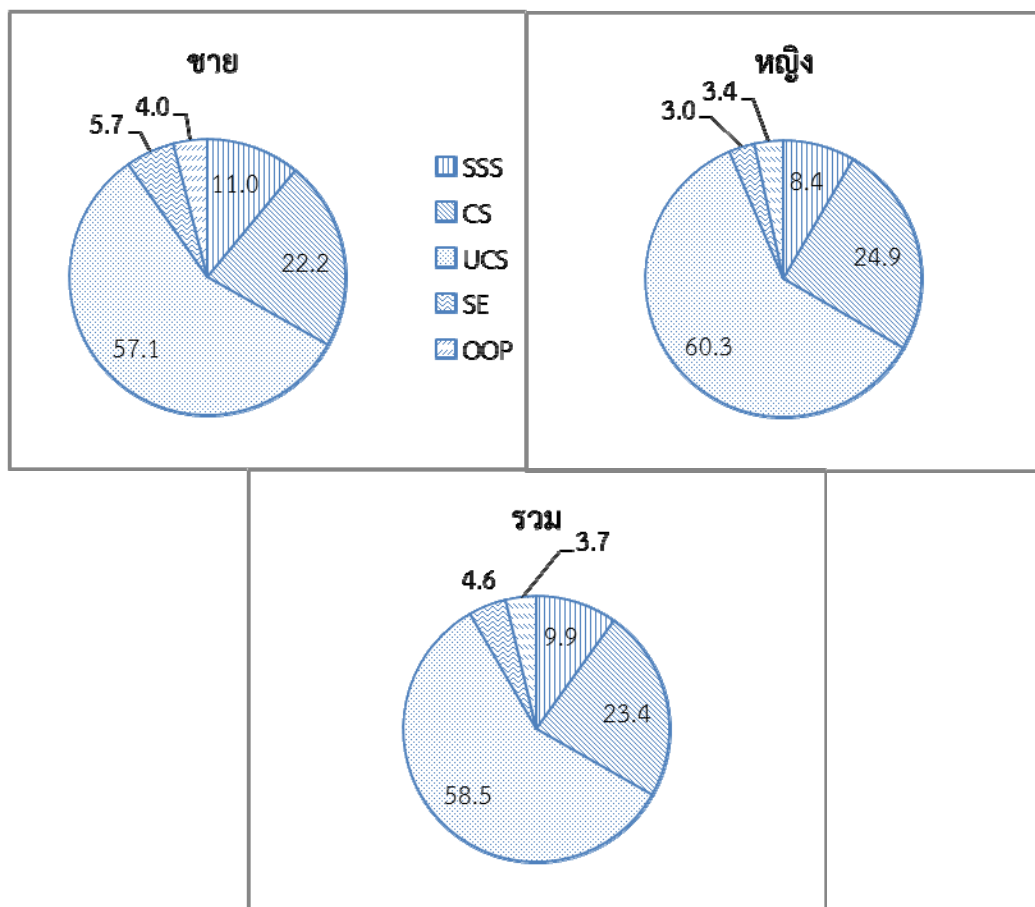
ที่มา : จากการศึกษา

3. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

3.1 การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใต้ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ

จากข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในปี พ.ศ. 2555 ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2555 ถึง มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรคหลัก I60-69 จำนวน 941 ราย พบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเภท Ischemic stroke (I63) จำนวน 708 ราย (ร้อยละ 75.2) จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรม ศาสตร์เฉลิมพระเกียรติทั้งหมด เมื่อทำการจำแนกตามสิทธิที่ใช้ในการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราสูงสุด ร้อยละ 60 รองลงมา ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 24) สิทธิอื่นๆ ได้แก่ ข้าราชการและประกันชีวิตภาคเอกชน (ร้อยละ 9) และสิทธิประกันสังคมน้อยที่สุด (ร้อยละ 7) ดังรูปที่ 4

รูปที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่รักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (มกราคม 2555 – มกราคม 2556) และจำแนกตามเพศและสิทธิการรักษา



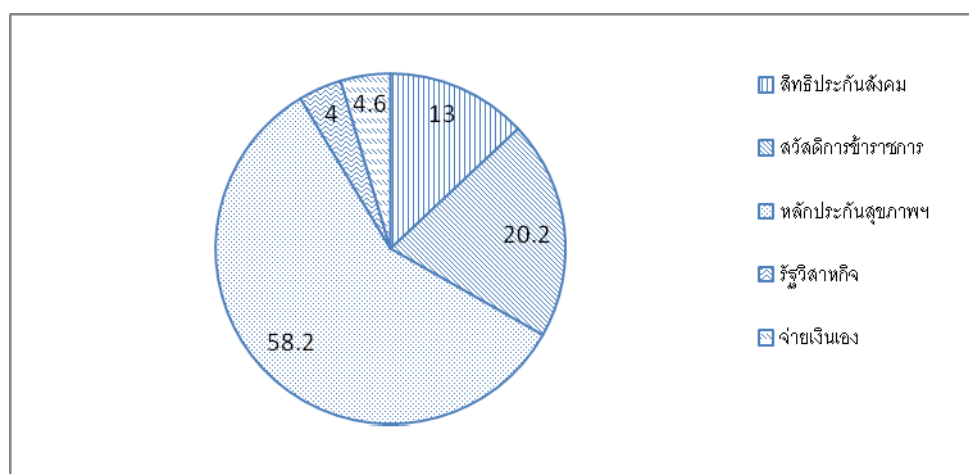
เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้ง 2 กลุ่มจะมีค่าเฉลี่ยอายุสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยประกันสังคม (อายุเฉลี่ย 63 และ 67 ปี ตามลำดับ) และเป็นกลุ่มที่เข้ารับการรักษาโรคเลือดสมองมากกว่ากลุ่มสิทธิประกันสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุเฉลี่ย 52 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคที่ส่วนใหญ่จะเกิดในผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน จำแนกตามสิทธิการรักษา

อายุเฉลี่ย	จำนวน	Mean	sd	95% CI	
				LL	UL
ประกันสังคม	69	52.3	14.4	48.9	55.7
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	200	67.2	13.6	65.3	69.1
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	408	63.0	13.1	61.7	64.3
สิทธิอื่นๆ	31	56.6	12.5	48.3	64.8

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ที่ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเภท Ischemic stroke (I63) ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 359 ราย เป็นผู้ป่วยรายเก่า 10 ราย และผู้ป่วยเด็กอายุ 22 วัน 1 ราย จึงไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาวิเคราะห์ทั้งหมด 348 ราย สามารถเก็บข้อมูลเวชระเบียนได้ทั้งหมด 347 ราย (ร้อยละ 99.7) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ 58 และ 20 ตามลำดับ ดังรูปที่ 5

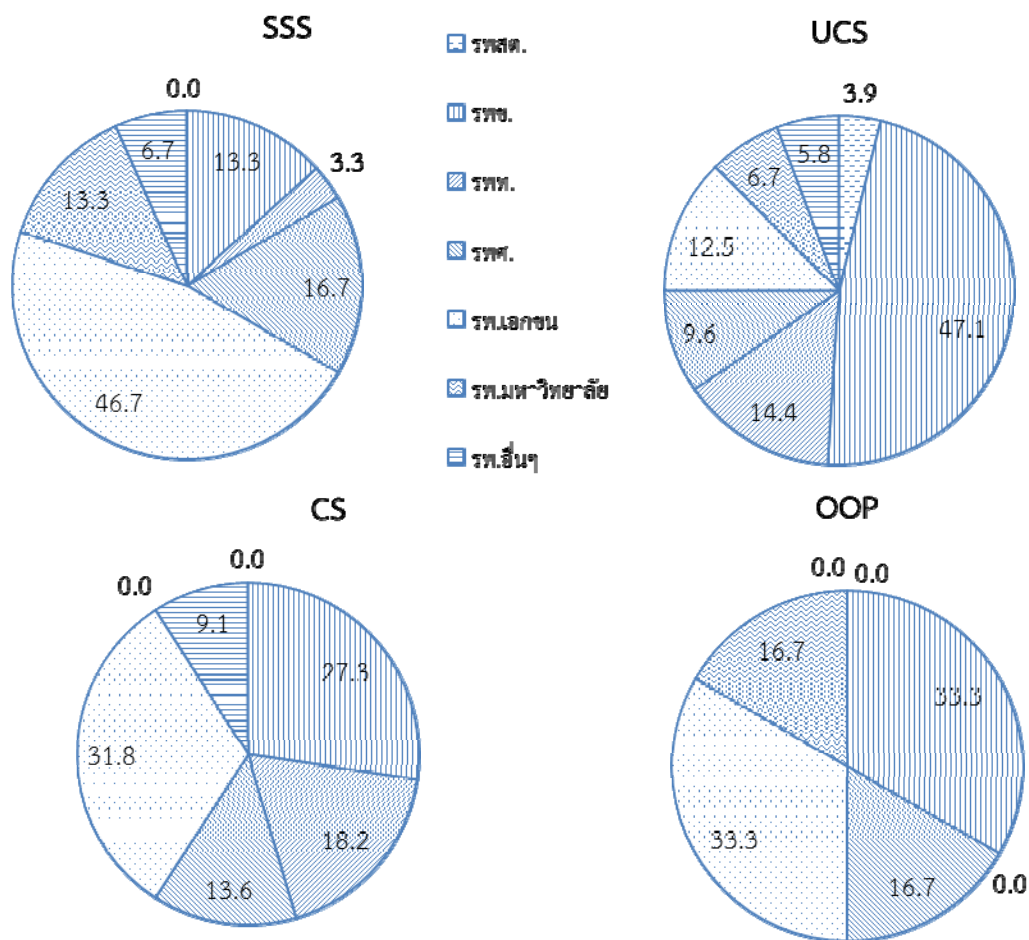
รูปที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่รักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



หมายเหตุ ข้อมูลระหว่าง เดือน สิงหาคม 2555 - มกราคม 2556

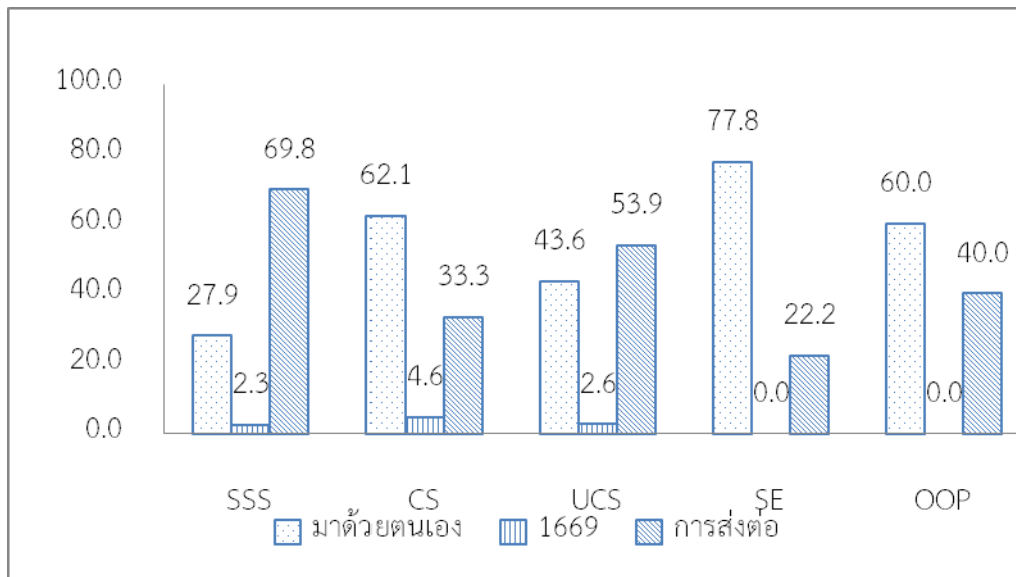
เนื่องจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นแม่ข่ายในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดของระบบ Stroke fast track จึงมีโรงพยาบาลที่เป็นลูกข่ายและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตลอดจนโรงพยาบาลเอกชน ที่อยู่ในเขตพื้นที่ใกล้เคียง จะพบว่า ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลชุมชนจะเป็นโรงพยาบาลที่ส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อมากที่สุด ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นโรงพยาบาลหลักของผู้ป่วยจะมีการส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษามากที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จะมีอัตราการส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์มีอัตราการส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 31.8, 27.3, 18.2 และ 13.6) ดังรูปที่ 6

รูปที่ 6 ร้อยละของประเภทโรงพยาบาลที่ส่งคนไข้มายังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์



จากการที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการ Stroke fast track มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้ถึงระบบ Stroke fast track ทำให้ลักษณะในการมารับบริการที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจะมาด้วยการส่งต่อจากโรงพยาบาลหลักที่เป็นลูกข่าย หรือมาด้วยตนเอง/ญาติพามา เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50 และ 45) ทั้งพบว่าการมาโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 มีอัตราน้อยมาก ดังรูปที่ 7

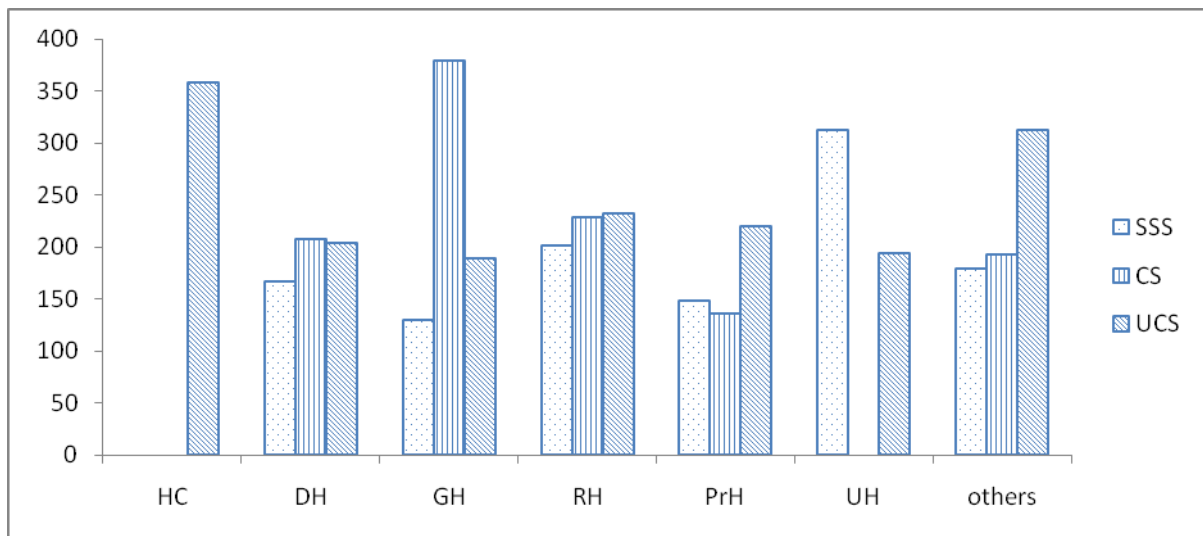
รูปที่ 7 ร้อยละของการมาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน



เมื่อวิเคราะห์ถึงลักษณะผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจากการส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่นๆ ทั้งเป็นสถานพยาบาลหลัก และสถานพยาบาลใกล้เคียง โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไปสถานพยาบาลแห่งแรก แล้วถูกส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จะพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการ ไปถึงสถานพยาบาลแห่งแรก จนมาถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ซึ่งอาจมาจากสถานพยาบาลเหล่านั้นจะตั้งอยู่ในจังหวัดรอบๆ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จึงต้องใช้เวลาในการเดินทาง ทั้งยังพบว่า สถานพยาบาลแห่งแรก que ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปเข้ารับการรักษาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจะมีระยะเวลาเฉลี่ยที่มาถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติน้อยกว่า เนื่องจากโรงพยาบาลหลักส่วนใหญ่จะอยู่ในจังหวัดปทุมธานีและอยู่รอบๆโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทำให้ใช้ระยะเวลาในการเดินทางไม่นาน ดังรูปที่ 8

ลักษณะของวิธีการที่ผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลแรกหรือโรงพยาบาลหลัก พบว่า เกือบทุกรายจะไปด้วยการไปด้วยตนเองหรือญาติไปส่ง (ร้อยละ 99) มีเพียง ร้อยละ 1 เท่านั้น ที่ไปโรงพยาบาลแรกด้วยระบบฉุกเฉิน EMS 1669

รูปที่ 8 ระยะเวลาที่เกิดอาการ (นาที) จำแนกตามสิทธิ และโรงพยาบาลที่ส่งตัวมารักษายัง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

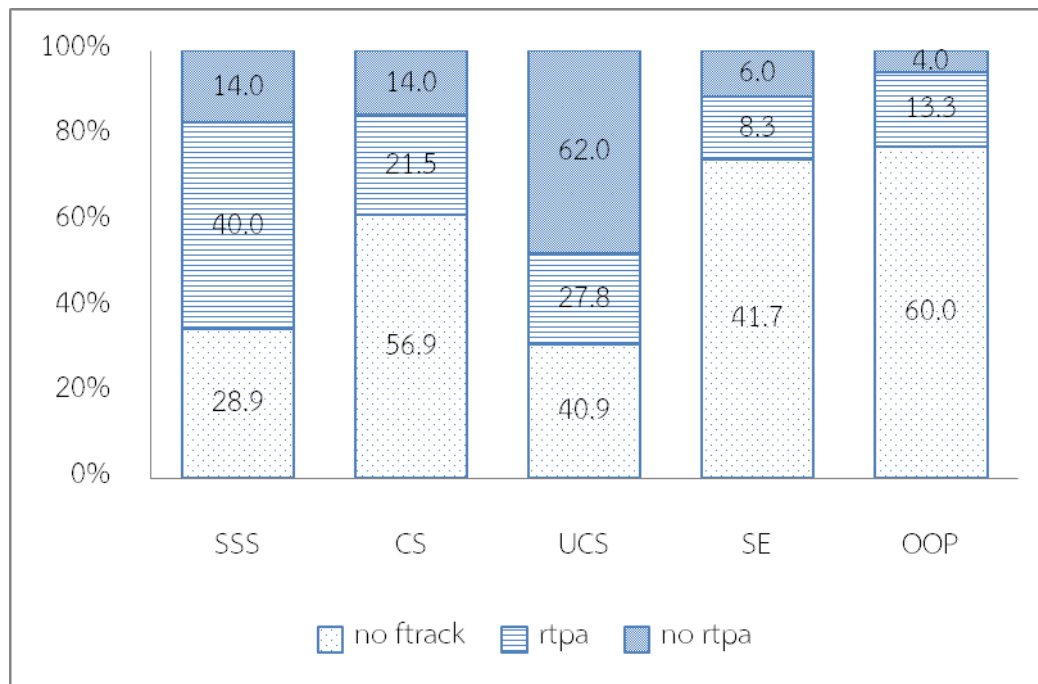


หมายเหตุ : HC คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, DH คือ โรงพยาบาลชุมชน, GH คือ โรงพยาบาลทั่วไป, RH คือ โรงพยาบาลศูนย์, PrH คือ โรงพยาบาลเอกชน, UH คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และ others คือ อื่นๆ

3.2 การให้สารละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

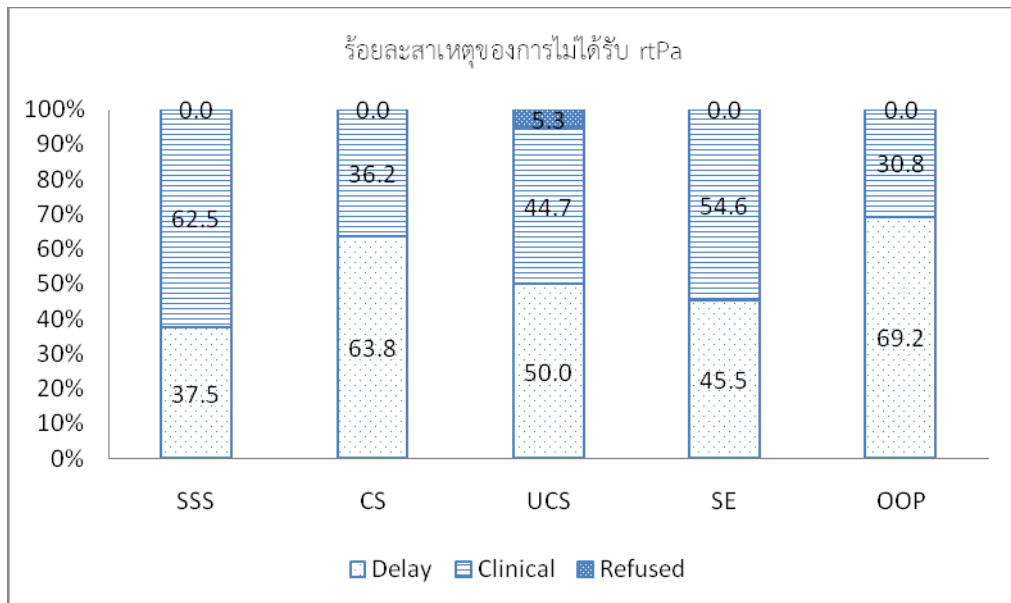
เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการคัดกรองประวัติและระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลว่าอยู่ในช่วง Golden period ซึ่งกำหนดไว้ไม่เกิน 4 ชั่วโมงครึ่งตามแนวทางเวชปฏิบัติหรือไม่ หากอยู่ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยจะถูกนำเข้าสู่ระบบ Stroke fast track ของทางโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แพทย์จะทำการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ และทำ CT brain เพื่อประเมินพยาธิสภาพของผู้ป่วยและการได้รับยาละลายลิ้มเลือด ตามแนวทางการรักษา เช่น ไม่มีภาวะความดันโลหิต เมื่อพิจารณาอัตราการได้รับยาละลายลิ้มเลือด พบว่า ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมมีสัดส่วนการได้รับยาละลายลิ้มเลือดสูงกว่าสิทธิอื่นๆ ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีอัตราการได้รับยาละลายลิ้มเลือดไม่มีความแตกต่างกันมากนัก (ร้อยละ 27.8 และร้อยละ 21.5) ดังรูปที่ 9

รูปที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาล ตามการเข้าระบบ Stroke fast track และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2555 – มกราคม 2556)



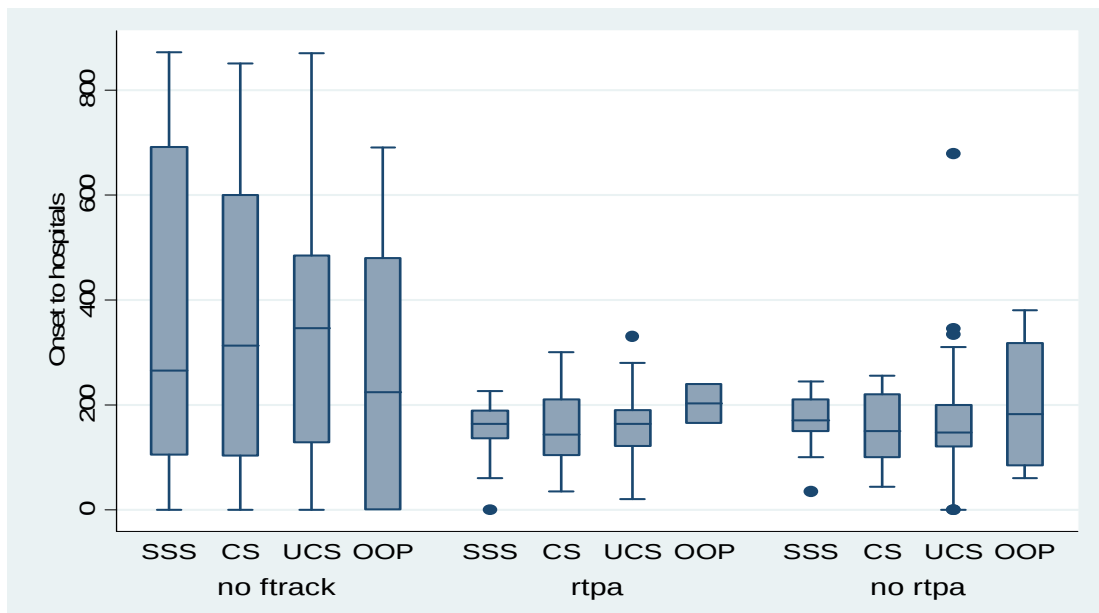
เมื่อพิจารณาสาเหตุหลักของการไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด พบว่า เนื่องมาจากการมาถึงโรงพยาบาลช้ากว่าระยะที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบ Stroke fast track ได้ และการตรวจร่างกายและได้รับการประเมินจากแพทย์ มีภาวะแทรกซ้อนทำให้ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แม้ว่าจะเข้าสู่ระบบ Stroke fast track แล้ว เช่น ผู้ป่วยมีความดันเลือดสูงและไม่สามารถคุมความดันโลหิตให้คงที่ได้ หรือมีเลือดออกในสมอง เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสิทธิ โดยผู้ป่วยจะได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเฉลี่ยภายในเวลา 50 นาทีหลังจากถึงโรงพยาบาล ดังรูปที่ 10

รูปที่ 10 สาเหตุของการไม่ได้รับยา rt-PA ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำแนกตามสิทธิการรักษา (ข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2555 – มกราคม 2556)



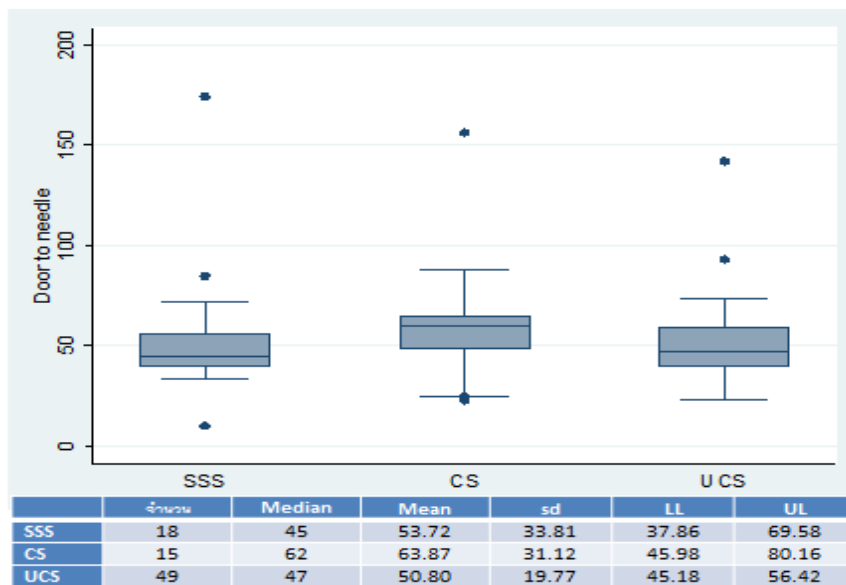
หมายเหตุ: จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวนทั้งสิ้น 227 ราย

รูปที่ 11 ระยะเวลาที่เกิดอาการจนถึงเวลาที่มาโรงพยาบาล จำแนกตามสิทธิและการได้รับยา rt-PA (On set to door)



หมายเหตุ : ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p value > 0.05) ระหว่างสิทธิการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าสู่ Stroke fast track, ผู้ป่วยที่ได้รับยา และไม่ได้รับยา rt-pa

รูปที่ 12 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยา rt-PA (On set to needle)



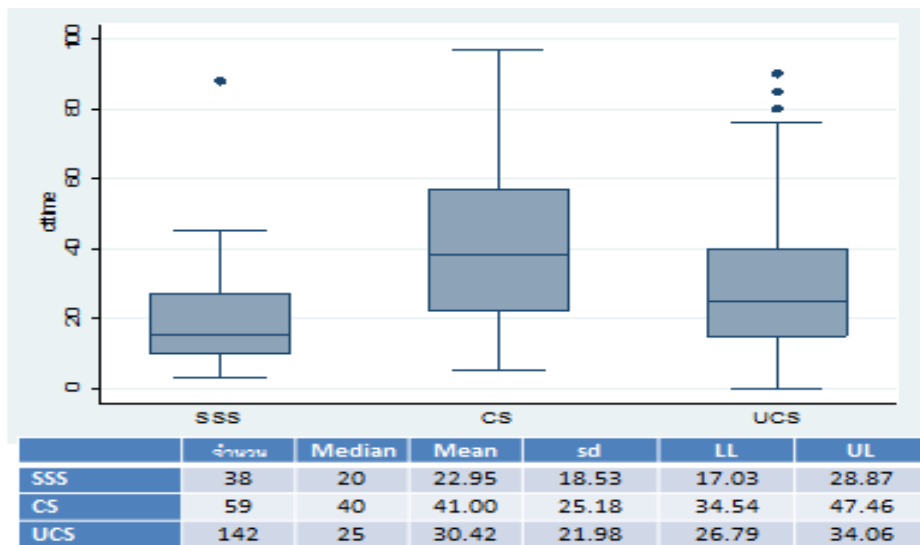
หมายเหตุ : ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p value > 0.05) ระหว่างสิทธิการรักษา

3.3 การตรวจหาความผิดปกติของสมองด้วยคอมพิวเตอร์

การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) ถือได้ว่าเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญ ช่วยให้แพทย์สามารถเห็นรอยโรคที่เกิดขึ้นในระบบสมอง และช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ ด้วย ซึ่งการทำ CT brain ถูกจัดอยู่ในขั้นตอนย่อยของระบบ stroke fast tract และใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจ CT scan

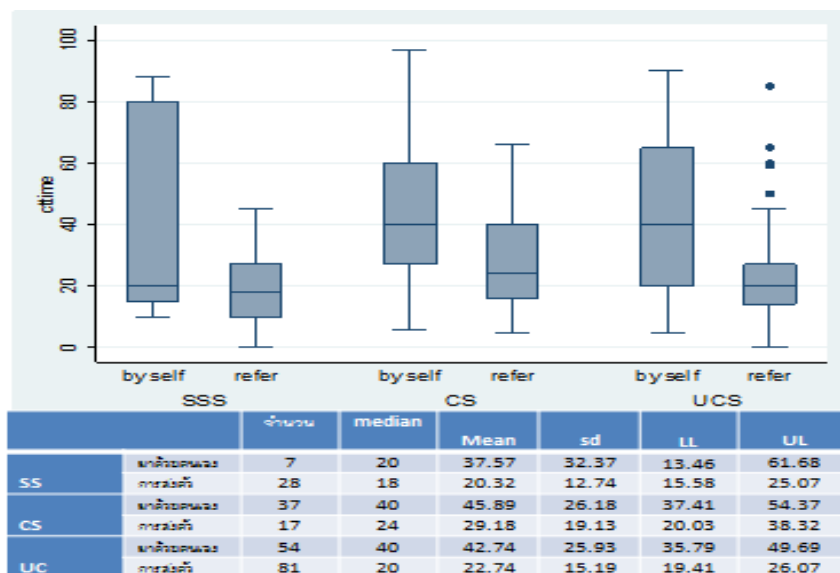
จากการศึกษา พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจ CT scan ภายใต้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิประกันสังคม มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 20 ถึง 40 นาที และไม่มี ความแตกต่างของระยะเวลาในแต่ละสิทธิ โดยแบ่งเป็น สิทธิประกันสังคมร้อยละ 3.7 สวัสดิการข้าราชการร้อยละ 7 และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 9 ตามลำดับโดยไม่นับรวมผู้ป่วยที่ได้รับการทำ CT scan จากโรงพยาบาลที่ถูกส่งตัวมา ซึ่งมีร้อยละ 7

รูปที่ 13 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับ CT scan (นาที)



หมายเหตุ : ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p value > 0.05) ระหว่าง
สิทธิการรักษา

รูปที่ 14 ค่ามัธยฐานระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการทำ CT scan จำแนกตาม
วิธีการมาโรงพยาบาลและสิทธิการรักษา



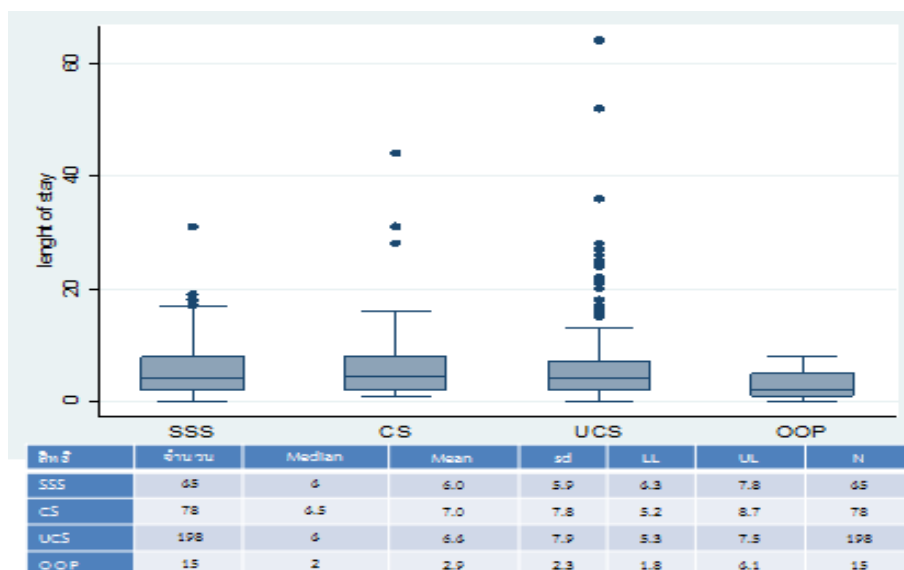
หมายเหตุ : ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p value > 0.05) ระหว่าง
สิทธิการรักษา

3.4 คุณภาพบริการ

1) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

จากรูปที่ 15 เมื่อพิจารณาถึงค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำแนกตามสิทธิการรักษา พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิประกันสังคมไม่มีความแตกต่างกัน โดยเฉลี่ยประมาณ 4 วัน แต่พบว่า ผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองมีจำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยต่ำกว่าทั้งสามสิทธิถึงครึ่งหนึ่ง (2 วัน) สาเหตุอาจมาจากการที่ต้องรับภาระจ่ายค่ารักษายาบาลเองจึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อย เมื่อรักษาจนพ้นภาวะวิกฤตแล้วจึงขอจำหน่ายจากโรงพยาบาล

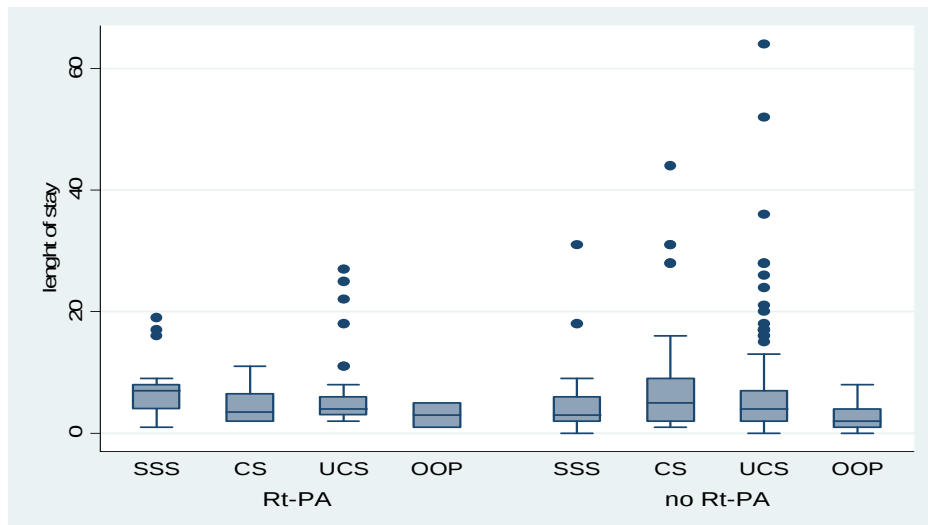
รูปที่ 15 จำนวนวันนอนผู้ป่วยจำแนกตามสิทธิการรักษา



หมายเหตุ : ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p value > 0.05) ระหว่างสิทธิการรักษา

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำแนกตามสิทธิการรักษาและการได้รับยาละลายลิ่มเลือด พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเกือบทุกสิทธิที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจะมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกลุ่มเดียวกัน ยกเว้นสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่กลุ่มผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่มีค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลที่ต่ำกว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีจำนวนผู้ป่วยที่มากกว่าและมีช่วงอายุที่สูง ทำให้มีโรคร่วมอื่นจึงต้องนอนรักษานานกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกลุ่มเดียวกัน ดังรูปที่ 16

รูปที่ 16 จำนวนวันนอนผู้ป่วยจำแนกตามสิทธิการรักษาและการได้รับยา rt-PA

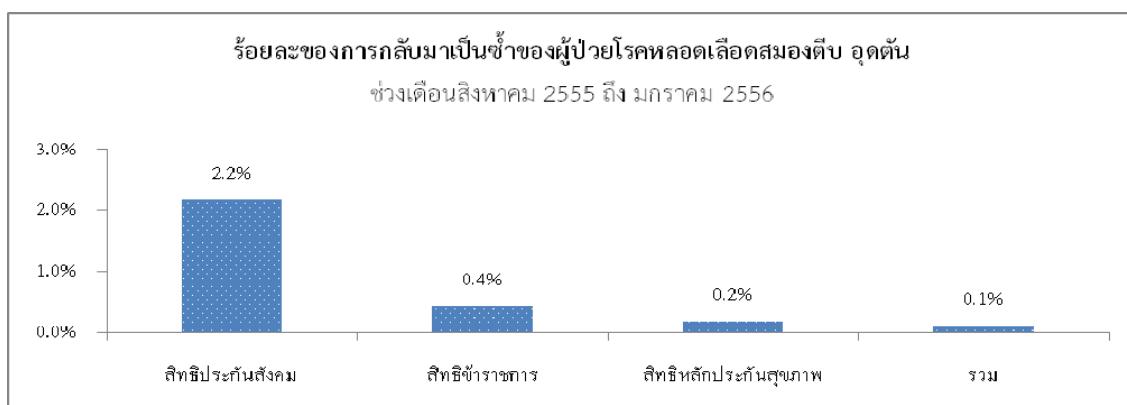


หมายเหตุ : ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p value > 0.05) ระหว่างสิทธิการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาและไม่ได้รับยา rt-pa

2) การกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

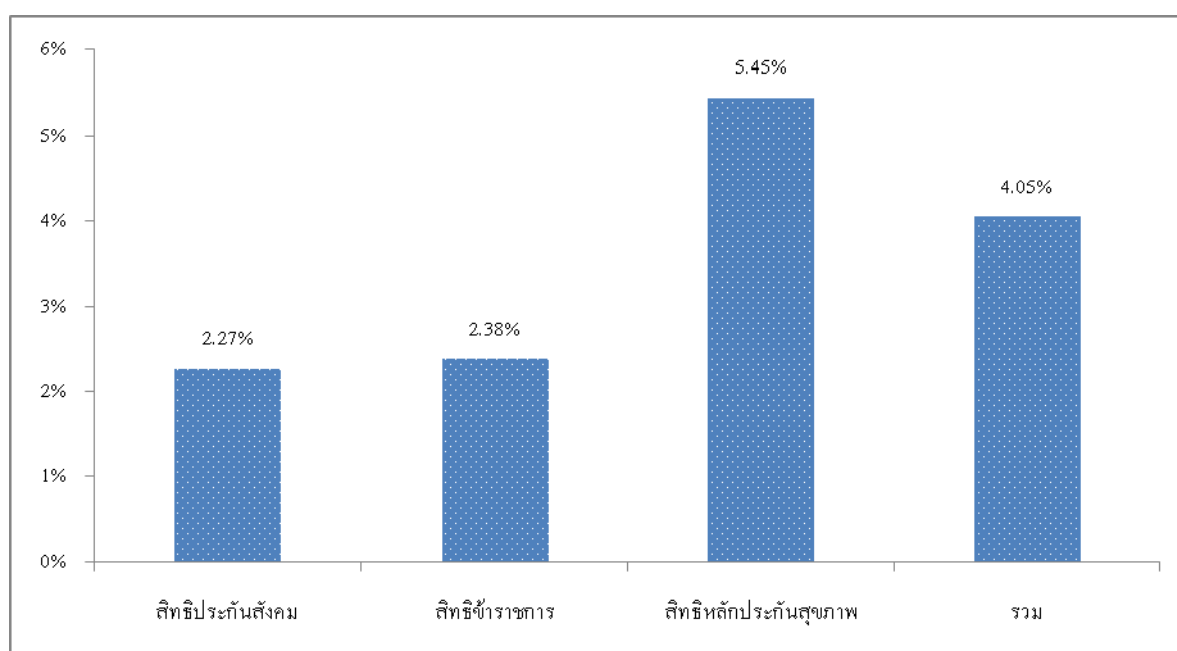
อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่กลับมาเป็นซ้ำอีก เป็นตัวชี้วัดด้านการเข้ารับบริการฟื้นฟูหลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ซึ่งการกลับมาเป็นซ้ำ หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาและมีอาการดีขึ้นกลับมาเป็นโรคซ้ำอีก โดยอาการห่างจากครั้งก่อน 28 วัน จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา พบว่า ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำอีกภายใน 28 วัน ซึ่งจะพบการกลับมาเป็นซ้ำอีกในระหว่าง 30-90 วันขึ้นไป และมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำสูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม สังคม (ร้อยละ 2.2)

รูปที่ 17 ร้อยละของการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (เดือนสิงหาคม 2555 ถึง มกราคม 2556)



เมื่อพิจารณาถึงอัตราการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล เกินกว่า 48 ชั่วโมงนั้น จะเห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่าสิทธิอื่นๆ อาจมาจากการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่รุนแรงและใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์นาน ซึ่งสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่จะมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสิทธิอื่นๆ เช่นกัน (ดังรูปที่ 7)

รูปที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (เดือนสิงหาคม 2555 ถึงมกราคม 2556)

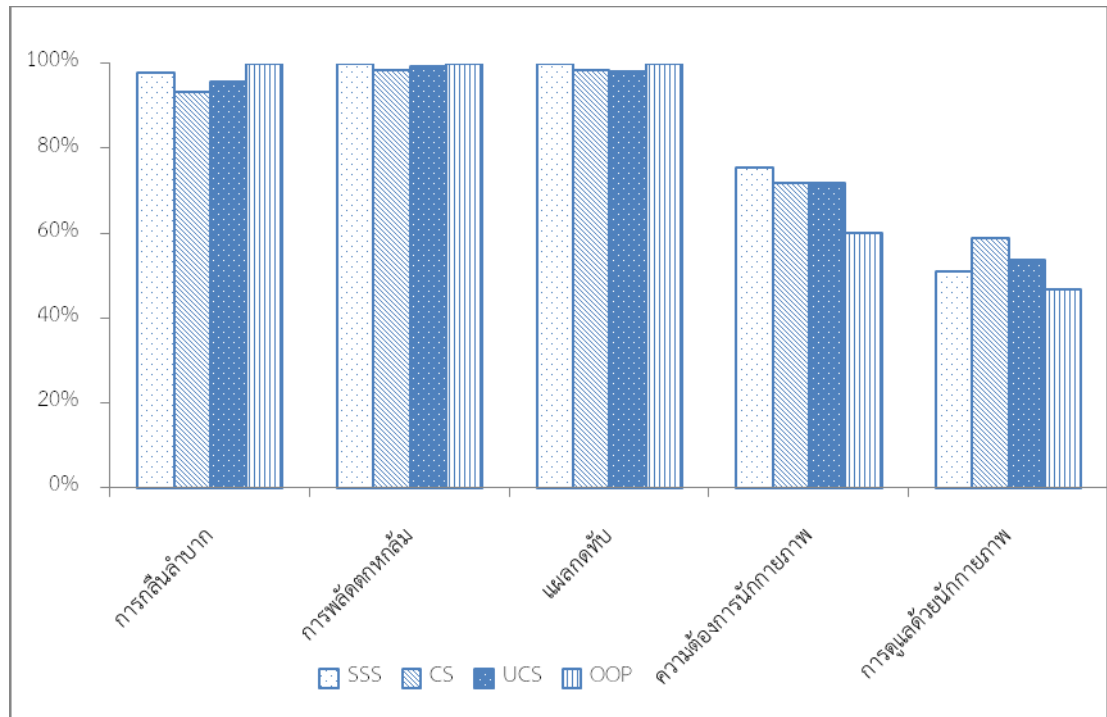


3.5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และภาระค่าใช้จ่าย

อัตราการป่วยตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 จนถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 คิดเป็นร้อยละ 4.05 และอัตราตายภายหลังการจำหน่ายหรือถูกส่งตัว คิดเป็นร้อยละ 0.9

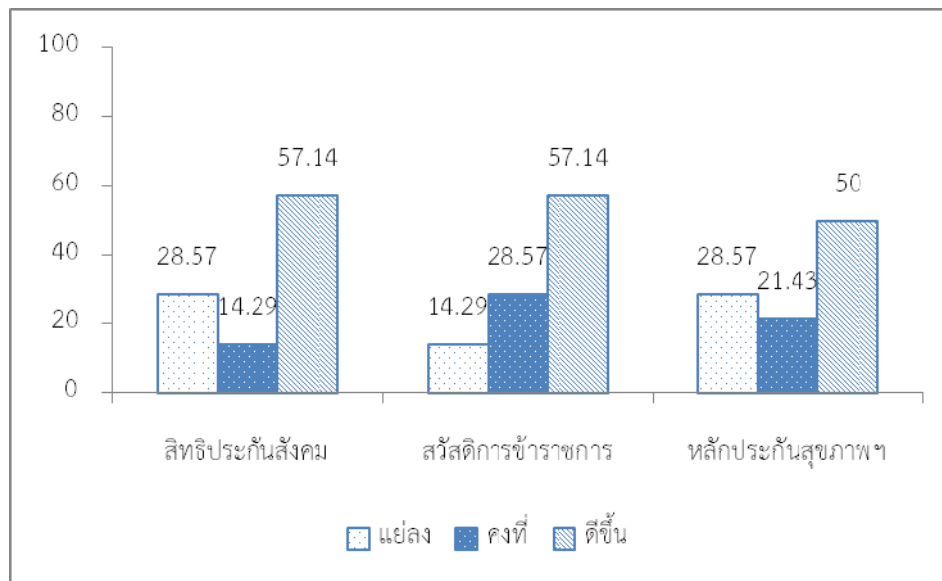
ในการประเมินภาวะกลืนลำบาก การปลัดตกหกล้มผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้รับการประเมินในด้านภาวะกลืนลำบากและการปลัดตกหกล้มเกือบทุกราย (ร้อยละ 93 - 98) และไม่มี ความแตกต่างระหว่างสิทธิการรักษา รวมทั้งการประเมินผลกดทับผู้ป่วยได้รับการประเมินครบในทุกรายตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน สำหรับการประเมินความต้องการนักร่างกายภาพบำบัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการร้อยละ 70 และได้รับการดูแลโดยนักร่างกายภาพบำบัดครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาทั้งหมด

รูปที่ 19 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงจำแนกตามสิทธิการรักษา



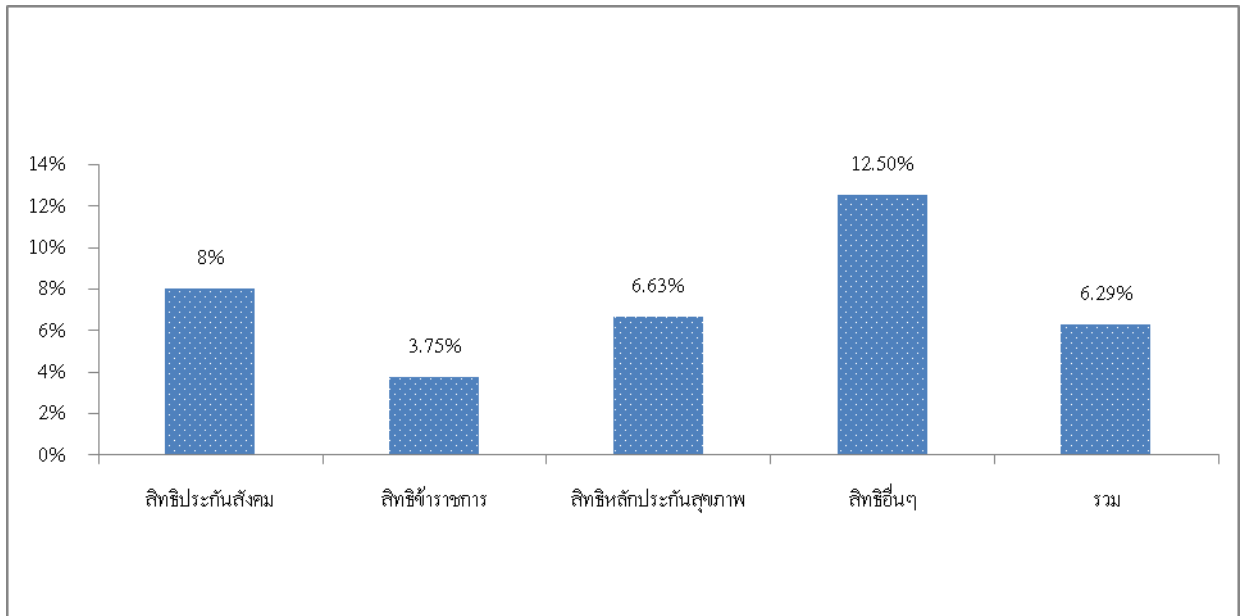
การเปลี่ยนแปลงคะแนน Modified Rankin scale ของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหลังจากจำหน่าย 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยในทุกสิทธิการรักษามีคะแนนที่ดีขึ้นในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือ ประมาณร้อยละ 50 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การได้รับยาละลายลิ่มเลือดลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รูปที่ 20 ร้อยละการเปลี่ยนแปลงคะแนน Modified rankin scale ของผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA
หลังจากจำหน่าย 3 เดือน จำแนกตามสิทธิการรักษา



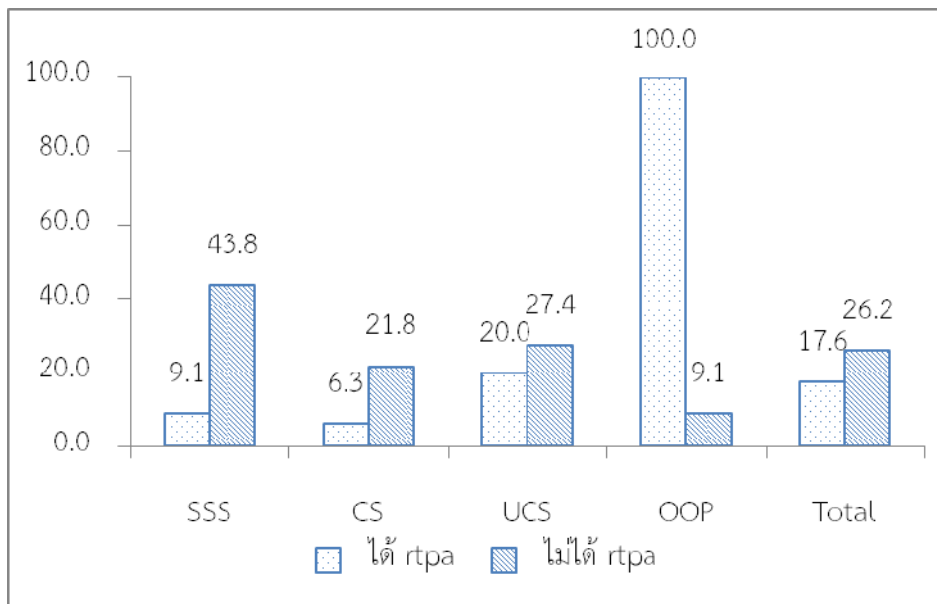
การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยทุเลาหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ต้องนอนรักษาพยาบาลนาน และหน่วย stroke unit ต้องการใช้เตียงในการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจะทำการส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับการดูแลในโรงพยาบาลที่เป็นสถานพยาบาลหลัก ยกเว้นในกรณีที่โรงพยาบาลหลักไม่มีศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องได้ จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลหลักนั้น จากการศึกษ พบว่ากรณีผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพ 3 สิทธิ กลุ่มประกันสังคมจะมีการส่งต่อมากที่สุด (ร้อยละ 8) อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลหลักต้องการนำผู้ป่วยกลับไปรักษาเองภายหลังจากทุเลา ดังรูปที่ 21

รูปที่ 21 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุบัติเหตุที่ย้ายไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลอื่น (เดือนสิงหาคม 2555 ถึง มกราคม 2556)



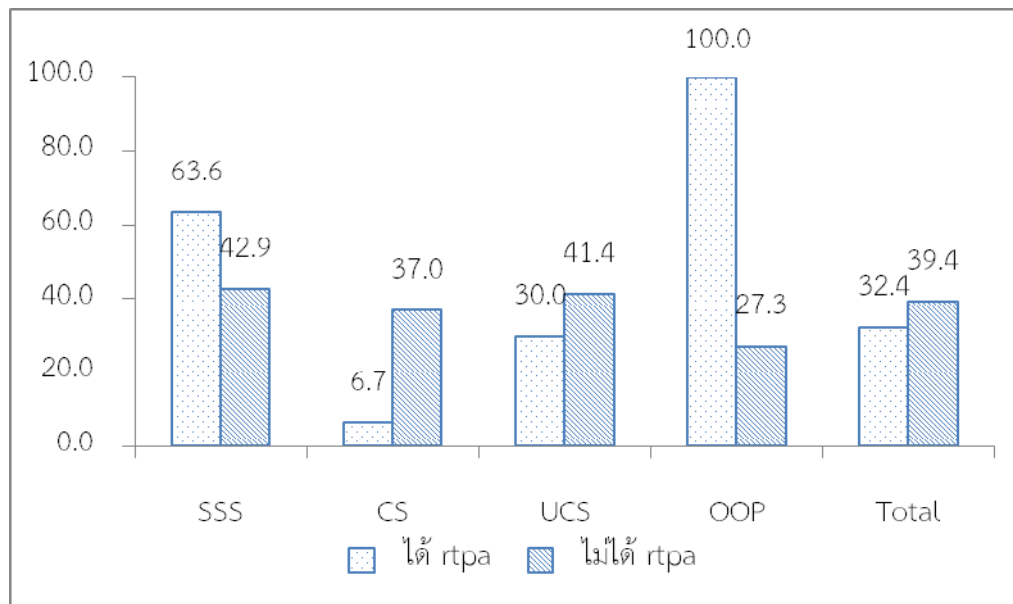
การนัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาตรวจหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งที่ 1 นั้น แพทย์จะนัด 1 สัปดาห์หลังจากจำหน่าย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA อัตราการไม่มาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยภายใต้สิทธิประกันสุขภาพ 3 หลักใหญ่ๆ มีอัตราการขาดนัดไม่ถึง 50 และเมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิเดียวกันทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA และกลุ่มที่ไม่ได้รับยา พบว่า ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมมีแนวโน้มของการไม่มาตามนัดสูงกว่าสิทธิอื่น อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจะต้องไปขอหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลหลักเพื่อมาพบแพทย์ตามนัด เช่นเดียวกันกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ rt-PA จะต้องไปขอหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลหลักเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยเพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ ทำให้ไม่สะดวกต่อการไปขอรับหนังสือส่งตัว จึงไม่มาพบแพทย์ตามนัด (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลหลัก) ดังรูปที่ 22

รูปที่ 22 ร้อยละการไม่มาตามนัดครั้งที่ 1 ในผู้ป่วยโรคสมองทั้งได้รับยาละลายลิ่มเลือดและไม่ได้รับยาจำแนกตามสิทธิการรักษา



เมื่อวิเคราะห์การมาตามนัดครั้งที่ 2 ซึ่งแพทย์จะทำการนัดผู้ป่วย 3 เดือนหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA พบว่า ผู้ป่วยภายใต้สิทธิประกันสุขภาพ 3 หลักใหญ่ ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมมีอัตราการไม่มาพบแพทย์ตามนัดสูงสุด (ร้อยละ 63.6) รองลงมาคือ ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 30) เช่นเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ rt-PA ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจะมีอัตราการไม่มาพบแพทย์ตามนัดสูงสุดเช่นกัน (ร้อยละ 42.9) รองลงมาคือ ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 41.4) ดังรูปที่ 23

รูปที่ 23 ร้อยละการมาตามนัดครั้งที่ 2 ในผู้ป่วยโรคสมองตีบ อุดตัน ทั้งได้รับยาละลายลิ่มเลือด และไม่ได้รับยา จำแนกตามสิทธิการรักษา



เมื่อพิจารณาถึงภูมิฐานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ที่ไม่มาตามนัดหมายทั้งในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามรายสิทธิการรักษา จำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิฐานะอยู่ในเครือข่าย stroke fast tract และผู้ป่วยที่มีภูมิฐานะไม่ได้อยู่ในเครือข่าย stroke fast tract พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิฐานะอยู่ในเครือข่าย stroke fast tract ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะไม่มาตามนัดมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในขณะที่สิทธิประกันสังคมและข้าราชการมีจำนวนเท่ากัน สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิฐานะไม่ได้อยู่ในเครือข่าย stroke fast tract ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงเป็นกลุ่มที่ไม่มาตามนัดมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สิทธิประกันสังคม ดังตารางที่ 8

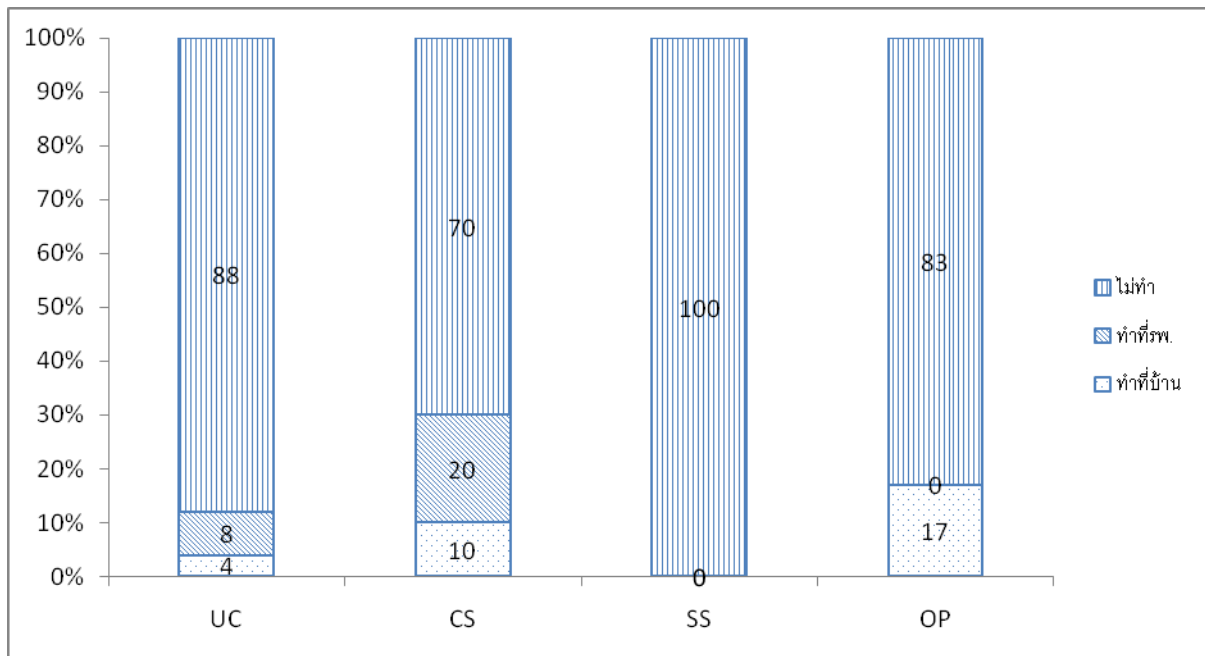
ตารางที่ 8 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ที่ไม่มาตามนัดหมายในครั้งที่ 1 หรือ 2
จำแนกตามจังหวัดภูมิลาเนา และสิทธิการรักษา

จังหวัดภูมิลาเนา	สวัสดิการ ข้าราชการ	ชำระเงินเอง	ประกันสังคม	หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	รวม
เครือข่าย Stroke fast tract ของ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ					
ปทุมธานี	8	1	1	32	42
อยุธยา	4	1	3	10	18
นนทบุรี	1	2	-	6	9
สระบุรี	1	-	-	-	1
อ่างทอง	-	-	-	1	1
รวม	14	4	4	49	71
นอกเครือข่าย Stroke fast tract ของ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ					
กรุงเทพฯ	3	-	2	1	6
อุดรดิตถ์	1	0	0	0	1
ราชบุรี	-	1	-	-	1
นครราชสีมา	-	-	1	1	2
อุทัยธานี	-	-	1	-	1
มหาสารคาม	-	-	1	-	1
แม่ฮ่องสอน	-	-	-	1	1
สุพรรณบุรี	-	-	-	1	1
พิษณุโลก	-	-	-	1	1
ระยอง	-	-	-	1	1
ยโสธร	-	-	-	1	1
สมุทรสงคราม	-	-	-	1	1
กาฬสินธุ์	-	-	-	1	1
รวม	4	1	5	9	19

การถ่ายภาพบำบัดต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่ได้รับการถ่ายภาพบำบัดขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลนั้น ทำการเปรียบเทียบระหว่าง 3 กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพหลัก พบว่า ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้มีการถ่ายภาพ บำบัดต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มสิทธิ

สวัสดิการรักษายาบาลมีอัตราการทํากายภาพบำบัดต่อเนื่องมากที่สุด ทั้งทำในโรงพยาบาลและทำที่บ้าน ดังรูปที่ 24

รูปที่ 24 ร้อยละการทํากายภาพบำบัดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล



4. การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลหลัก

เพื่อศึกษาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลหลักนั้น คณะผู้วิจัยได้ทำการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และได้มีการส่งตัวกลับไปรับบริการที่สถานพยาบาลหลักของผู้ป่วยเหล่านั้น โดยทำการศึกษาติดตามในรายที่มีการส่งต่อไปรับการรักษาในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยมีรายละเอียดของผู้ป่วยและสถานพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 9 ลักษณะและกลุ่มตัวอย่างในการติดตามผู้ป่วย

สิทธิ	ส่งต่อ (ราย)	ประเภทของโรงพยาบาลหลัก				
		รพ. มหาวิทยาลัย	รพ.ศูนย์	รพ.ทั่วไป	รพ.ชุมชน	รพ.เอกชน
ประกันสุขภาพ	11	1	4	3	3	-
ประกันสังคม	3	-	-	-	-	3
สวัสดิการ ข้าราชการ	2	1	1	-	-	-

รูปแบบการจัดบริการให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย stroke fast tract นั้น พบว่ามีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรับและส่งต่อผู้ป่วย โดยไม่มีการแยกสิทธิ มีการประสานงานกับงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลและอาศัยอยู่ในระยะ 2 กิโลเมตรรอบๆ โรงพยาบาล ทั้งยังใช้โทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA ที่ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมิน Modified Rankin Scale ทุก 3 และ 6 เดือน สำหรับกรณีผู้ป่วยชนิดที่ไม่ได้รับยา rt-PA ยังไม่มีกระบวนการติดตาม

รูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยใน 2 จังหวัดที่ทีมวิจัยได้ทำการติดตามศึกษา พบว่า กรณีรับส่งต่อภายในจังหวัดนั้น จังหวัดที่ 1 มีโรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัด จังหวัดที่ 2 มีโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัด ซึ่งการส่งต่อภายในจังหวัดนั้น โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นโรงพยาบาลหลักจะต้องออกไปส่งตัวให้ผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อรับรองว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดนั้น โรงพยาบาลทุกระดับใน 2 จังหวัด มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ซึ่งแนวปฏิบัติยึดแนวทางของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เนื่องจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นหน่วยงานที่เข้ามาให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาหลักในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นแม่ข่าย stroke fast tract ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวไม่มีการแยกลักษณะการดูแลผู้ป่วยตามสิทธิ มีระบบการส่งต่ออย่างชัดเจน มีการประสานงานกับชุมชนในการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จะมีการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล โดยมีเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองของโรงพยาบาลเป็นผู้ออกเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านนั้น จะไม่ได้เยี่ยมเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองแต่อย่างเดียว จะเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยในกลุ่มที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด ในโรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะการเยี่ยมผู้ป่วยในเขตที่โรงพยาบาลรับผิดชอบเช่นกัน ส่วนนอกเขตที่โรงพยาบาลรับผิดชอบจะเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเภทผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยมมีลักษณะเช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ไม่เจาะจงเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การส่งต่อผู้ป่วยนั้น ทุกโรงพยาบาลมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง มีหลักเกณฑ์และแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อสู่ระบบ fast tract ทั้งยังมีการสื่อสาร ประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาลที่ดูแลระบบ stroke fast tract โดยตรง เพื่อความรวดเร็วในการส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

การติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดนั้น จะพบเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ที่จะมีการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดด้วยการใช้โทรศัพท์ติดตาม ซึ่งไม่พบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด

ในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนนั้น ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด แต่เคยเข้าร่วมรับฟังแนวทางการจัดระบบเครือข่ายบริการ Stroke fast tract ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ การส่งต่อนั้น พบว่า มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งรูปแบบการจัดบริการสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 รูปแบบในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลที่รับและส่งต่อผู้ป่วย

ประเภท รพ.	แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย	ระบบการส่งต่อผู้ป่วย	การประสานงานกับชุมชนออกเยี่ยมบ้าน	การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด
รพ.มหาวิทยาลัย 1	✓	✓	ในเขต 2 กม. รอบรพ. เยี่ยมเป็นบางราย	-
รพ.มหาวิทยาลัย 2	✓	✓	-	-
รพ.ศูนย์จังหวัดที่ 1	✓	✓	เยี่ยมบ้านในเขต PCU เมืองที่รับผิดชอบ	ใช้โทรศัพท์ติดตาม
รพ.ชุมชน 1 จังหวัดที่ 1	✓	✓	เยี่ยมบ้านในเขตรับผิดชอบ รพสต. เยี่ยมนอกเขต	-
รพ.ชุมชน 1 จังหวัดที่ 1	✓	✓	เยี่ยมบ้านในเขตรับผิดชอบ รพสต. เยี่ยมนอกเขต	-
รพ.ทั่วไป จังหวัดที่ 2	✓	✓	เยี่ยมบ้านในเขต PCU เมืองที่รับผิดชอบ	ใช้โทรศัพท์ติดตาม
รพ.ชุมชน 1 จังหวัดที่ 2	✓	✓	เยี่ยมบ้านในเขตรับผิดชอบ รพสต. เยี่ยมนอกเขต	-
รพ.ชุมชน 2 จังหวัดที่ 2	✓	✓	เยี่ยมบ้านในเขตรับผิดชอบ รพสต. เยี่ยมนอกเขต	-
รพ.ชุมชน 3 จังหวัดที่ 2	✓	✓	เยี่ยมบ้านในเขตรับผิดชอบ รพสต. เยี่ยมนอกเขต	-
รพ.เอกชน 1	-	✓	-	-
รพ.เอกชน 2	-	✓	-	-
รพ.เอกชน 3	-	✓	-	-

5. การเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ยาละลายลิ่มเลือด

ในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในการให้ยาละลายลิ่มเลือดนั้น จากการสัมภาษณ์ แพทย์ทางระบบประสาท แพทย์ประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลประจำหน่วย stroke unit พบว่า ในการให้ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่ว่าผู้ป่วยจะถูกส่งตัวมา (refer) หรือผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง (walk in) นั้น หากมีอาการที่บ่งชี้ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และอยู่ในระยะที่สามารถเข้าสู่ระบบ stroke fast tract ได้ แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินจะดำเนินการให้การรักษาทันที โดยส่งทำการตรวจเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT scan) เจาะเลือดตรวจตามแนวทางการรักษาโดยไม่คำนึงถึงสิทธิรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

สำหรับตรวจวินิจฉัยพิเศษเพิ่มเติม เช่น การตรวจสมองคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แพทย์สามารถส่งตรวจได้ หากแต่ในกลุ่มสิทธิประกันสังคม พยาบาลจะแจ้งให้สถานพยาบาลหลักรับทราบก่อน รวมทั้งการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลที่จะค้นหาสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องแจ้งให้สถานพยาบาลหลักรับทราบก่อน ซึ่งส่วนมากสถานพยาบาลหลักของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยจะยินยอมให้ทางโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติดำเนินการรักษาได้สอดคล้องกับการสัมภาษณ์โรงพยาบาลเอกชน

สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การใช้นอกบัญชียาหลักต้องแจ้งให้ทางผู้ป่วยหรือญาติรับทราบและตัดสินใจก่อน เพราะจะต้องจ่ายค่ายาเอง เช่น ยา Nicardipine injection สำหรับลดความดันโลหิต ที่ยังไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ปัจจุบันได้รับการบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติตาม ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ประกาศ ณ วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2555 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ 23 มกราคม 2556) ซึ่งการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละสิทธิสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 11 แนวทางการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละสิทธิ

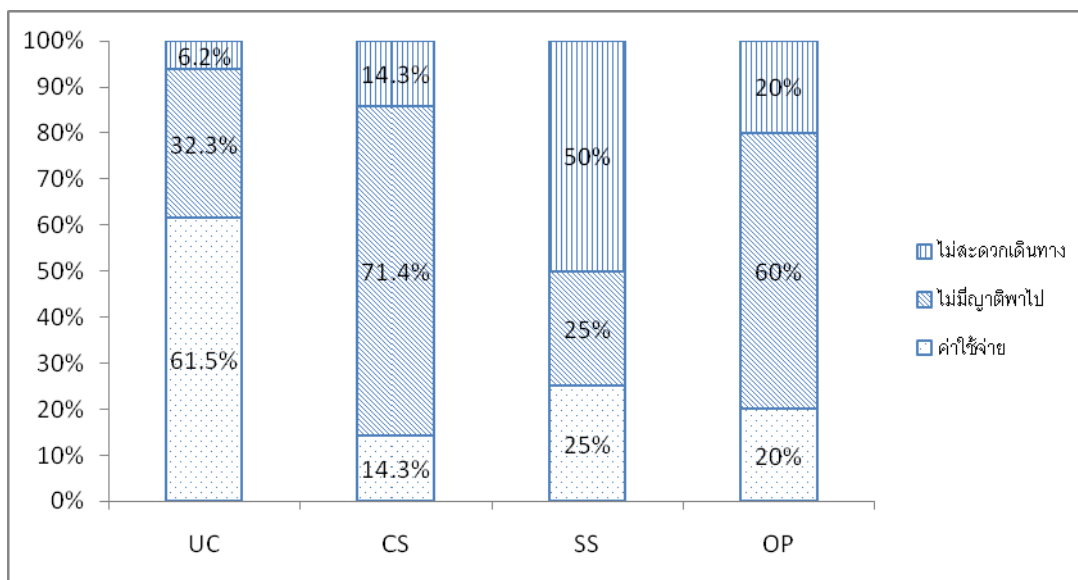
รายการ	สวัสดิการรักษา	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
การวินิจฉัยตาม CPG	✓	✓	✓
การวินิจฉัยพิเศษ (MRI MRA ฯลฯ)	✓	แจ้งรพ.หลักก่อน	✓
ยาในบัญชียาหลัก	✓	✓	✓
ยานอกบัญชียาหลัก	✓	แจ้งรพ.หลักก่อน	แจ้งผู้ป่วยและญาติ ให้ตัดสินใจ เพราะต้องจ่ายเอง

รายการ	สวัสดิการรักษา	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
การตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกรพ.	แจ้งผู้ป่วยและญาติ ให้ตัดสินใจ เพราะต้องจ่ายส่วนเกิน	แจ้งรพ.หลักก่อน	แจ้งผู้ป่วยและญาติ ให้ตัดสินใจ เพราะต้องจ่ายเอง

6. ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

6.1 ขาดการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดขณะนอนรักษาตัวนั้น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะต้องทำกายภาพบำบัด เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแนะนำให้ไปทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลหลักของตน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้ไป เนื่องจากปัญหาหลัก 3 ประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางไปทำกายภาพบำบัด ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพาไปทำ และไม่สะดวกที่จะเดินทางไปทำเนื่องจากร่างกายอ่อนแรง ซึ่งปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจะพบมากในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพาไปจะพบมากในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และไม่สะดวกเดินทางจะพบมากในสิทธิประกันสังคม ดังรูปที่ 25

รูปที่ 25 สาเหตุของการไม่ได้ทำกายภาพบำบัดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล



6.2 ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ไม่ทราบหลักเกณฑ์ว่าต้องใช้หนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาลหลัก เวลาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติตามที่แพทย์นัด ทำให้ถูกเรียกเก็บเงินค่ารักษายาบาล

6.3 ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยยังมีปัญหา ในกรณีที่ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ รพ.แม่ข่ายผิดยา ด้วยตนเอง ไม่ผ่านโรงพยาบาลหลัก หรือถูกส่งตัวไปจากโรงพยาบาลหลัก เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายแต่ไม่ได้นำใบส่งตัวจาก รพ.แม่ข่ายไปให้โรงพยาบาลหลัก ทำให้โรงพยาบาลหลักไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ของตน ไม่ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือติดตามให้บริการฟื้นฟูสภาพ

6.4 การที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมีเตียงน้อย (stroke unit) 6 เตียง ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ stroke fast tract, ผู้ป่วยจากเส้นเลือดสมองแตก จะถูกปฏิเสธเข้ารับการรักษา เมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวไปถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ CT scan และทราบผล ไม่ว่าจะเป็นการส่งต่อหรือโรงพยาบาลหลักเป็นผู้นำส่ง

6.5 กรณีที่เตียงเต็มของหน่วย stroke unit และต้องรับใหม่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพิจารณาจำหน่ายหรือส่งตัวผู้ป่วยกลับ ทางโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจะเลือกผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นอันดับแรก เนื่องจากมีต้นสังกัดรองรับในการส่งตัวกลับ

6.6 การถามสิทธิก่อนที่จะให้การรักษของแพทย์กรณีเป็นการรักษาในระยะ chronic เช่น การตรวจหาสาเหตุของการเกิดโรค ยังคงพบอยู่และใช้ประกอบการตัดสินใจในการให้การรักษของแพทย์ที่เป็นหัตถการ หรือการวินิจฉัยพิเศษ

6.7 อาจมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าระบบ stroke fast tract ในแต่ละสิทธิที่แตกต่างกัน แต่การศึกษานี้ไม่ครอบคลุม

บทที่ 4

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

1. การให้บริการทางการแพทย์กรณีโรคหลอดเลือดสมองของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ

การให้บริการทางการแพทย์กรณีโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพหลักของไทย 3 ระบบ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น แม้ว่ากลไกการจ่ายเงินค่าชดเชยการให้บริการแก่สถานพยาบาลในแต่ละระบบมีความแตกต่างกัน แม้ว่าเป็นโรคเดียวกัน แต่ไม่ส่งผลต่อการให้บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในระยะเฉียบพลัน (acute) ผู้ป่วยทุกสิทธิที่แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) จะได้รับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical practice guideline) ทุก ราย ไม่พบความเลื่อมล้ำในการให้บริการหรือเลือกปฏิบัติที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หากแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะนำผู้ป่วยเข้าระบบ fast tract ทันที โดยแพทย์มองว่าเป็นจริยธรรมทางการแพทย์ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู (Chronic) แพทย์จะเลือกวิธีในการดูแลรักษา โดยมีการพิจารณาสิทธิของผู้ป่วย เช่น การให้ยาลดความดันโลหิต การตรวจวินิจฉัยพิเศษ เพื่อหาสาเหตุการเกิดโรค เป็นต้น

แม้ว่าระบบเครือข่าย stroke fast tract จะเป็นการดำเนินงานและบริหารจัดการเฉพาะโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการที่จะดูแลผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่การจัดระบบ stroke fast tract ยังส่งผลในการดูแลผู้ป่วยภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะสิทธิประกันสังคม แม้ว่าในขณะที่ทำการศึกษาสำนักงานประกันสังคมกำหนดสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงไว้ แต่ในทางปฏิบัติ เมื่อมีผู้ประกันตนที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติด้วยตนเองโดยไม่ผ่านการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลหลัก หากแพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลัน สามารถเข้าสู่ระบบ fast tract ได้และระยะ golden period เหลือน้อย แพทย์จะนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ fast tract ทำการตรวจ CT scan เจาะเลือดตรวจ และพิจารณาให้ยา rt-PA ทันที โดยยังไม่ทำการประสานสิทธิหรือแจ้งให้โรงพยาบาลหลักทราบ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการรับการรักษาได้ทันเวลา ซึ่งโรงพยาบาลหลักส่วนใหญ่จะยินยอม เนื่องจากอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ที่ทำการรักษาให้

ลักษณะการมารับบริการของผู้ป่วย ทั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติหรือไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแรกหรือโรงพยาบาลหลัก พบว่า ส่วนใหญ่จะมาด้วยตนเอง/ญาติพามาเป็นส่วนใหญ่ ทั้งพบว่าการมาโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 มีอัตราน้อยมาก

การได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ภายหลังจากแพทย์ผู้ให้การรักษาเห็นว่า พ้นจากภาวะเฉียบพลันแล้ว และไม่มีโรคแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความต้องการในการทำกายภาพบำบัดร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้ดูแลและนักกายภาพบำบัด ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจะได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการทำกายภาพบำบัดครั้งหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด

การไม่มาพบแพทย์ตามนัดนั้น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA พบว่า ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมมีอัตราการไม่มาพบแพทย์ตามนัดสูงสุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในกรณีผู้ป่วยประกันสังคมนั้น อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจะต้องไปขอหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลหลักเพื่อมาพบแพทย์ตามนัดและโรงพยาบาลหลักไม่ทำหนังสือส่งตัวให้ผู้ป่วยหรือผู้ประกันตนไม่สะดวกที่จะมารับการตรวจที่โรงพยาบาลเนื่องจากการที่ผู้ประกันตนกลับไปพักที่บ้าน ซึ่งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แต่ในกรณีของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น สิทธิประโยชน์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้โดยไม่ต้องไปรับใบส่งตัวจากโรงพยาบาลหลักได้ถึง 2 ครั้ง ทำให้ต้องพิจารณาถึงอุปสรรคอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการตรวจตามนัดได้ เช่น ที่อยู่อาศัยอยู่ไกลจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ไม่สะดวกต่อการมาพบแพทย์เนื่องพยาธิสภาพทางร่างกาย หรือผู้ดูแลไม่สามารถพามาบริการได้

2. ปัญหาและอุปสรรคต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

- 2.1 กลไกการจ่ายเงิน สิทธิประโยชน์กรณีโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละกองทุนประกันสุขภาพหลักของประเทศยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- 2.2 ขาดการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- 2.3 ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยยังมีปัญหา ขาดการสื่อสารกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย stroke fast tract กับโรงพยาบาลหลัก ในกรณีที่ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายฉีดยาด้วยตนเอง ไม่ผ่านโรงพยาบาลหลัก ทำให้โรงพยาบาลหลักไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ของตน ไม่ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือติดตามให้บริการฟื้นฟูสภาพ
- 2.4 ผู้ป่วยหรือญาติยังไม่ทราบถึงระบบบริการ 1669
- 2.5 ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการมีโรคประจำตัว พบว่ามีจำนวนของการขาดยา หรือรับยาไม่สม่ำเสมอสูง
- 2.6 ขาดการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนารูปแบบกลไกการจ่ายเงิน หรือสิทธิประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ในแต่ละสิทธิประกันสุขภาพหลัก
2. ควรมีการพัฒนากฎเกณฑ์ และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู เพื่อให้เป็นแนวทางที่กองทุนหลักประกันสุขภาพหลักสามารถนำไปใช้กำหนดสิทธิประโยชน์ที่สอดคล้องกันในแต่ละกองทุน
3. ส่งเสริมให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในระดับชุมชน กำหนดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ เพื่อ ยก ระดับศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูที่อยู่ในความดูแลของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติหรือติดตามการรักษา
4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการจัดการโรค ที่สามารถวิเคราะห์และประมวลสารสนเทศอันเป็นประโยชน์ในการติดตามการดูแลรักษาระยะยาวตามข้อเสนอแนะสำหรับเวชปฏิบัติ ผ่านเครือข่ายระบบสารสนเทศทางไกล เพื่อเป็นสารสนเทศให้กับหน่วยบริการและผู้ป่วยให้สามารถใช้ในการติดตามการดูแลรักษาระยะยาว
5. พัฒนาการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ให้บริการในพื้นที่
6. พัฒนาระบบการให้ความรู้ การปฏิบัติตน แก่กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในชุมชน เช่น การกินยาประจำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

หญิงไทย วัยกลางคน อายุ 58 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอมหาราช จังหวัดอยุธยา มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลหลักคือ โรงพยาบาลบ้านแพรก เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้างก่อสร้าง รายได้ 7,000-8,000 บาทต่อเดือน พักอยู่กับสามีและบุตร สมาชิกในครอบครัวจำนวน 7 คน มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับประทานยาที่โรงพยาบาลบ้านแพรกประจำ ไม่ขาดยา

วันเกิดเหตุผู้ป่วย เริ่มมีอาการแขนขาอ่อนแรง ขยับไม่ได้คลื่นไส้ อาเจียน เวลา 7.30 น. บุตรสาวจ้างรถเพื่อนบ้านไปส่งที่โรงพยาบาลบ้านแพรก ระยะทางห่างจากบ้านพัก 5 กิโลเมตร แล้วส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งการส่งต่อของโรงพยาบาลบ้านแพรก สอดคล้องกับความต้องการของญาติ เนื่องจากเจ้าหน้าที่อนามัยเคยให้คำแนะนำไว้ว่า หากมีอาการดังกล่าวให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เนื่องจากมีความเชี่ยวชาญในเรื่องระบบสมอง

บุตรสาวผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า เมื่อไปถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เวลาประมาณ 10.00 น. ผู้ป่วย สับสน ขยับไม่ได้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งว่า มีอาการเนื่องจากเส้นเลือดในสมองตีบ จะทำการรักษาด้วยการฉีดยาละลาย ไม่ต้องผ่าตัด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เนื่องจากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค้ำครอง แต่ระหว่างที่นอนรักษาตัวอยู่นั้น พยาบาลแจ้งว่า ต้องใช้ยาฉีดที่ไม่สามารถเบิกได้จากสิทธิบัตรทอง ราคาประมาณ 2,000 บาท แต่ญาติไม่มีเงิน พยาบาลจึงแนะนำให้ไปทำเรื่องค้างค่าใช้จ่ายที่หน่วยสังคมสงเคราะห์ “ธรรมศาสตร์เรียกเก็บ 2 พันเป็นค่ายา แต่เราไม่มีเงิน พยาบาลเลยให้ไปยื่นเรื่องไม่เสียเงิน”

บุตรสาวเล่าต่อว่า ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ 6 วัน ได้รับการทำกายภาพบำบัดจากเจ้าหน้าที่ สามีผู้ป่วยอยู่เฝ้าดูอาการในช่วงเวลาที่หอบผู้ป่วยอนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้ หมดเวลาเยี่ยมสามีจะไปนอนที่ป้อมยามโรงพยาบาล บุตรจะผลัดกันไปเยี่ยม 2 วันต่อครั้ง โดยการเหมารถเพื่อนบ้านไปส่ง ครั้งละ 1,000 บาท “ไม่รู้ว่าจะโรงพยาบาลอยู่ไหน ไม่เคยไปทุมธานี ต้องจ้างรถไปเที่ยวละ 1,000 เอาข้าวไปให้พ่อด้วย จะได้ประหยัดเงินกินอยู่ที่นั่น” พอทุเลาอาการทางสมอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ส่งตัวกลับมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอยุธยา เพราะควบคุมน้ำตาลจากโรคเบาหวานยังไม่ได้

ผู้ป่วยนอนพักที่โรงพยาบาลอยุธยา 6 วัน ญาติขอพาผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลบ้านแพรก เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง “ไปพ.อยุธยา ถ้าเหมารถก็ 500 บาท ถ้านั่งรถประจำทาง 25 บาท/เที่ยว แล้วต่อรถตุ๊กไปอีก 30 บาท ถูกแต่มันไม่สะดวกต้องรอรถ”

การไปพบแพทย์ตามนัดนั้น ทั้งโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ และโรงพยาบาลอุษยานันต์ให้ไปพบแพทย์เช่นกัน แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เพราะไม่สะดวกที่จะพาผู้ป่วยไป “แม้อย่างเดินไม่ได้ ไปก็ต้องเหมารถไป เลยไปแค่โรงพยาบาลอุษยานันต์” ญาติเล่าต่อว่า เมื่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอุษยานันต์ตามนัดนั้น ผู้ป่วยต้องเสียเงินค่าตรวจเลือดและค่ายา เนื่องจากไม่มีใบส่งตัวไปจากโรงพยาบาลบ้านแพรง “ไม่รู้ว่าจะต้องมีหนังสือส่งตัว ไม่มีใครบอก พอไปเจาะเลือดเค้าก็เก็บดั่งค์ ค่ายา เค้าก็เก็บ ทั้งหมด 1,250 มีเงินไป 1,000 บาท ไม่พอจ่าย แล้วค่าเหมารถไปอีก” ญาติจึงนำยามาให้แพทย์ที่โรงพยาบาลบ้านแพรงดู ซึ่งยารักษาเบาหวานมีอยู่ในห้องยาโรงพยาบาลบ้านแพรง แต่ยารักษาโรคทางสมองยังไม่มี ทางโรงพยาบาลบ้านแพรงได้ทำการขอเบิกยาจากโรงพยาบาลอุษยานันต์มาเก็บไว้ที่ห้องยาให้ผู้ป่วย

ระหว่างพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลบ้านแพรง ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัด ซึ่งเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดได้สอนวิธีทำกายภาพให้สามีและบุตรด้วย เมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านสามีและบุตรจะผลัดกันทำกายภาพให้กับผู้ป่วย “อยู่บ้านก็ทำกายภาพตลอดตามที่หมอสั่ง กลางคืนทำกายภาพตลอดเวลา พ่อกับลูกๆ จะช่วยกันทำครบเซต (ยกขา ถ่วงทราย แกว่งแขน) แต่ถ้าอยู่คนเดียวก็ยกแขนตัวเอง” ผู้ป่วยรายนี้ขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ค่า Modified Rankin Scale = 5 เมื่อคณะวิจัยติดตามไปเยี่ยมบ้านภายหลังจำหน่าย 4 เดือน พบว่า ค่า Modified Rankin Scale = 2 ผู้ป่วยสามารถเดินด้วยไม้ค้ำยันได้ “ดีขึ้นเยอะเลย พุดชัดขึ้นเยอะ จากที่ทำอะไรไม่ได้ ตอนนี้ทำได้แล้ว” ขณะพักฟื้นที่บ้าน จะมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าไปเยี่ยมที่บ้าน และให้ความช่วยเหลือ “มีหมอนามัยเข้ามาเยี่ยม ไม้ค้ำยันเดินหมอนามัยก็เอามาให้ยืมใช้เดิน”

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครัวเรือนพอสมควร เนื่องจากผู้ป่วยมีอาชีพหลักเสริมรายได้ให้ครอบครัว ประกอบกับสามีได้เปลี่ยนอาชีพรับจ้างฉีดยาข้าวใกล้บ้านเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้รายได้ลดลง และมีหนี้สินกู้ยืมเกิดขึ้นเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยขณะที่นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลทั้งสองแห่ง “ก้อกู้เค้ามาบ้าง ตอนที่แม่ไม่สบาย เป็นค่ารถไปหาเยี่ยมที่ธรรมศาสตร์และหาหมอที่ รพ.อุษยานันต์ ลูกๆ ก้อช่วยกันหาเงินทยอยใช้หนี้ ใกล้หมดละ”

เมื่อถามถึงความพึงพอใจที่ได้รับจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บุตรสาวแสดงความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับเป็นอย่างยิ่ง “บัตรทอง ดีไม่เคยเสียดั่งค์เลย เสียแต่ค่ากิน พอใจมาก ธรรมศาสตร์ก้อดี ดูแลทั้งหมดเหมือนกันไม่แบ่งสิทธิของคนไข้ หมออธิบายอาการ วิธีการรักษาดี” และสุดท้ายเมื่อถามว่า ถ้าหากพบผู้ป่วยที่มีอาการแบบเดียวกันจะให้คำแนะนำอย่างไร “จะบอกให้ทำกายภาพทุกวัน จะได้ดีขึ้น”

กรณีศึกษาที่ 2

ชายไทย วัยสูงอายุ อายุ 71 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลหลักคือ โรงพยาบาลปทุมธานี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพค้าขาย รายได้ 8,000-9,000 บาทต่อเดือน พักอยู่กับภรรยาและหลาน สมาชิกในครอบครัวจำนวน 3 คน มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง รับประทานยาเป็นประจำ ไม่ขาดยา

วันเกิดเหตุผู้ป่วย เริ่มมีอาการเดินเซ ปากเบี้ยว เวลาประมาณ 17.00 น. ภรรยาโทรศัพท์ตามบุตรชาย ให้ไปส่งที่โรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งห่างจากบ้าน 1 กิโลเมตร หลังจากนั้นถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ภรรยาผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า เมื่อไปถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เวลาประมาณ 20.30 น. ผู้ป่วยอ่อนแรง แขนขาซ้ายไม่มีแรง พูดไม่ได้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแจ้งว่า เส้นเลือดในสมองตีบ จะทำการรักษาด้วยการฉีดยาละลาย ผู้ป่วยพักรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ 7 วัน มีภรรยาเฝ้าดูอาการ หลังจากนั้นโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ส่งตัวกลับโรงพยาบาลปทุมธานี เนื่องจากยังควบคุมระดับความดันโลหิตได้ยังไม่คงที่

ผู้ป่วยนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี 9 วัน ภรรยาเล่าว่า ขณะที่นอนรักษาตัวทั้งโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ และโรงพยาบาลปทุมธานี ได้รับการทำกายภาพบำบัดทุกวัน ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลปทุมธานี พยาบาลแนะนำและนัดให้มาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลปทุมธานี

ผู้ป่วยไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ โดยภรรยาให้เหตุผลว่าไม่สะดวกที่พาผู้ป่วยไป เนื่องจากยังช่วยเหลือตนเองได้น้อย “มันทุลักทุเล ขึ้นลงรถลำบาก” แต่ได้ไปรับยาที่โรงพยาบาลปทุมธานีตามที่แพทย์นัด การทำกายภาพบำบัดนั้น ผู้ป่วยไม่ได้ไปรับการทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลปทุมธานีตามนัด ด้วยเหตุผลว่าไม่สะดวกเช่นกัน “พยาบาลก๊อนัดให้ไปทำนะ แต่ไม่ได้ไปทำ ไม่มีใครพาไป อยู่กันแค่นี้ ลูกเค้าก็มึนงานทำ ไม่มีเวลาพาไป ถึงเค้าจะพาไปก็อเกรงใจเค้า” แต่มีช่วงระยะเวลาหนึ่งหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล บุตรได้พาไปฝังเข็มที่คลินิกแพทย์แผนโบราณประมาณ 3 ครั้ง และจ้างหมอนวดแผนไทยมานวดให้ที่บ้านเป็นบางครั้ง “มีคนมาเล่าให้ฟังว่า หมอฝังเข็มที่คลินิกใกล้ๆ ธรรมศาสตร์เก่ง รักษาหายมาหลายคน เลยให้ลูกพาไป...ตอนนี้ก็ให้หมอนวดมานวดที่บ้านบ้าง นานๆครั้ง”

ผู้ป่วยรายนี้ขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ค่า Modified Rankin Scale = 4 เมื่อคณะวิจัยติดตามไปเยี่ยมบ้านภายหลังจำหน่าย 5 เดือน ค่า Modified Rankin Scale = 3 ผู้ป่วยสามารถเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน (Walker) ยังพูดไม่ชัดและยกแขนขยับได้น้อย “อาการก็ยังไม่หาย ยังยก

แขนข้างขวายังไม่ค่อยได้ แต่เดินสามขาพอได้อยู่” เมื่อกลับมาพักที่บ้าน ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมติดตามอาการแต่อย่าง “ไม่มีใครมาเยี่ยมนะ ทั้งๆ ที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลปทุมฯ แค่นี้”

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งนี้ไม่ส่งผลหรือกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครัวเรือน เนื่องจากประกอบอาชีพค้าขายซึ่งเป็นอาชีพร่วมกับภรรยา เมื่อป่วยสามารถค้าขายแทนได้ ทั้งยังมีบุตรให้การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกิดขึ้น

เมื่อถามถึงความพึงพอใจที่ได้รับจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ ภรรยาให้ความเห็นว่า “ใช้สิทธิบัตรทองก็ดี ไม่เสียตังค์ ธรรมศาสตร์ ก้อดูแลดี”

กรณีศึกษาที่ 3

ชายไทย วัยกลางคน อายุ 49 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีสิทธิประกันสังคม โรงพยาบาลหลักคือ โรงพยาบาลนวนคร เรียนจบระดับปริญญาตรี เจ้าของสถานประกอบการก่อสร้าง ไม่ระบุรายได้ พักอยู่กับภรรยาและบุตร สมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง รับประทานยาที่โรงพยาบาลนวนครไม่สม่ำเสมอ ซ้อยากินเองเป็นบางครั้ง

วันเกิดเหตุ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแขนขาขวาอ่อนแรง เวลาประมาณ 7.00 น. ผู้ป่วยและภรรยาโทรศัพท์ติดต่อสอบถามแผนการรักษากับโรงพยาบาลหลัก หาข้อมูลการรักษา จนทราบว่าโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงให้ภรรยาพามาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ

ผู้ป่วยเล่าว่า ไปถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เวลาประมาณ 12.30 น. ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง พูดลำบาก และขอแพทย์นอนพักรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ 2 วัน เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้คำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาพยาบาลในระหว่างนอนโรงพยาบาล จึงตัดสินใจขอไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเวชธานี เนื่องจากเห็นว่าเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง “ไม่มีใครมาบอกว่า เป็นอะไร จะรักษายังไง เลยค้นทางอินเทอร์เน็ตรู้ว่า รพ.เวชธานีรักษาได้ เลยขอไปต่อ”

ผู้ป่วยนอนพักรักษาและทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลเวชธานี 3 วัน แล้วจึงกลับมาพักที่บ้าน โดยแพทย์ที่โรงพยาบาลเวชธานีแนะนำให้ไปทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนที่โรงพยาบาลหลัก ซึ่งเมื่อกลับมาพักที่บ้าน ผู้ป่วยไม่ได้ไปทำกายภาพที่โรงพยาบาลหลัก โดยให้เหตุผลว่า โรงพยาบาลไม่มีเจ้าหน้าที่เฉพาะทาง จะมีแต่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประจำห้องกายภาพ “รพ.ไม่มีคนที่เป็นกายภาพจริงๆประจำ มีแต่เจ้าหน้าที่ที่ฝึกมาเอง เราไปเค้กก้อให้เราหัดทำเอง มีอุปกรณ์ให้ทำ สู้

“ไม่ไปดีกว่า” อาการขณะที่ยำหนายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ค่า Modified Rankin Scale = 1 เมื่อคณะวิจัยติดตามไปเยี่ยมบ้านภายหลังจำหนาย 5 เดือน ค่า Modified Rankin Scale = 1 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ตัวผู้ป่วยยังรู้สึกว่าร่างกายยังไม่กลับไปแข็งแรงเหมือนเดิม “คุณดูผมภายนอก ดูดีใช่ไหม แขนขา ยกได้ แต่ตัวผมรู้ว่ามียังไม่ดีเท่าเดิม” ขณะที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตามไปเยี่ยมที่บ้าน

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครัวเรือน เนื่องจากเป็นเจ้าสถานประกอบการและภรรยาไม่สามารถดูแลแทนได้ ทำให้รายได้ลดน้อยลงมากกว่าครึ่ง ผู้ป่วยจะกังวลในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่า

เมื่อถามถึงความพึงพอใจที่ได้รับจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยกล่าวว่า “ไม่ค่อยพอใจ รพ.ธรรมศาสตร์ ๗ เท่าไหร่ให้อ่อนแอๆ เลยขอย้าย... ประกันสังคมนะเหอะ ตอนนี้อยู่ที่ร้านขายของชำอยู่ สำนักงาน (ประกันสังคม) นัดให้ไปฟังผลเดือนหน้า เจ้าหน้าที่บอกว่าเบิกได้ไม่หมด ทั้งส่วนที่ไปรักษากับธรรมศาสตร์ 9,000 และเวชธานี 60,000 ทั้งๆ ที่ผมจ่ายเงินสมทบมาตลอด”

กรณีศึกษาที่ 4

หญิงไทย วัยกลางคน อายุ 58 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอคลองหลวง ปทุมธานี มีสิทธิประกันสังคม โรงพยาบาลหลักคือ โรงพยาบาลนวมินทร์ เรียนจบระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อาชีพรับจ้างบริษัท รายได้ 10,000 บาท พักอยู่กับสามีและบุตร สมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ปฏิเสธโรคประจำตัว

วันเกิดเหตุ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหน้ามืดเป็นลม อาการแขนขาชาอ่อนแรง เวลาประมาณ 22.00 น. นอนพักที่บ้าน จนเข้ามีอาการปากเบี้ยวร่วมด้วย จึงให้สามีพามาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เนื่องจากอยู่ใกล้บ้าน

ญาติเล่าว่า ไปถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เวลาประมาณ 9.00 น. ผู้ป่วยแขนขาชาอ่อนแรง พูดลำบาก แพทย์ให้พักรักษาที่โรงพยาบาล โดยแจ้งว่า มีอาการสมองตีบ แต่ไม่สามารถให้ยาฉีดเพื่อรักษาได้เนื่องจากเกิดอาการเป็นเวลานาน หลังจากนอนพักรักษาอยู่ 1 วัน ญาติจึงขอกลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลหลัก เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องสำรองเงินสดจ่ายเอง “นอนคืนหนึ่ง ก้อขอไปนวมินทร์ เพราะต้องจ่ายค่าเอ็กซเรย์สมองเอง ค่ารักษาเอง หลายพันอยู่”

ขณะที่นอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลหลัก 3 วัน ได้ทำกายภาพทุกวัน เมื่อจำหนายจากโรงพยาบาลหลักแพทย์นัดให้ไปทำกายภาพ แต่ไม่ได้ไป เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง “หมอเค้าก้อ

ให้ไปทำกายภาพนะ แต่เราพาไปไม่ไหว มันไกลจากบ้าน แล้วเค้าก็ยังช่วยตัวเองลำบาก เวลาไปต้องไปแท็กซี่เลยไม่ได้พาไป” อาการขณะที่ยาจำหน่ายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ค่า Modified Rankin Scale = 2 เมื่อคณะวิจัยติดตามไปเยี่ยมบ้านภายหลังจำหน่าย 6 เดือน ค่า Modified Rankin Scale = 2 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ขณะที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตามไปเยี่ยมที่บ้าน

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครัวเรือนพอสมควร เนื่องจากผู้ป่วยมีอาชีพหลักเสริมรายได้ให้ครอบครัว ทั้งยังต้องหยุดงานเพื่อพักรักษาตัว ทำให้รายได้ลดน้อยลง

เมื่อถามถึงความพึงพอใจที่ได้รับจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยกล่าวว่า “ธรรมศาสตร์ ๗ เค้าก็ดูแลเราดี แต่เราไปถึง รพ.ตัวเอง....ใช้ประกันสังคมเราก็อวดินะ ถึงแม้ว่าจะเสียเงินให้ธรรมศาสตร์ ก้อเอาใบเสร็จไปเบิกคืนได้ มานอนนมินทร์ เค้าก็ดูแลเรา นี่ให้เราไปทำกายภาพ แต่มันไกลไปไม่ไหว ตอนเลือกเราเลือกเพราะมันใกล้ที่ทำงานนะ แต่ป่วยจริงๆ เรามาอยู่บ้านนะ”

กรณีศึกษาที่ 5

หญิงไทย วัยสูงอายุ อายุ 68 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอบางไทร จังหวัดอยุธยา มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลหลักคือ โรงพยาบาลบางไทร เรียนจบประถมศึกษาที่ 4 อาชีพทำนารายได้ ปีละ 200,000 บาท พักอยู่กับสามีและบุตร สมาชิกในครอบครัวจำนวน 5 คน มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง รับประทานยาสม่ำเสมอ

วันเกิดเหตุ ญาติพบผู้ป่วยนอนนิ่ง เวลาประมาณ 4.30 น. นำส่งโรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน ใส่ท่อช่วยหายใจ เอ็กซเรย์สมอง ญาติขอมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เพราะเพื่อนบ้านแนะนำ ไปถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เวลาประมาณ 6.30 น. แพทย์ให้พักรักษาที่โรงพยาบาล โดยแจ้งว่ามีอาการสมองตีบ แต่ไม่สามารถให้ยาฉีดเพื่อรักษาได้เนื่องจากพบว่ามีอาการหนัก (Stroke too severe) นอนพักรักษาอยู่ 10 วัน ญาติขอพากลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน เนื่องจากไม่สะดวกต่อการเดินทางมาดูแลผู้ป่วย

ระหว่างที่นอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ไม่ได้ทำกายภาพ แต่เมื่อไปนอนที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้านได้ทำกายภาพทุกวันตลอดระยะเวลา 1 เดือน และได้ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอยุธยาเนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น “ตอนนั้นหมดค่าหมอไปเยอะ เลยขอหมอให้ส่งตัวไปนอนต่อที่อยุธยา” และผู้ป่วยเสียชีวิตขณะที่อยู่โรงพยาบาลอยุธยาได้ 20 วัน

กรณีศึกษาที่ 6

หญิงไทย วัยสูงอายุ อายุ 64 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลหลักคือ โรงพยาบาลคลองหลวง เรียนจบประถมศึกษาที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ พักอยู่กับสามีและบุตร สมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รับประทานยาที่โรงพยาบาลเอกชน

วันเกิดเหตุ มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ชีบลง เวลาประมาณ 17.00 น. ญาตินำส่งโรงพยาบาลเอกชนที่รักษาประจำ ทำการเอกซเรย์สมอง นอนสังเกตอาการ ญาติขอมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ถึงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เวลาประมาณ 05.30 น. แพทย์แจ้งว่า มีอาการสมองตีบ แต่ไม่สามารถให้ยาฉีดเพื่อรักษาได้เนื่องจากมาช้า นอนพักรักษาอยู่ 36 วัน จนทุเลาแพทย์อนุญาตให้กลับไปรับการรักษาต่อที่บ้าน

ขณะที่นอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ได้ทำกายภาพทุกวัน เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล แพทย์นัดให้มาตรวจตามนัดและทำกายภาพต่อเนื่อง แต่ญาติไม่ได้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือทำกายภาพ เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง “หมอเค้านัดให้มาตรวจมาทำกายภาพนะ แม่ลูกไม่ได้ช่วยตัวเองลำบาก ต้องไปแท็กซี่ เราพาไปไม่ไหว เลยไม่ได้พาไป” อาการขณะที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ค่า Modified Rankin Scale = 4 เมื่อคณะวิจัยติดตามหลังจำหน่าย 6 เดือน ค่า Modified Rankin Scale = 4 การรับยานั้น ญาติได้มารับยาตามแพทย์นัด “จะให้หมอนอนมัย มาวัดความดันให้ แล้วจดเอาไปให้หมอใหญ่ที่ธรรมศาสตร์ดู เวลาไปรับยา” และเสียเงินค่ายาเอง เนื่องจากไม่มีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลหลัก “เสียค่ายาเองทุกครั้งๆ ละประมาณ 1,000 บาท เรามีบัตรทองก็จริง แต่รพ.....เค้าไม่ยอมออกหนังสือส่งตัวให้ ก็ต้องจ่ายเอง” ขณะที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตามไปเยี่ยมที่บ้าน

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครัวเรือนพอสมควร จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น และบุตรต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้รายได้ลดน้อยลง

เมื่อถามถึงความพึงพอใจที่ได้รับจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ญาติกล่าวว่า “ธรรมศาสตร์ฯ เค้าดูแลเราดี...บัตรทองนะใช้ลำบากมาก เราไปขอหนังสือส่งตัว เค้าก็ไม่ให้ เค้าบอกว่า ไม่มีคนไข้มารด้วย คนไข้จะไปได้ไง นอนชมบนเตียง บอกเค้าๆ ก็ไม่ฟัง ...คนแกล้งนี้เค้าบ่นกันทั้งนั้นเรื่องบริการของ รพ.นี้”

เอกสารอ้างอิง

1. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*;121:e46-e215.
2. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart Disease and Stroke Statistics--2011 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2010;CIR.0b013e3182009701.
3. Stroke epidemiological data of nine Asian countries. Asian Acute Stroke Advisory Panel (AASAP). *J Med Assoc Thai* 2000;83:1-7.
4. Hanchaiphibookkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, et al. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *J Med Assoc Thai* 2011;94:427-36.
5. Levine SR. A system Approach to Immediate Evaluation and Management of Hyperacute Stroke. *Stroke*.1997;1530-1540
6. Switzer JA and Hess DC. Development of Regional programs to Speed Treatment of Stroke. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 2008;8:35-42
7. Polprasert W, Porapakkham Y. การคาดประมาณสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548. *วารสารประชากร* 2010;1:15.
8. รายงานผลการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2547
9. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พ.ศ.2553
10. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554
11. คู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก.สวปก. 2554
12. คู่มือการวิเคราะห์อัตราการตายมาตรฐานโรงพยาบาล อัตราตายที่ปรับด้วยความเสี่ยงอัตราอดชีพ. สวปก. 2554
13. Cuccurullo S, editor. *Physical Medicine and Rehabilitation Board Review*. New York: Demos Medical Publishing; 2004. Types of Stroke. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK27184/>
14. Gelin Xu. et al. Recurrent after Ischemic Stroke in Chinese Patients: Impact of Uncontrolled Modifiable Risk Factors. *Cerebrovas Dis* 2007;23:117-120.

15. Suanprasert N.MD.et al. Impact of Risk Factors for Recurrent Ischemic Stroke in Prasat Neurological Institute. J Med Assoc Thai 2011;94 (9): 1035-43.
16. Hassan Y.et al. Evaluation of Antihypertensive Therapy Among Ischemic Stroke Survivors: Impact of Ischemic Heart Disease. J CARDIOVASC PHARMACOL THER. Sep 2010 vol.15 no.3
17. Couillard P.et al. Predicting recurrent stroke after minor stroke and transient ischemic attack. Expert Rev.Cardiovas.ther.7(10),1273-1281.2009.
18. แผนการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ
19. Wade, D.T., Hower, R.L. Functional Abilities after stroke: Measurement, Natural History and Prognosis: J Neuro Neurosurg Psychiatry, 1987
20. Gladman, J. Forster, A. Hospital and Homebased Rehabilitation after Discharge from Hospital Stroke Patients: Analysis of Two Trials: Age and Aging
21. Armstrong, C.D. et.al. Home-based Intermediate Care Program vs Hospitalizatoin. Canadian Family Physician.
22. Hale, L.A. Community-based or Home-based Stroke Rehabilitation: Confusion or Common Sense? : NZ Journal of Physiotherapy, November 2004.
23. Hong K H. Yang S Y. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. Singapore Med J. 2006; 47(3): 213.
24. Elizabeth B.et al. A Qualitative study of Quality of life after stroke: The Important of social relationships. J Rehabil Med 2008;40: 518-523.
25. Buck.et al. Evaluation of measures used to assess Quality of Life after Stroke. Stroke.2000;31:2004-2010.
26. Implementation of telemedicine and stroke network in thrombolytic administration between walk-in and refer patients. Neurocrit Care 2010;13(1):62-6
27. Stroke Network and Stroke Fast Track. Bulletin of the Thai Stroke Society มกราคม-เมษายน 2555: Vol11; No.1
28. Muengtaweepongsa S, Dharmasaroja PA, Maungboon P, Wattanaruangkowit P. Feasibility and safety of remote radiology interpretation with telephone consultation for acute stroke in Thailand. Neurol India 2010;58:740-2.
29. Jira-Adisai S, Chaysiri P, Ruamsap N, Larnpornkul O, Tanakanyarat N, Chansaengpetch T, Panichsillaphakit E, Harnphanich P, Kusolman P, Lapkuntod V, Amatyakul C, Dharmasaroja P, Muengtaweepongsa S. Proportion of favorable

- outcome at 3-month in post rt-PA-treatment patients in Thammasat University Hospital. Thai Journal of Neurology 2011;1:9-16.
30. Muengtaweepongsa S, Dharmasaroja P, Kummark U. Outcomes of intravenous thrombolytic therapy for acute ischemic stroke with an integrated acute stroke referral network: initial experience of a community-based hospital in a developing country. J Stroke Cerebrovasc Dis 2012;21:42-6.