



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับ
การประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นายเลียงยศ ทองเที่ยง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานอายุรกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจิรศักดิ์ สิทามาตย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายเลียงยศ ทองเที่ยง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานอายุรกรรม นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๕๑๒๙๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานอายุรกรรม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๕๑๒๙๙	เลื่อนระดับ ๙๐% ชื่อผลงานส่งประเมิน "Comparison of clinical outcomes for adjuvant chemoradiation versus adjuvant chemotherapy following resection biliary tract cancer, retrospective cohort study." ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"

วิทย์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง Comparison of clinical outcomes for adjuvant chemoradiation versus adjuvant chemotherapy following resection biliary tract cancer , retrospective cohort study.

2. ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 21 มิถุนายน 2567

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ได้รับวุฒิปริญญาตรีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรกรรมและสาขาอายุรศาสตร์มะเร็ง ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2553 ระยะเวลาที่มีประสบการณ์โดยประมาณ 13 ปี 6 เดือน ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งทางเดินน้ำดี พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การพยากรณ์โรคไม่ดี อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี พบอยู่ในช่วงร้อยละ 5 – 10 การรักษาหลักของมะเร็งทางเดินน้ำดีในระยะต้นคือการผ่าตัดซึ่งอัตราการรอดชีวิตที่แตกต่างขึ้นกับตำแหน่งของมะเร็งทางเดินน้ำดี ระยะของโรค ผลการผ่าตัด การรักษาเสริมหลังการผ่าตัด เป็นต้น การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดมีบทบาทที่สำคัญทำให้ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค เพิ่มระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรค เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและระยะเวลาการรอดชีวิตมากขึ้น การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดมีหลายวิธีเช่น การรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด และการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยเคมีบำบัด พบระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด สำหรับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเมื่อเทียบกับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดยังมีข้อมูลค่อนข้างจำกัด ในการเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม หรือเพิ่มระยะเวลาการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลการรักษาทางคลินิกในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีที่ได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยเคมีบำบัดเปรียบเทียบกับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา โดยทำการศึกษาที่ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น

เพื่อให้งานวิจัยมีข้อมูลที่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

- | | |
|--|---------------------------|
| 4.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | ตุลาคม 2566 - มกราคม 2567 |
| 4.2 ขอรับการพิจารณาจริยธรรมในโรงพยาบาล | มกราคม 2567 |
| 4.3 ดำเนินการวิจัย | กุมภาพันธ์ 2567 |
| 4.4 เก็บรวบรวมข้อมูล | กุมภาพันธ์ 2567 |
| 4.5 วิเคราะห์ข้อมูล | มีนาคม 2567 |
| 4.6 เรียบเรียงบทคัดย่อและนิพนธ์ต้นฉบับ | มีนาคม 2567 |
| 4.7 ส่งผลงานเพื่อนำเสนอและแก้ไข | เมษายน 2567 |
| 4.8 นำเสนอผลงานวิชาการ | 21 มิถุนายน 2567 |

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 บทความย้อนพิมพ์ต้นฉบับของผลงานวิจัยเรื่อง Comparison of clinical outcomes for adjuvant chemoradiation versus adjuvant chemotherapy following resection biliary tract cancer, retrospective cohort study. ได้รับการยอมรับให้นำเสนอผลงานวิจัยในงานประชุมนานาชาติ 50th Annual Meeting of Korea Cancer Association ในวันที่ 20 - 21 มิถุนายน 2567 ที่เมืองโซล ประเทศเกาหลีใต้

5.2 ผลงานวิจัยเรื่อง Comparison of clinical outcomes for adjuvant chemoradiation versus adjuvant chemotherapy following resection biliary tract cancer, retrospective cohort study. เป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลสาธารณสุขระดับตติยภูมิขั้นสูง ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง ในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยยาเคมีบำบัดหรือยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ทำให้ทราบถึงผลการรักษาทางคลินิก ระยะเวลาปลอดโรค ระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 130 ราย ได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา 50 ราย และรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด 50 ราย ค่ากลางของระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ (recurrence free survival) ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา 15 เดือน และการให้ยาเคมีบำบัด 10 เดือน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่ากลางของระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม (overall survival) ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา 29 เดือนและการให้ยาเคมีบำบัด 22 เดือน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาส่งผลต่อการเพิ่มระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคและระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวมมากกว่าการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการกลับเป็นซ้ำของโรค ชนิดของการรักษาเสริมหลังการผ่าตัด เป็นปัจจัยของการพยากรณ์โรคที่เป็นอิสระ (independent prognosis factor) ของระยะเวลาการปลอดโรคและระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) พบว่าชนิดของการรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ผลการผ่าตัดทางพยาธิวิทยา (tumor grade, surgical margin) และรูปแบบการกลับเป็นซ้ำของโรคเป็นปัจจัยที่ส่งผลกับระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ใช้งานวิจัยนี้เป็นแนวทางในการแนะนำให้แพทย์ที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีในแผนกต่าง ๆ เช่น ศัลยแพทย์ตับและทางเดินน้ำดี แพทย์รังสีรักษามะเร็งวิทยา และอายุรแพทย์มะเร็งวิทยา ทั้งในโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลลูกข่ายของโรงพยาบาลขอนแก่น พิจารณาการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ผลการรักษาทางคลินิกที่ดี เพิ่มระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคและเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม

6.2 งานวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดี ในการต่อยอดทางการศึกษาใหม่ต่อไป เพราะการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง หากทำการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าจะทำให้ได้ข้อมูล ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการรักษาครบถ้วนและผลจากการศึกษาวิจัยน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

6.3 ใช้งานวิจัยนี้เป็นฐานข้อมูลเพื่อกำหนดแนวทางร่วมกับแนวนโยบายการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งทางเดินน้ำดีในโรงพยาบาลสาธารณสุขอย่างเป็นองค์รวม

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของมะเร็งทางเดินน้ำดีพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งทางเดินน้ำดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่อเริ่มรักษาโรคมักพบอยู่ในระยะลุกลาม ผ่าตัดยาก ศัลยแพทย์เฉพาะทางที่สามารถผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีมีจำกัด ผู้ป่วยที่วินิจฉัยและต้องผ่าตัดมีการส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ทำให้ระยะเวลา รอคอยในการรักษานาน โรคมะเร็งลุกลามมากขึ้นจนไม่สามารถผ่าตัดได้หรือผลการผ่าตัดไม่ดี ตลอดจนข้อจำกัดในการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย เทคนิคการผ่าตัด ผลการผ่าตัดมีความแตกต่าง และการรักษาเสริม หลังการผ่าตัดมีความแตกต่างกัน

นอกจากนี้ กำหนดการให้การรักษาเสริมด้วยรังสีรักษาที่ต้องมีการฉายรังสีทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยที่บ้านไกล ไม่สามารถรับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาได้ และมีแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งจำกัด ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐาน นอกจากนี้การติดตามการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ไม่มีการกำหนดการที่ชัดเจน และมีการไม่มาติดตามการรักษา ซึ่งทำให้ข้อมูลของการรักษาอาจไม่สมบูรณ์ได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษามะเร็งทางเดินน้ำดีระยะต้นที่ได้รับการผ่าตัด และได้รับการรักษาเสริมด้วยยา เคมีบำบัดหรือยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ทุกประเด็น การเก็บข้อมูลทำได้เฉพาะประเด็นหลัก เช่น ลักษณะตำแหน่งมะเร็งทางเดินน้ำดี ผลตรวจทางพยาธิวิทยา ชนิดการรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้ ระยะเวลาการกลับมาเป็นซ้ำของโรค รูปแบบการกลับมาเป็นซ้ำของโรค ระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม

ข้อมูลที่มีความสำคัญแต่ยังขาดการเก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์คือ ผลข้างเคียงของการรักษาเสริมแต่ละวิธี และข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ละวิธี ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลไม่ได้มีการบันทึกหรือไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเหล่านี้ในผู้ป่วยทุกราย

9. ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่ออกแบบระเบียบวิจัยให้สามารถเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีในลักษณะที่สอดคล้องไปกับการรักษาในเวชปฏิบัติจริงในบริบทโรงพยาบาลสาธารณสุข รวมถึงจำนวนผู้ป่วย ในงานวิจัยมีความเพียงพอให้พบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการรอดชีวิต และระยะเวลาของการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งทางเดินน้ำดี

เนื่องจากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีในการศึกษานี้เป็นข้อมูลจากโรงพยาบาลขอนแก่นเพียงแห่งเดียว ดังนั้นผลการศึกษานี้จะไม่สามารถอ้างอิงไปถึงผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีทั้งหมดได้ และในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ทำให้สามารถบอกความสัมพันธ์ของปัจจัยโดยตรงได้ไม่ดีเท่าการศึกษาแบบไปข้างหน้า อาจยังมีตัวแปรอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้จากข้อจำกัดของวิธีการศึกษา ดังนั้นในอนาคตหากมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าจากหลายสถาบัน คาดว่าจะทำให้ผลการศึกษาคัดเจนและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ได้รับการยอมรับให้นำเสนอผลงานวิจัยในงานประชุมนานาชาติ 50th Annual Meeting of Korea Cancer Association ในวันที่ 20 - 21 มิถุนายน 2567 ที่เมืองโซล ประเทศเกาหลีใต้

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

- 1) นายเลียงยศ ทองเที่ยง สัดส่วนผลงานร้อยละ 90

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- 1) นางสาวเพ็ญเพ็ญ จงไพรัตน์ สัดส่วนผลงานร้อยละ 5
- 2) นางสาวปาริชาติ พงษ์ไทย สัดส่วนผลงานร้อยละ 5

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายเลียงยศ ทองเที่ยง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่)...../...../.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเลียงยศ ทองเที่ยง	
นางสาวเพ็ญเพ็ญ จงไพรัตน์	
นางสาวปาริชาติ พงษ์ไทย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายเทพสรรค์ สือรัมย์รุ่งเรือง)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม

(วันที่) ๒๔ / ๓ เดือน / ๒๕๖๔

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

31 ก.ค. 2567

(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ระดับ ข้าราชการพิเศษ

1. เรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาล
ขอนแก่น

2. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งทางเดินน้ำดี พบอุบัติการณ์การเกิดมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การพยากรณ์โรคไม่ดี อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี พบอยู่ในช่วงร้อยละ 5 – 10 ซึ่งความแตกต่างกันขึ้นกับ ตำแหน่งของอวัยวะที่เกิดมะเร็ง ระยะของโรค ชนิดการรักษา การรักษาหลักของมะเร็งทางเดินน้ำดี ในระยะต้นคือ การผ่าตัด ซึ่งผลการผ่าตัดจะส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เช่น หากผ่าตัดมะเร็ง ออกทั้งหมด (R0 resection) จะส่งผลถึงอัตราการรอดชีวิตที่ดีกว่าการผ่าตัดชนิดที่ยังเหลือมะเร็ง (R1 resection) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดี ประมาณร้อยละ 30 ผลของการผ่าตัดจะเป็น R1 resection เนื่องจากทางเดินน้ำดีเป็นอวัยวะที่ซับซ้อนและชิดกับหลอดเลือด ทำให้การผ่าตัดลำบาก นอกจากนี้ ผลการผ่าตัดที่ดีมีหลายปัจจัยเช่น ระยะของโรค การลุกลามที่ต่อมน้ำเหลือง วิธีผ่าตัด เทคนิค การผ่าตัดเป็นต้น อัตราการรอดชีวิต 5 ปี หลังผ่าตัดพบอยู่ในช่วงร้อยละ 20 – 50 การรักษาเสริมหลังการ ผ่าตัดมีบทบาทที่สำคัญทำให้ ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค เพิ่มอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น ผู้ป่วยมะเร็ง ทางเดินน้ำดีที่อยู่ในระยะลุกลามการรักษาหลักที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันคือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และยาภูมิคุ้มกันบำบัด

โรคมะเร็งทางเดินน้ำดีมีความซับซ้อนของโรคต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์เฉพาะทางหลาย สาขา เช่น รังสีวินิจฉัย รังสีร่วมรักษา ศัลยแพทย์ตับและทางเดินน้ำดี อายุรแพทย์มะเร็งวิทยา และทีม พยาบาลเฉพาะทางให้ยาเคมีบำบัดและรังสีร่วมรักษา ในช่วงที่ผ่านมาโรงพยาบาลขอนแก่นได้เปิดให้บริการ รักษาผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดี โดยให้การรักษาส่วส่วนที่มีความชำนาญและมีการปรึกษาแผนกอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยต้องมีจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ที่มากขึ้น เพิ่มระยะเวลาการรอคอยการให้ คำปรึกษาและการรักษามากขึ้น ขาดการสื่อสารปรึกษาแนวทางการรักษาร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ที่รักษา อย่างเป็นระบบ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงกับผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วย ระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำและ ระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอีกด้วย นอกจากนี้ในด้านการส่งต่อข้อมูลการรักษาที่ขาดความ ต่อเนื่อง ทำให้ขาดข้อมูลที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วย การติดตามการรักษา การวางแผนการรักษา ระยะยาว ตลอดจนข้อมูลทางคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดี มีความซับซ้อน การวินิจฉัยและการรักษาต้องใช้ความชำนาญ ของแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาเช่น แพทย์รังสีวินิจฉัย แพทย์รังสีร่วมรักษาและมะเร็งวิทยา ศัลยแพทย์ตับ และทางเดินน้ำดี อายุรแพทย์มะเร็งวิทยา แพทย์ดูแลประคับประคอง เกสัชกรด้านมะเร็ง พยาบาลเฉพาะทาง

มะเร็งวิทยาและรังสีร่วมรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือสงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งทางเดินน้ำดี ทำให้กว่าที่ผู้ป่วยจะวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาต้องใช้ระยะเวลาการรอคอยการรักษานานทำให้อาจมีการเปลี่ยนระยะของโรค ซึ่งส่งผลโดยตรงกับผลลัพธ์การรักษา ระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม

3.2 การเปิดให้บริการคลินิกการรักษาโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการ สหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย ศัลยแพทย์ตับและทางเดินน้ำดี แพทย์รังสีวินิจฉัย แพทย์รังสีร่วมรักษามะเร็งวิทยา อายุรแพทย์มะเร็งวิทยา พยาบาลเฉพาะทางรังสีร่วมรักษาและมะเร็งวิทยา จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการลดจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอยการวินิจฉัย การขอรับปรึกษา การรักษา และมีการวางแผนการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยการรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับผลการรักษาที่ดีจำเป็นต้องมีการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีที่ ในบริบทประเทศไทยร่วมกับทรัพยากรและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงจากแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 มีการปรับปรุงยาในบัญชียาเคมีบำบัดสำหรับการรักษาและการเบิกจ่ายยาเคมีบำบัดในการรักษามะเร็งทางเดินน้ำดี ปี 2567

การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดแบบหวังหาย (curative resection)

1. การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic or peripheral cholangiocarcinoma) โดยการผ่าตัดตับซีกที่มีมะเร็งออก โดยตัดตามกายวิภาคของตับ (anatomical resection) ให้ได้ขอบเขต เพียงพอเพื่อให้ได้ negative free margin รวมทั้งการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณขั้วตับออกทั้งหมด (hepatoduodenal lymphadenectomy) และพยายามให้มีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดน้อยที่สุด

2. การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma)

2.1 ในกรณีที่เนื้องอกอยู่ proximal one third ของท่อน้ำดีการผ่าตัดต้องทำ hilar duct resection และ hepatoduodenal lymphadenectomy ซึ่งส่วนใหญ่ต้องทำ liver resection ด้วย เพราะการทำ hilar duct resection เพียงอย่างเดียวมักจะไม่เพียงพอ แต่ถ้าทำ frozen section proximal duct แล้วได้ free margin ก็อาจพิจารณาไม่ต้องทำ liver resection อนึ่งหากมีข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ liver resection ควรต้องทำ caudate lobe resection ร่วมด้วย เพราะจะทำให้ผลการรักษาดีกว่า

2.2 ในกรณีเนื้องอกที่อยู่ middle third ให้ทำ bile duct section และ frozen section ของทั้ง proximal duct และ distal duct โดย

- ถ้าพบเนื้องอกลุกลามไปทางด้าน proximal ให้ผ่าตัดรักษาเหมือน proximal one third tumor

- ถ้าเนื้องอกลุกลามไปด้าน distal ให้พิจารณาทำ pancreaticoduodenectomy ร่วมด้วย

2.3 ในกรณีเนื้องอกอยู่ที่ distal one third ต้องทำ pancreaticoduodenectomy และ hepatoduodenal lymphadenectomy

การรักษาแบบประคับประคองมะเร็งท่อน้ำดี

1. การแก้ไขทางเดินน้ำดีอุดตัน ได้แก่

1.1 การผ่าตัดระบายทางเดินน้ำดี (surgical enterobiliary bypass) ในกรณีที่สามารถทำการผ่าตัดได้ไม่ยาก และผู้ป่วยแข็งแรงเพียงพอ การผ่าตัดเป็นทางเลือกที่ด้อยกว่าหนึ่ง ถ้าสามารถผ่าตัดทำ Roux-n-Y enterobiliary bypass ได้เพราะโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีในระยะยาวน้อยกว่าการใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านผิวหนังหรือผ่านกล้อง แต่อย่างไรก็ตามต้องคำนึงถึงความเสี่ยงที่ต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีทั้งภาวะอุดตันของทางเดินอาหารส่วน duodenum ที่เกิดจากมะเร็งลุกลามแนะนำให้ผ่าตัดระบายทางเดินน้ำดี gastrojejunostomy และเพื่อรักษาภาวะดังกล่าวได้ในครั้งเดียวกัน

1.2 การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านผิวหนัง (Percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD) เหมาะสม ในกรณีที่ เป็น hilar cholangiocarcinoma หรือ intrahepatic Cholangiocarcinoma with hilar involvement ที่ไม่สามารถทำ curative resection ได้หรือกรณีที่ต้องการทำ pre-operative biliary drainage เพื่อแก้ไขภาวะดีซ่านให้ดีขึ้นก่อนทำการผ่าตัด

1.3 การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านกล้อง (Endoscopic biliary stent) เหมาะสมในกรณีที่ การอุดตันต่ำกว่าตำแหน่งขั้วตับลงมา เพราะมีโอกาสสำเร็จสูงในการระบายทางเดินน้ำดีและน้ำดีสามารถระบายลงไปในทางเดินอาหารเพื่อใช้ประโยชน์ได้ การใส่ท่อน้ำดีผ่านผิวหนัง หรือผ่านกล้อง มีท่อพลาสติก (plastic stent) และท่อโลหะ (metallic stent) ข้อเสียของท่อพลาสติกระบายน้ำดีคือ อุดตันเร็วประมาณ 3-4 เดือน ส่วนท่อโลหะระบายจะอุดตันหลังใส่ประมาณ 6-9 เดือน และเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้มีระยะเวลาอยู่รอดเฉลี่ยประมาณ 140-147 วัน การใส่ท่อโลหะจึงอาจจะมีคุณค่ามากกว่าการใส่ท่อพลาสติก เนื่องจากอุดตันช้ากว่า ทำให้ไม่ต้องมาส่องกล้องเพื่อเปลี่ยนท่อระบายบ่อย ท่อโลหะระบายน้ำดีที่ใช้อาจใช้ชนิด covered metal stent เพื่อป้องกันเนื้องอกเจริญเติบโตเข้ามาที่ท่อระบาย ทำให้ท่อระบายอุดตันช้ากว่าเมื่อเทียบกับ non covered metal stent ในผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่สั้นกว่า 4 เดือน การใส่ท่อระบายพลาสติกจะเหมาะสมกว่า ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจด้วย MRCP หรือ CT เพื่อประเมินกายวิภาคของท่อน้ำดีที่อุดตันและวางแผนส่องกล้องเข้าไประบายท่อน้ำดีขนาดใหญ่ และมีการเชื่อมต่อกันมากที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงการฉีกขาดที่บวมเข้าไปในท่อน้ำดีข้างที่อุดตัน แต่ไม่สามารถระบายออกมาได้

การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy)

สามารถพิจารณาให้รังสีรักษาได้เพื่อบรรเทาความปวด เลือดออกหรือเป็นแผล การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ, การอุดกั้นอวัยวะที่เป็นท่อนกลาง การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็งโดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง ซึ่งอาจจะใช้ external beam radiotherapy หรือ brachytherapy ก็ได้โดยพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีในกรณีต่อไปนี้

1. Palliative radiotherapy for unresectable primary tumor

2. Palliative radiotherapy for distant metastatic sites such as bone, brain, spine, lymph nodes, soft tissue and others

3. พิจารณาให้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมี (5FU-based) เสริมหลังจากการผ่าตัด เมื่อพบว่า Positive margin, lymph node positive

แนวทางการใช้เคมีบำบัด (Systemic chemotherapy)

1. สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มต้นหลังการผ่าตัด (adjuvant chemotherapy for resectable Cholangiocarcinoma) ให้รักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยยา capecitabine +/- การรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา

2. สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้และระยะแพร่กระจาย (locally advanced and metastatic Cholangiocarcinoma) มีการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วย palliative chemotherapy กับ best supportive care ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มนี้พบว่าการรักษาด้วย palliative chemotherapy ช่วยเพิ่ม overall survival ในผู้ป่วยที่มีร่างกายแข็งแรง โดยเฉพาะกลุ่มที่มี ECOG 0 ถึง 2 โดยมะเร็งท่อน้ำดีมีอัตรา การตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดประมาณ 10-40% ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในมะเร็งท่อน้ำดีได้แก่ 5-fluorouracil (5FU), gemcitabine และยาในกลุ่ม platinum

กล่าวโดยสรุป ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้และระยะแพร่กระจาย ที่มีสภาพร่างกายแข็งแรง (ECOG PS < 2) และมีหน้าที่การทำงานของไตระดับ ดี และไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ผู้ป่วยที่มีภาวะเหลืองจากท่อน้ำดีอุดตันควรได้รับการแก้ไขจนระดับ bilirubin < 1.5 เท่าของค่า upper limit normal และระดับ creatinine clearance > 50 ml/min) สามารถพิจารณาให้รักษาด้วยยาเคมีบำบัดในสูตร FU/cisplatin หรือ gemcitabine/cisplatin

3. แนวคิดการเปิดคลินิกโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการจึงมีรายละเอียดดังนี้

3.1 รับปรึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแพทย์สถานพยาบาลปฐมภูมิทางระบบการแพทย์ระยะไกล Telemedicine เพื่อปรึกษาการวินิจฉัย แผนการตรวจเบื้องต้น เพื่อนัดหมายให้ผู้ป่วยมาตรวจพร้อมข้อมูลการรักษาที่สำคัญ

3.2 แพทย์ในแผนกที่เกี่ยวข้อง ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง และวางแผนการรักษาโดยประชุมถกถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา และแผนการรักษาโดยทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ (Tumor conference) และมีการลงทะเบียนข้อมูล และติดตามผู้ป่วยจากทีมพยาบาลประจำคลินิก (nurse manager)

3.3 มีการประเมินด้านคุณภาพชีวิต เดือนนัดติดตามการรักษา ผลการรักษา และประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และรายงานแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

3.4 ประสานงานส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องใกล้บ้าน เพื่อติดตามการรักษาและการดูแลแบบประคับประคองแบบครบวงจร

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ด้านการรักษาพยาบาล การเปิดคลินิกโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น คาดว่าจะทำให้สามารถดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วนในทุกมิติมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาเขตจังหวัดขอนแก่น และผู้ป่วยที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคเข้ามารักษาที่ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น ดังนั้นคาดว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาได้ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถเพิ่มการเข้าถึงการรักษา ลดจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางแต่ละแผนก ลดระยะเวลาการรอคอยการรักษา การติดตามการรักษาแบบทางไกล และการส่งต่อข้อมูลการรักษาเพื่อติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

4.2 ด้านวิชาการและการพัฒนาองค์ความรู้ เมื่อเปิดคลินิกโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการ คาดว่าจะทำให้มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เช่น ความชุกของโรค ระยะของโรค การรักษาในแต่ละระยะของโรค การผ่าตัดและเทคนิคการผ่าตัดที่ทำให้ได้ผลการรักษาที่ดี ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งในด้านการรักษา ลักษณะทางพยาธิวิทยาและอณูพันธุวิทยาที่ส่งผลต่อระยะการรอดชีวิตของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ละวิธีแบบองค์รวม ในบริบทการให้การรักษาศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาวิเคราะห์และวางแผนเพื่อพัฒนาจุดบกพร่อง เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีให้ดียิ่งขึ้น

4.3 ด้านการบริหาร คาดว่าเมื่อเปิดคลินิกโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการจะทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดี ได้แก่ พยาบาลในสถานพยาบาลปฐมภูมิเพื่อให้ความรู้สุขภาพเรื่องการป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งทางเดินน้ำดี แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในการให้ความรู้และวินิจฉัยแยกโรค ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาที่เหมาะสมในการวินิจฉัยโรคและส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งวิทยาในแต่ละแผนกที่เกี่ยวข้อง เช่น ศัลยแพทย์ตับและทางเดินน้ำดี แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา อายุรแพทย์มะเร็งวิทยา นอกจากนี้ยังมีเภสัชกรเฉพาะทางมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลเฉพาะด้านการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีร่วมรักษา แพทย์และทีมดูแลระดับประคอง โดยมีการบูรณาการองค์ความรู้ในแต่ละสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำไปรักษาผู้ป่วย ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรบุคคลเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และรักษาด้วยยาต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างคุ้มค่า

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 มีการเปิดให้บริการคลินิกโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการภายในปี 2569

5.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีทั้งหมดที่มารับการรักษาที่ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น ได้เข้ารับการรักษาดูแลและติดตามการรักษาในคลินิกโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการ

5.3 ผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีทุกคน ที่เข้ารับการรักษาลงเปิดคลินิกโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการ ได้รับการรักษาและความเห็นด้านการรักษา จากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องแบบ one stop

service โดยการรักษาเป็นไปตามแนวทางการรักษามาตรฐานของ ESMO guideline, NCCN guideline และมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย

5.4 ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางเดินน้ำดีที่มารับบริการที่คลินิกโรคมะเร็งเรื้อรังทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการ มีผลการรักษาทางคลินิก ระยะเวลาก่อนการผ่าตัด ระยะเวลาก่อนการรอดชีวิตโดยรวม

5.4 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเรื้อรังทางเดินน้ำดีที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคมะเร็งเรื้อรังทางเดินน้ำดีแบบบูรณาการมีความพึงพอใจในการรับบริการมากกว่าร้อยละ 90

(ลงชื่อ) 18000

(นายเลื่องยศ ทองเที่ยง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 24 / กรกฎาคม / 2567

ผู้ขอประเมิน