



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

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

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นายภาคภูมิ เผือกพันธ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานศัลยกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายยุทธพร พิรุณสาร)

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	นายภาคภูมิ เมื่อกพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานศัลยกรรม นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๖๒๖๑๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานศัลยกรรม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๖๒๖๑๙	เลื่อนระดับ ๘๐% 
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "Laparoscopic Surgery for Groin Hernia Repair : Single-Center Experience"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "แนวทางการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนและการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก (Bariatric surgery) เพื่อรักษาโรคอ้วน"				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง Laparoscopic Surgery for Groin Hernia Repair: Single-Center Experience

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 เมษายน พ.ศ.2565 – 26 กันยายน พ.ศ.2567

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- การตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบทั้งเป็นครั้งแรกและเป็นซ้ำเพื่อหาสาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน
- การผ่าตัดรักษาโดยการส่องกล้องเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบทั้งเป็นครั้งแรกและเป็นซ้ำ
- การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และติดตามการรักษาเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) เป็นภาวะที่เกิดจากความอ่อนแอของผนังหน้าท้อง ส่งผลให้อวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้หรือไขมันช่องท้อง (omentum) เคลื่อนตัวดันผ่านผนังหน้าท้องออกมายังบริเวณขาหนีบ พบได้บ่อยในประชากรเพศชายประมาณร้อยละ 27-43 และในเพศหญิงประมาณร้อยละ 3-6¹ โดยทั่วไปไส้เลื่อนขาหนีบสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภทหลัก ได้แก่ ไส้เลื่อนขาหนีบชนิดทางอ้อม (Indirect Inguinal Hernia: IIH), ไส้เลื่อนขาหนีบชนิดทางตรง (Direct Inguinal Hernia: DIH) และไส้เลื่อนต้นขา (Femoral Hernia)²

ผู้ป่วยที่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบมักมีอาการปวด บวม หรือมีภาวะอุดตันของลำไส้ร่วมด้วย ซึ่งภาวะเหล่านี้มักจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในอดีต การผ่าตัดแบบเปิด (Open hernia repair) เป็นวิธีที่นิยมใช้ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีส่องกล้อง (Laparoscopic inguinal hernia repair) ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดแบบเปิดมาก่อนหรือมีภาวะไส้เลื่อนกลับมาเป็นซ้ำ เนื่องจากมีข้อดีด้านการลดอาการปวดหลังผ่าตัด และให้แผลผ่าตัดที่มีขนาดเล็ก³

แนวทางการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อรักษาไส้เลื่อนขาหนีบและไส้เลื่อนต้นขาที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 วิธีหลัก ซึ่งแตกต่างกันตามแนวทางการเข้าถึงช่องก่อนเยื่อช่องท้อง ได้แก่

- การผ่าตัดแบบ Totally Extraperitoneal (TEP)
- การผ่าตัดแบบ Transabdominal Preperitoneal (TAPP)

การผ่าตัดแบบ TEP เป็นการสร้างช่องทำงานระหว่างเยื่อช่องท้องกับผนังหน้าท้องด้านหน้า โดยไม่ผ่านเข้าสู่ช่องท้อง วิธีนี้ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดพังผืดภายในช่องท้อง และลดโอกาสการบาดเจ็บต่ออวัยวะภายใน⁴⁻⁶ ในขณะที่การผ่าตัดแบบ TAPP จะเป็นการเข้าสู่ช่องท้องโดยตรง วางตาข่ายไว้ในชั้นก่อนเยื่อช่องท้อง และปิดทับด้วยเยื่อช่องท้อง เพื่อป้องกันการสัมผัสกับลำไส้ วิธีนี้ให้พื้นที่ในการผ่าตัดที่กว้างกว่าและ

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สามารถเข้าถึงขาหนีบทั้งสองข้างได้ง่าย อีกทั้งยังเหมาะกับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดหน้าท้องส่วนล่างมาก่อน อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดแบบ TAPP อาจมีความเสี่ยง เช่น การบาดเจ็บต่ออวัยวะภายใน การเกิดพังผืดจนทำให้ลำไส้อุดตัน หรือภาวะไส้เลื่อนของลำไส้ในภายหลัง ⁷

ในปัจจุบันมีแนวโน้มการใช้วิธีผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีส่องกล้องเพิ่มมากขึ้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ของการรักษา รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาดังกล่าว และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาการรักษาที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

- วัตถุประสงค์หลัก
เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง
- วัตถุประสงค์รอง
เพื่อศึกษาผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง

วิธีการศึกษา

- ขอบเขตของการวิจัย
ผลการรักษาโดยการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง
- นิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition)
 1. Outcome หมายถึง ผลการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาในการผ่าตัด ภาวะปวดแผลหลังการผ่าตัด
 2. Complication หมายถึง ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นทั้งระหว่างผ่าตัดและหลังการผ่าตัดเช่น เลือดออก ติดเชื้อ บาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง
 - 3.Recurrent หมายถึง การกลับมาเป็นซ้ำหลังจากผ่าตัดรักษาไปแล้ว
 4. Risk factor หมายถึง ปัจจัยที่มีผลให้เกิดโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา และการกลับมาเป็นซ้ำ เช่น โรคประจำตัว รูปแบบการผ่าตัด ขนาดหรือวัสดุที่ใช้
- รูปแบบการวิจัย (Research design)
Descriptive study
- ประชากรที่ศึกษา (Study population)
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง
Inclusion criteria
 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ
 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Exclusion criteria

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตามประวัติการรักษาได้
 - **ผลลัพธ์ของการศึกษา (Outcome measurement)**
ผลการรักษาโดยการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง
 - **การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)**
เป็น Retrospective data collection โดยศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ และเข้ารับการผ่าตัดรักษาผ่านกล้อง
 - **การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)**
 - 1) Demographic data เกี่ยวกับ patient characteristics, disease status and clinical presentations
ข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) นาเสนอในรูปแบบค่ากลาง (mean \pm SD)
ข้อมูลแยกกลุ่ม (Categorized data) นาเสนอในรูปแบบร้อยละ (%)
 - 2) การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลในแต่ละกลุ่ม
ข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) : Student T-test or Mann-Whitney U test
ข้อมูลแยกกลุ่ม (Categorized data) : Chi square test or Fisher exact test
 - 3) Test the clinical outcome by cumulative survival rate, Kaplan-Meier survival analysis method and a log-rank test

จริยธรรมในการวิจัย (Ethic consideration)

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ลำดับที่ : 3.8.04 : 32/2567 เลขที่ : HE651341

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 269 รายได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีส่องกล้อง โดยในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 251 ราย (ร้อยละ 93.31) และเพศหญิง 18 ราย (ร้อยละ 6.69) อายุมัธยฐานของผู้ป่วยอยู่ที่ 64 ปี ([IQR] = 54-71)

ภาวะโรคร่วมที่พบได้บ่อยที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.43), ภาวะต่อมลูกหมากโต(benign prostatic hyperplasia) (ร้อยละ 26.32) และไขมันในเลือดสูง(dyslipidemia) (ร้อยละ 17.83)

ในกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 269 ราย 219 ราย (ร้อยละ 81.41) ได้รับการผ่าตัดแบบ Totally Extraperitoneal (TEP) และ 48 ราย (ร้อยละ 17.84) ได้รับการผ่าตัดแบบ Transabdominal Pre-Peritoneal (TAPP) และมีผู้ป่วย 2 รายที่ต้องเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดแบบเปิด (Open hernia repair)

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยที่พบมากที่สุด ได้แก่

- Indirect inguinal hernia) ร้อยละ 40.89
- Bilateral direct inguinal hernia) ร้อยละ 20.07
- Recurrent indirect inguinal hernia) ร้อยละ 12.64
- Direct inguinal hernia) ร้อยละ 11.15

ระยะเวลาผ่าตัดโดยรวมมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 65 นาที ([IQR] = 55–90) โดยผู้ที่ใช้เวลาผ่าตัดนานที่สุด คือ ไล่เลื่อนขาหนีบชนิด bilateral indirect inguinal hernia และ recurrent indirect inguinal hernia ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 95 นาที

ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัดโดยรวมมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 5 มิลลิลิตร (IQR = 5–10) โดยกรณีไล่เลื่อนขาหนีบชนิด recurrent indirect inguinal hernia พบว่ามีการสูญเสียเลือดมากที่สุด โดยมีค่ามัธยฐานประมาณ 10 มิลลิลิตร

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยรวมของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 วัน (IQR = 2–3 วัน) ระดับความปวดทันทีหลังผ่าตัดมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 4 (IQR = 2–6) ในขณะที่ระดับความปวดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดมีค่ามัธยฐานลดลงเหลือ 2 (IQR = 1–4)

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดพบจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.74) ได้แก่

- การบาดเจ็บของหลอดเลือด corona mortis ในผู้ป่วยที่มีไล่เลื่อนขาหนีบชนิดทางอ้อมทั้งสองข้าง
 - ภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ (bradycardia) ในผู้ป่วยที่มีไล่เลื่อนขาหนีบชนิดทางอ้อมที่กลับเป็นซ้ำ
- ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ ห่อเลือด (hematoma) พบในผู้ป่วยประมาณ 16 ราย (ร้อยละ 5.95) ภาวะติดเชื้อพบใน 2 ราย (ร้อยละ 0.74) และอัตราการกลับเป็นซ้ำของไล่เลื่อนอยู่ที่ร้อยละ 1.49

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1. พัฒนามาตรฐานแนวทางการรักษา

- นำข้อมูลจากผลการศึกษา来帮助กำหนดแนวทางการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง เช่น ผู้ป่วยที่เป็นไล่เลื่อนสองข้าง หรือเป็นซ้ำหลังผ่าตัดแบบเปิด
- ใช้ข้อมูลเพื่อแนะนำการเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสม เช่น TEP หรือ TAPP ตามลักษณะของผู้ป่วยและประสบการณ์ของศัลยแพทย์

6.2. เพิ่มความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อน

- จากข้อมูลเรื่องระยะเวลาผ่าตัด การเสียเลือด ภาวะแทรกซ้อน เช่น seroma, hematoma, wound infection ฯลฯ นำมาปรับปรุงเทคนิคและกระบวนการผ่าตัดให้ปลอดภัยขึ้น
- พิจารณาความเสี่ยงของการเกิด chronic pain หรือ recurrence และหาทางป้องกันล่วงหน้า

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ความซับซ้อนทางเทคนิคของการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องต้องใช้ทักษะสูงกว่าการผ่าตัดแบบเปิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการแยกชั้นระหว่างกล้ามเนื้อกับเยื่อช่องท้อง (ใน TEP) หรือการเข้าไปจัดการในช่องท้อง (ใน TAPP)
- ความเสี่ยงต่อการทำลายโครงสร้างสำคัญ เช่น หลอดเลือด femoral, vas deferens, nerve plexus มีสูงหากขาดประสบการณ์
- ค่าใช้จ่ายของอุปกรณ์การผ่าตัดแบบส่องกล้องจะสูงกว่าแบบเปิด
- การเรียนรู้และฝึกฝนวิธีผ่าตัดไส้เลื่อนด้วยกล้องต้องใช้เวลานานกว่าจะชำนาญ มีช่วง learning curve โดยทั่วไป 50-100 รายขึ้นไป

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ข้อมูลมาจากแหล่งเดียวหรือไม่ได้สุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่สามารถแทนประชากรทั้งหมดได้
- เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังพึ่งพาข้อมูลเวชระเบียนซึ่งอาจไม่สมบูรณ์

9. ข้อเสนอแนะ

- ออกแบบงานวิจัยในรูปแบบ cohort หรือ randomized controlled trial (RCT) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่าง TEP และ TAPP หรือลดอคติที่พบในการศึกษาแบบพรรณนา
- ติดตามผลระยะยาว (Long-term Outcomes) มีการติดตามภาวะแทรกซ้อน เช่น การกลับเป็นซ้ำ (recurrence), อาการปวดเรื้อรัง, คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะยาว
- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ, BMI, ประวัติการผ่าตัด, ขนาดของไส้เลื่อน ฯลฯ กับผลลัพธ์ เช่น recurrence หรือ chronic pain

10. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

- ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร Official Publication of The Royal College of Surgeons of Thailand Volume 45 Number 4 October - December 2024

11. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นายภาคภูมิ เมื่อกพันธ์ สักส่วนของผลงานร้อยละ 80

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1. นายสุริยะ พันธุ์ชัย สักส่วนของผลงานร้อยละ 4
2. นายเกรียงศักดิ์ เจนวิถีสุข สักส่วนของผลงานร้อยละ 4
3. นายกฤษฎา เปานาเรียง สักส่วนของผลงานร้อยละ 4
4. นายวีรพัฒน์ ขาติปัญญาชัย สักส่วนของผลงานร้อยละ 4
5. นายจักรพันธ์ วิทยาไพโรจน์ สักส่วนของผลงานร้อยละ 4

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ms*

(นายภาคภูมิ เผือกพันธ์)

นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) *30* / *มิ.ย.* / *2568*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายภาคภูมิ เผือกพันธ์	<i>ms</i>
นายสุริยะ พันธุ์ชัย	<i>สุริยะ</i>
นายเกรียงศักดิ์ เจนวิถีสุข	<i>Madu Jenwisux</i>
นายกฤษฎา เปานาเรียง	<i>กฤษฎา</i>
นายวีรพัฒน์ชาติบัญชาชัย	<i>วีรพัฒน์</i>
นายจักรพันธ์ วิทยาไพโรจน์	<i>จักรพันธ์</i>

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นายนคร ทิพย์สุนทรศักดิ์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ3
และหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม

(วันที่) 30 / มิ.ย. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 2 / ก.ค. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง แนวทางการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนและการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก (Bariatric surgery) เพื่อรักษาโรคอ้วน

2. หลักการและเหตุผล

โรคอ้วนเป็นภาวะที่มีความซับซ้อน เกิดจากปัจจัยหลายด้านทั้งพันธุกรรม พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย สภาพแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในโลกยุคใหม่ที่อาหารแปรรูปและการใช้ชีวิตแบบนั่งนิ่ง (sedentary lifestyle) กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้ภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ากว่า 60% ของประชากรโลกมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน และในประเทศไทย จากข้อมูลกรมอนามัย ปี 2565 พบว่า มากกว่า 37% ของประชากรวัยผู้ใหญ่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การผลิตแรงงาน และเศรษฐกิจภาพรวมของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ

ภาวะอ้วนยังเป็นสาเหตุหลักของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น

- เบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM)
- ความดันโลหิตสูง
- โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง
- ไขมันพอกตับ (NAFLD/NASH)
- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA)

นอกจากนั้น ยังส่งผลต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียด ภาวะ self-esteem ต่ำ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งในระบบประกันสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน แม้จะมีแนวทางการรักษาภาวะอ้วนด้วยวิธีไม่ผ่าตัด เช่น การปรับพฤติกรรม การใช้ยา และการปรึกษานักโภชนาการ แต่ในกลุ่มที่น้ำหนักตัวมากและมีโรคร่วมรุนแรง การรักษาเหล่านี้มักไม่ได้ผลในระยะยาว โดยมีอัตราการ regain น้ำหนักในช่วง 3-5 ปีสูงถึง 80%

Bariatric Surgery จึงเป็นทางเลือกที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกว่ามีประสิทธิภาพสูงในการลดน้ำหนักระยะยาว ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยอ้วนอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี BMI \geq 37.5 kg/m² หรือ BMI \geq 32.5kg/m² ร่วมกับโรคร่วมที่ควบคุมยาก

งานวิจัยหลายฉบับยืนยันว่า การผ่าตัดช่วยให้:

- ลด HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน
- ลดการใช้ยาในผู้ป่วยโรคร่วม (เช่น ความดัน, เบาหวาน, ไขมัน)
- เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน
- เพิ่มคุณภาพชีวิตทางร่างกายและจิตใจ

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีระบบคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามผลที่ครอบคลุมและมีมาตรฐาน ทำให้ศักยภาพของการผ่าตัดนี้ยังไม่ถูกใช้ประโยชน์เต็มที่ ขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ ขาดระบบฐานข้อมูลกลาง และขาดแนวทางเวชปฏิบัติที่ใช้ได้จริงในบริบทของระบบสุขภาพไทย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนา แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนด้วยการผ่าตัดแบบบูรณาการ โดยมีเป้าหมายเพื่อ:

- พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต
- เพิ่มประสิทธิผลทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 ปัญหาสำคัญที่พบ

- ขาดระบบคัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม
- ขาดข้อมูลติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลในระยะยาว
- บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะใน รพ.ทั่วไป ยังขาดความรู้ในการให้คำแนะนำและส่งต่อ
- ยังไม่มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยสำหรับ bariatric surgery เพื่อการประเมินผลและปรับปรุงแนวทาง

3.2 แนวคิดและเป้าหมายในการพัฒนา

- พัฒนาโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการผ่าตัดด้วยเกณฑ์มาตรฐานสากล
- ส่งเสริมระบบการส่งต่อแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพ และโรงพยาบาลศูนย์
- สร้างฐานข้อมูลผู้ป่วย bariatric surgery เพื่อติดตามผลระยะยาว
- พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยก่อน-ระหว่าง-หลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ
- พัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้และฝึกอบรมสำหรับทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน
- พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัด

3.3 กระบวนการพัฒนา

- จัดตั้งศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่เป็นต้นแบบของเขตสุขภาพ
- เชื่อมโยงฐานข้อมูล HDC (Health Data Center) กับทะเบียน bariatric surgery
- ประเมินผลการผ่าตัดในระยะ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 3 ปี
- เขียนแนวทางปฏิบัติ (clinical practice guideline) เพื่อเผยแพร่
- ติดตามการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดประจำปี

3.4 แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- จัดตั้งศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคอ้วน ในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนอย่างเป็นระบบ
- พัฒนาแนวทางปฏิบัติ (clinical practice guideline) เพื่อให้การรักษาอย่างเป็นระบบ

- ให้ความรู้ความเข้าใจและการส่งเสริมระบบการส่งต่อแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพ และโรงพยาบาลศูนย์
- วางแผนประเมินติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3.5 บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย Bariatric Surgery

การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักจำเป็นต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team: MDT) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโรคร่วมหลากหลาย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการติดตามผลหลังผ่าตัดจึงต้องครอบคลุมหลายมิติ

1. ศัลยแพทย์ (Bariatric Surgeon)

- ประเมินความเหมาะสมของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดแต่ละประเภท
- อธิบายทางเลือกของการผ่าตัด (เช่น Sleeve gastrectomy, Gastric bypass)
- ทำการผ่าตัดตามมาตรฐานสากล
- ติดตามผลหลังผ่าตัดและดูแลภาวะแทรกซ้อน

2. อายุรแพทย์โรคเบาหวาน/โภชนาการ

- ปรับยารักษาโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมัน
- ประเมินภาวะต่อมไทรอยด์ที่อาจซ่อนอยู่ (เช่น hypothyroidism)
- ร่วมวางแผนการลดน้ำหนักก่อนผ่าตัด

3. นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร

- ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนผ่าตัด
- วางแผนอาหารก่อนและหลังการผ่าตัดในแต่ละระยะ
- ติดตามภาวะโภชนาการ

4. พยาบาลวิชาชีพ

- ดูแลแผลผ่าตัด ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
- เป็นผู้ประสานงานในการนัดหมายกับทีม MDT
- เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา

5. นักจิตวิทยา/จิตแพทย์

- ประเมินสุขภาพจิตก่อนผ่าตัด เช่น ภาวะซึมเศร้า
- เตรียมความพร้อมทางอารมณ์และแรงจูงใจ
- ให้การสนับสนุนจิตใจหลังผ่าตัดและติดตามอาการผิดปกติ

6. นักกายภาพบำบัด

- วางแผนโปรแกรมการออกกำลังกายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย
- ส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมก่อนและหลังผ่าตัด

ผลลัพธ์ของการมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่แข็งแกร่ง

- อัตราการลดน้ำหนักที่ดีกว่า
- ลดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง
- เพิ่มคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วย
- ลดอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 สุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น ลดโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดัน และภาวะหยุดหายใจขณะหลับ
- 4.2 ลดภาระค่าใช้จ่ายและการรักษาโรคเรื้อรังในระบบสาธารณสุข
- 4.3 ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา และพัฒนาองค์ความรู้ด้านศัลยกรรมโรคอ้วน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 $\geq 90\%$ ของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการคัดกรอง
- 5.2 $\geq 80\%$ ของผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดมีผลลดน้ำหนัก $\geq 50\%$ excess weight loss ภายใน 1 ปี
- 5.3 $\geq 90\%$ ของผู้ป่วยเข้ารับการติดตามตามนัด
- 5.4 $\leq 5\%$ อัตราภาวะแทรกซ้อนภายใน 30 วัน
- 5.5 $\geq 80\%$ ของผู้ป่วยรายงานคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามแบบสอบถาม

ลงชื่อ.....

(นายภาคภูมิ เผือกพันธ์)

นายแพทย์ชำนาญการ

๑๐ / มิ.ย. / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน