



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	นายประกาศิต ศิริสุทธิ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานศัลยกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายจรเกียรติ รักพานิชมณี)

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ

ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายประภาสิต ศิริสุทธิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานศัลยกรรม นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๕๑๖๘๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานศัลยกรรม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๕๑๖๘๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐% 
	ชื่อผลงานส่งประเมิน "ผลการผ่าตัด Pancreaticoduodenectomy ด้วยการผ่าตัดส่องกล้อง (Outcomes of Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: a descriptive study)"					
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเชิงรุก และยกระดับการส่งต่อไร้รอยต่อ สู่ภัยมะเร็ง ท่อน้ำดี จังหวัดขอนแก่น"					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ผลการผ่าตัด Pancreaticoduodenectomy ด้วยการผ่าตัดส่องกล้อง (Outcomes of Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: a descriptive study)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มิถุนายน 2568 – 3 เมษายน 2569

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ความชำนาญที่ผู้ขอรับการประเมินใช้ในการปฏิบัติงานนี้ ได้แก่ ความรู้ความชำนาญด้านศัลยศาสตร์ทั่วไป ศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ซึ่งผู้ขอรับการประเมินได้จบการฝึกอบรม เป็นผู้ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ และประกาศนียบัตรแสดงการผ่านฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การผ่าตัดตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้น (Pancreaticoduodenectomy: PD หรือ Whipple operation) เป็นหัตถการที่ซับซ้อนในการรักษาเนื้องอกบริเวณรอบท่อเปิดน้ำดี แม้ปัจจุบันการผ่าตัดแบบแผลเล็กจะได้รับความนิยมและได้รับการพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพทางคลินิก แต่การผ่าตัดตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้นผ่านกล้อง (Laparoscopic PD: LPD) ยังคงเป็นความท้าทายสำหรับสถาบันที่เพิ่งเริ่มต้น เนื่องจากต้องอาศัยทักษะการผ่าตัดขั้นสูงและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ โรงพยาบาลขอนแก่นในฐานะศูนย์ตติยภูมิระดับภูมิภาค มีสถิติการผ่าตัด PD แบบเปิดสูงถึง 40 รายต่อปี แต่ยังไม่เคยมีการผ่าตัดผ่านกล้อง ผู้บริหารจึงได้เล็งเห็นถึงศักยภาพของสถานพยาบาล และริเริ่มการทำผ่าตัดตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้นผ่านกล้องขึ้น เพื่อยกระดับศักยภาพการรักษาของสถานพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการ

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) นี้ รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด LPD ในโรงพยาบาลขอนแก่น จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ ข้อมูลตัวแปรเชิงกลุ่มนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Exact probability test ส่วนข้อมูลตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ SD) และเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test ในขณะที่ตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จะนำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและช่วงระหว่างควอไทล์ (Median, IQR)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 14 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.4) มีอายุเฉลี่ย 58.9 ± 9.1 ปี และมีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 17.9 ± 2.0 kg/m² ข้อบ่งชี้ก่อนการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุดคือ เนื้องอกบริเวณแอมพูลลา (Ampulla of Vater tumor) (ร้อยละ 35.7) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 667.1 ± 117.7 นาที และระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐาน 11.5 วัน (IQR 10-21) สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะรอยต่อตับอ่อนรั่ว (ร้อยละ 14.3) ภาวะท่อน้ำดีรั่ว (ร้อยละ 7.1) ภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 7.1) และการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (ร้อยละ 28.6) โดยมีอัตราการผ่าตัดซ้ำ (Reoperation) ร้อยละ 21.4 ทั้งนี้ ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางคลินิกระยะแรกของการผ่าตัดตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้นผ่านกล้อง (LPD) ในระยะเริ่มต้นการเรียนรู้ (Early learning curve) ของศัลยแพทย์ ณ ศูนย์ตติยภูมิระดับภูมิภาค แม้หัตถการดังกล่าวจะมีความซับซ้อนสูง แต่พบว่าไม่มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล และระยะเวลาการพักรักษาตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เทียบเคียงได้กับสถาบันที่มีประสบการณ์สูง อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาขีดความสามารถ และการปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การผ่าตัดตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้นผ่านกล้อง (Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy: LPD) นับเป็นหัตถการทางศัลยศาสตร์ที่มีความซับซ้อนสูง และถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับศัลยแพทย์ตลอดจนทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในระยะเริ่มต้นของการริเริ่มโครงการและการสั่งสมประสบการณ์ทางคลินิก ความท้าทายดังกล่าวสืบเนื่องจากความจำเป็นที่ต้องอาศัยทักษะขั้นสูงด้านศัลยศาสตร์ผ่านกล้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคนิคการเย็บเชื่อมต่อลำไส้ ท่อน้ำดี และตับอ่อน ซึ่งศัลยแพทย์จำเป็นต้องผ่านการฝึกฝนทักษะเชิงปฏิบัติการผ่านระบบจำลอง (Laparoscopic training box) จนเกิดความชำนาญและมีความมั่นใจสูงสุดก่อนการปฏิบัติการจริงในผู้ป่วย นอกจากทักษะเชิงหัตถการและความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์ของอวัยวะในช่องท้องที่ศัลยแพทย์ต้องมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้แล้ว ความสำเร็จของการผ่าตัดยังขึ้นอยู่กับสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยศัลยแพทย์จะต้องถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและรายละเอียดของเครื่องมือแพทย์แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างรอบด้าน เพื่อให้การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่น นอกจากนี้ ระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนานยังอาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าทางกายภาพแก่ทีมผู้ปฏิบัติงาน ด้วยปัจจัยเหล่านี้ การทำงานร่วมกันเป็นทีม (Multidisciplinary teamwork) และการมีเป้าหมายร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม จึงถือเป็นหัวใจสำคัญอันดับแรกของทีมบุคลากรห้องผ่าตัด หัตถการ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านการผ่าตัด LPD และยกระดับมาตรฐานศักยภาพ การรักษายาบาลขององค์กรอย่างยั่งยืน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณา ได้แก่ รูปแบบการวิจัยที่เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective design) และข้อจำกัดด้านขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีจำนวนน้อย นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการผ่าตัดตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้นผ่านกล้อง (Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy: LPD) ที่นำเสนอในรายงานฉบับนี้ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเริ่มต้นของการเรียนรู้ (Early learning curve) โดยหัตถการทั้งหมดดำเนินการโดยศัลยแพทย์เพียงท่านเดียว (ผู้นิพนธ์) ผสมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ยังอยู่ในกระบวนการสั่งสมประสบการณ์และความเชี่ยวชาญร่วมกัน ปัจจัยด้านระยะเวลาและการสะสมประสบการณ์ดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลบริบทของสถาบันทางการแพทย์ที่มีปริมาณผู้ป่วยสูงและมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (High-volume centers)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

9. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต (Recommendations for future research)

- การพัฒนารูปแบบการวิจัย: จากข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง การศึกษาในอนาคตควรได้รับการออกแบบให้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล (Bias) และช่วยให้สามารถควบคุมปัจจัยกวนต่างๆ ได้อย่างรัดกุมยิ่งขึ้น

- การเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง: ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากพอที่จะวิเคราะห์ความแตกต่างทางสถิติได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ อาจพิจารณาสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อทำวิจัยแบบพหุสถาบัน (Multicenter study) ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำผลลัพธ์ไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่กว้างขึ้นได้

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาทางคลินิกและการทำงานเป็นทีม (Recommendations for clinical practice and team development)

- การจัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ: ควรมีการจัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Standardized clinical pathway) สำหรับการผ่าตัด LPD อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนระหว่างผ่าตัด ไปจนถึงการดูแลหลังผ่าตัด เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีแนวทางร่วมกัน ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาการเรียนรู้ (Shorten learning curve) และเพิ่มความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย

- การสร้างระบบเครือข่ายพี่เลี้ยง (Mentorship program): เนื่องจากสถาบันยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาหัตถการนี้ จึงควรพิจารณาสร้างความร่วมมือทางวิชาการหรือระบบพี่เลี้ยง (Proctorship/Mentorship) ร่วมกับสถาบันทางการแพทย์ที่มีปริมาณผู้ป่วยสูงและมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (High-volume centers) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เทคนิคการผ่าตัดขั้นสูง และแนวทางการจัดการภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยยกระดับศักยภาพการรักษาของสถาบันได้อย่างก้าวกระโดดและปลอดภัย

10. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

นำเสนอในที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ นำเสนอผลงานวิชาการโรงพยาบาลขอนแก่น ประจำปี 2569 วันที่ 8 พฤษภาคม 2569 ณ โรงพยาบาลขอนแก่น

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นายประกาศิต ศิริสุทธิ์ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



(นายประกาศิต ศิริสุทธิ)

นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

(วันที่) 1 / ก. ค. / 2569

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายประกาศิต ศิริสุทธิ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



(นายนคร ทิพย์สุนทรศักดิ์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ3

และหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม

(วันที่) 1 / ก. ค. / 2569

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายธนสิทธิ์ ไพระพงษ์)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
(วันที่) 13 ก.ค. 2569
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง “โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเชิงรุก และยกระดับการส่งต่อไร้รอยต่อ สู้ภัยมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดขอนแก่น”

2. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคนี้อันดับต้นๆ ของโลก สาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) ผ่านการบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบสุกๆ ดิบๆ ประกอบกับปัจจัยร่วมทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมลักษณะเฉพาะที่น่ากังวลของโรคนี้นี้คือการเป็น “ภัยเงียบ” เนื่องจากในระยะแรกผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการ กว่าจะเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ โรคมักดำเนินไปสู่ระยะลุกลามแล้ว ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก ทั้งนี้ การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดคือการผ่าตัด ซึ่งจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดก็ต่อเมื่อสามารถตรวจพบรอยโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ปัจจุบัน แม้จังหวัดขอนแก่นจะมีการลงพื้นที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้รับการสนับสนุนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติยังพบความท้าทายในด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) ไปจนถึงระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลขอนแก่น) โดยพบว่าแนวทางปฏิบัติยังขาดความชัดเจน ทั้งในเรื่องเกณฑ์การส่งตรวจ CT scan ที่โรงพยาบาลชุมชน การเข้าถึงการปรึกษาหารือแพทย์ทั่วไปในพื้นที่ ตลอดจนขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์เฉพาะทางด้านตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ที่โรงพยาบาลขอนแก่น

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาระบบ “การคัดกรองเชิงรุกในชุมชน” ควบคู่ไปกับการยกระดับ “ระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (Seamless Referral System)” จึงเป็นวาระสำคัญเร่งด่วน การบูรณาการเครือข่ายบริการนี้จะช่วยลดระยะเวลาการรอคอย (Waiting time) ในทุกกระบวนการ ทั้งการตรวจ CT scan การเข้ารับการรักษาผ่าตัด และการส่งกลับระยะยาวท่อน้ำดี รวมถึงยกระดับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและการประสานงานเพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันทีที่ ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเชิงรุก และยกระดับการส่งต่อไร้รอยต่อ สู้ภัยมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดขอนแก่น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ในระบบปฏิบัติการ

แนวคิดและเป้าหมายในการพัฒนา

การดำเนินงานคัดกรองและส่งเสริมเน้นการบูรณาการเครือข่ายบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขามะเร็ง โดยมีแนวทางดังนี้:

1. Proactive Screening (การคัดกรองเชิงรุก): เน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และมีประวัติพฤติกรรมเสี่ยง
2. Standardized Diagnosis (มาตรฐานการวินิจฉัย): ใช้การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound) ตับ และระบบท่อน้ำดี เป็นเครื่องมือหลักในการคัดกรองที่โรงพยาบาลชุมชน
3. Fast Track Referral (ช่องทางด่วนในการส่งต่อ): หากพบความผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ให้เข้าสู่ระบบ CCA Fast Track เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการตรวจยืนยันและการผ่าตัดที่ รพ.ขอนแก่น
4. Palliative & Continuum of Care (การดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง): มีระบบส่งกลับ (Reverse Referral) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลกลับบ้านโดยเครือข่าย รพ.สต. และครอบครัว

กระบวนการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1: การค้นหาและขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยง (ระดับชุมชน / รพ.สต.)

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงพื้นที่สำรวจและทำประชากรเป้าหมาย (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบ หรือเคยได้รับยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ)
2. คัดกรองอาการเบื้องต้นผ่านแบบสอบถาม เช่น อาการตัวเหลือง ตาเหลือง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดจุกแน่นชายโครงขวา
3. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นัดหมายกลุ่มเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ ส่งตัวเข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์ที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ประจำอำเภอ

ขั้นตอนที่ 2: การตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยอัลตราซาวด์ (ระดับโรงพยาบาลชุมชน)

1. บุคลากรทางการแพทย์ทำการตรวจ อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน (Upper Abdomen Ultrasound) ให้กับกลุ่มเสี่ยงที่ส่งตัวมาจากระดับชุมชน
2. การประเมินผล:
 - ปกติ (Normal): ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงป้องกัน และนัดตรวจติดตาม
 - พบรอยโรคที่สงสัย (Suspected CCA / Bile duct dilatation): เตรียมเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยเชิงลึกในลำดับต่อไป โดยให้เข้าสู่ระบบ CCA Fast Track

ขั้นตอนที่ 3: การตรวจยืนยันและประเมินเพื่อส่งต่อ (ระดับโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ)

1. การตรวจทางรังสีวิทยาเพิ่มเติม: นัดหมายให้ผู้ป่วยที่มีรอยโรคสงสัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี เข้ารับการตรวจ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ที่โรงพยาบาลชุมชนภายใน 2 สัปดาห์ โดยให้เข้าสู่ระบบ CCA Fast Track
2. การประเมินโดยแพทย์เฉพาะทาง: เมื่อได้ผลตรวจ CT Scan ให้ผู้ป่วยเข้ารับการประเมินการวินิจฉัยกับ ศัลยแพทย์ทั่วไป (General Surgeon) ประจำโรงพยาบาลชุมชนนั้นๆ

3. การตัดสินใจส่งต่อ (Decision to Refer):

- หากศัลยแพทย์ทั่วไปที่โรงพยาบาลชุมชนประเมินภาพรังสีและอาการคลินิกแล้ว ยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) จริง
- ให้พิจารณาส่งตัวผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ CCA Fast Track เพื่อไปรับการรักษาเฉพาะทางที่ โรงพยาบาลขอนแก่น ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากได้รับการวินิจฉัยด้วยการตรวจ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) โดยแนบผลประเมินจาก ศัลยแพทย์ แผ่นภาพหรือไฟล์ CT Scan และผลเลือดที่เกี่ยวข้องไปพร้อมระบบส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 4: การรักษาเฉพาะทางระดับตติยภูมิ (ระดับโรงพยาบาลขอนแก่น)

1. คลินิกศัลยกรรมตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี (HPB Surgery) โรงพยาบาลขอนแก่น รับประเมินผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองและยืนยันผลมาจากศัลยแพทย์ รพช.

2. การพิจารณาวางแผนการรักษา (Management Plan): เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการตรวจ CT Scan มาแล้ว ทีมศัลยแพทย์สามารถประเมินระยะของโรค (Staging) และความสามารถในการผ่าตัดได้รวดเร็วขึ้น

- กลุ่มที่สามารถผ่าตัดได้ (Resectable CCA): นัดหมายและเตรียมความพร้อมเพื่อทำการผ่าตัดรักษา (เช่น Hepatectomy หรือ Bile duct resection) โดยเข้าสู่ระบบ CCA Fast Track เพื่อให้ได้รับการผ่าตัดรักษา ภายใน 4 สัปดาห์
- กลุ่มที่โรครอยู่ในระยะลุกลาม ผ่าตัดไม่ได้ (Unresectable CCA): วางแผนการรักษาแบบประคับประคอง เช่น การระบายน้ำดีลดอาการตัวเหลืองตาเหลือง (PTBD / ERCP) การให้เคมีบำบัด หรือการดูแลรักษาตามอาการ

ขั้นตอนที่ 5: การส่งกลับและการดูแลต่อเนื่อง (Reverse Referral / Home Care)

1. หลังจากรักษาหรือการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ รพ.ขอนแก่น จะทำเรื่องส่งตัวกลับ (Refer back) ไปยัง รพช. หรือ รพ.สต. ใกล้บ้าน

2. ทีมแพทย์ครอบครัว และพยาบาลเยี่ยมบ้าน จะติดตามดูแลแผลผ่าตัด ภาวะโภชนาการ และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ข้อจำกัดด้านความเข้าใจและการเข้าถึงกระบวนการรักษาของผู้ป่วย

- ข้อจำกัด: ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดด้านความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ทำให้ขาดความเข้าใจในแผนการรักษาและขั้นตอนการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลแต่ละระดับ ตลอดจนระบบบริการยังขาดบุคลากรผู้ทำหน้าที่ประสานงานและสื่อสารข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง

- แนวทางแก้ไข: จัดตั้ง "ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) หรือผู้ประสานงานโรคมะเร็งท่อน้ำดี" ทั้งในระดับโรงพยาบาลประจำอำเภอและโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการสื่อสาร ให้ข้อมูล อำนวยความสะดวก และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเส้นทางการรักษา

2. ข้อจำกัดด้านระยะเวลารอคอยในระบบบริการปกติ (Waiting Time)

- ข้อจำกัด: อาจเกิดความล่าช้าในกระบวนการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น การรอคิวตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) การนัดหมายพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนและการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลขอนแก่น รวมถึงระยะเวลารอคอยการผ่าตัดตามระบบบริการปกติ

- แนวทางแก้ไข: ขับเคลื่อนและบังคับใช้ระบบช่องทางด่วนพิเศษ (CCA Fast Track) อย่างเป็นรูปธรรมในทุกรอยต่อของบริการ เพื่อยกระดับความเร็วในการเข้าถึงการรักษาเฉพาะทาง และลดระยะเวลารอคอย (Reduce waiting time) ในทุกขั้นตอนการให้บริการ

3. ข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการประสานงานทางคลินิกของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน

- ข้อจำกัด: บุคลากรทางการแพทย์และผู้ปฏิบัติงานในระบบเครือข่าย อาจมีข้อซักถามหรือความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย หรือต้องการหารือแนวทางการรักษาภายใต้ระบบ CCA Fast Track

- แนวทางแก้ไข: พัฒนาระบบการปรึกษาทางคลินิกแบบทันที (Real-time consultation) โดยจัดตั้งช่องทางสื่อสารเฉพาะ เช่น เครือข่าย "Line Consult CCA Fast Track" เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน สามารถขอคำปรึกษาและหารือแนวทางการรักษากับศัลยแพทย์เฉพาะทางด้านตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี (HPB Surgeon) ของโรงพยาบาลขอนแก่นได้โดยตรง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. การเข้าถึงบริการคัดกรองเชิงรุก: ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง

2. การตรวจยืนยันที่ครอบคลุม: ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ได้รับการตรวจยืนยันด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) อย่างครบถ้วน

3. การเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางอย่างไร้รอยต่อ: ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีสามารถเข้าสู่ระบบส่งต่อเพื่อเข้ารับการประเมินและการรักษากับศัลยแพทย์เฉพาะทางด้านตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ได้อย่างรวดเร็วและไม่มีข้อติดขัด

4. การได้รับการรักษาที่ทันเวลา: ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มที่สามารถผ่าตัดรักษาได้ (Resectable CCA) ได้รับการผ่าตัดรักษาที่ได้มาตรฐานอย่างทันท่วงที

5. การดูแลต่อเนื่องระยะท้ายที่ครอบคลุม: ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม (Unresectable CCA) ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) พร้อมทั้งมีระบบประสานงานส่งตัวกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่องแบบใกล้บ้านอย่างมีคุณภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น ได้รับการตรวจคัดกรองเชิงรุก (เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80)
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง ได้รับการตรวจยืนยันด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) (เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80)
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ (เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80)
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการประเมินกับ ศัลยแพทย์เฉพาะทางด้านตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ณ โรงพยาบาลขอนแก่น (เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80)
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการส่งต่อเพื่อพบศัลยแพทย์เฉพาะทางฯ ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ (เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80)
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มที่สามารถผ่าตัดได้ ได้รับการผ่าตัดรักษา ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากการประเมินโดยศัลยแพทย์เฉพาะทาง (เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80)
7. ร้อยละของผู้ป่วยที่หลังการผ่าตัดมีข้อบ่งชี้ทางพยาธิวิทยาในการรับยาเคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy) ได้รับยาเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80)
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ได้เข้าสู่ระบบการรักษาแบบประคับประคอง และได้รับการประสานงานเพื่อส่งกลับไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน (เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80)

ลงชื่อ.....

(นายประกาศิต ศิริสุทธิ์)

นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

..... 1 / 11 / 2569

ผู้ขอประเมิน