



ประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนด
หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครอง
ตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล
ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดสระแก้ว ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นายสิทธิโชค วัฒนโรจนافر	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานศัลยกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่าน
การประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับ
การประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายเชาวเนตร อัมประเสริฐ)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
แนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายสิทธิโชค วัฒนโรจนาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานศัลยกรรม นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๖๙๙๒๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานศัลยกรรม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๖๙๙๒๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน "ลักษณะทางคลินิก บ่งชี้เสียง และผลการรักษาของผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน" ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "โครงการพัฒนาบริการผ่าตัดเล็กสัญญาณในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และผลการรักษาของผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น เฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
 2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567
 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
- ภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน (acute upper gastrointestinal bleeding, acute UGIB) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วย ร้อยละ 80 ที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะนี้ จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันหมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยมาด้วย อาการถ่ายดำ ถ่ายเป็นเลือด หรืออาเจียนเป็นเลือด ตำแหน่งของเลือดออก ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) จนถึง ligament of Treitz สาเหตุภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นจากเส้นเลือดขอด (variceal upper gastrointestinal bleeding, VUGIB) ได้แก่ esophageal varices (EV) และ gastric varices (GV) อีกกลุ่ม คือ เลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นที่ไม่ได้เกิดจากเส้นเลือดขอด (non-variceal upper gastrointestinal bleeding, NVUGIB) ได้แก่ โรคแผลเพ็ปติก (peptic ulcer disease, PUD) หลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) กระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ (duodenitis) Mallory-Weiss tear (MW tear) กลุ่มโรคเส้นเลือดผิดปกติ ได้แก่ angiodysplasia Dieulafoy's lesion รวมถึงกลุ่มเนื้องอกต่างๆ ได้แก่ adenocarcinomas, GI stromal tumors (GIST), lymphomas

PUD เป็นสาเหตุของเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นที่พบบ่อยที่สุด แต่ ร้อยละสัดส่วนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละที่และแตกต่างกันเมื่อเวลาผ่านไป ในสหรัฐอเมริกาพบว่า PUD ร้อยละ 53.1 รองลงมา คือ เส้นเลือดขอดในทางเดินอาหาร ร้อยละ 11.5 เนื้องอก ร้อยละ 5.2 หลอดอาหารอักเสบ ร้อยละ 4.3 MW tear ร้อยละ 3.0 และจากเส้นเลือดผิดปกติ ร้อยละ 2.8 ในสหราชอาณาจักร PUD ร้อยละ 36 รองลงมา คือ หลอดอาหารอักเสบ ร้อยละ 24 กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 22 ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ ร้อยละ 13 เส้นเลือดขอดในทางเดินอาหาร ร้อยละ 11 MW tear ร้อยละ 4.3 มะเร็ง ร้อยละ 3.7 การศึกษาในไทยสถิติที่แตกต่างกันออกไป แต่ PUD ยังเป็นสาเหตุของเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันมากที่สุด ร้อยละ 39.5–48 สาเหตุรองลงมากระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 20.3–24.5 เส้นเลือดขอดในทางเดินอาหาร ร้อยละ 12.8–37.1 หลอดอาหารอักเสบ ร้อยละ 4.3 MW tear ร้อยละ 3.5 มะเร็ง ร้อยละ 1.8 ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ ร้อยละ 0.9

VUGIB เป็นผลมาจากความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (portal hypertension) ซึ่งภาวะนี้มักเกิดในผู้ป่วยโรคตับแข็งได้ประมาณ ร้อยละ 50 โดยเฉพาะผู้ป่วยตับแข็งรุนแรง (Child-Pugh class B, C) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยตับแข็งก็อาจเป็น NVUGIB ได้ประมาณ ร้อยละ 40 การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy, EGD) จึงเป็นทั้งการวินิจฉัยและสามารถรักษาได้ในเวลาเดียวกัน หัตถการรักษามานการส่องกล้องของ VUGIB คือ การใช้ยางรัดเส้นเลือดขอด (esophageal variceal band ligation, EVL)

PUD ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer, GU) และแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenal ulcer, DU) โดยแผลในกระเพาะอาหารพบมากกว่า ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) การรับประทานยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet drug) ภาวะกระเพาะอาหารอักเสบและลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ มักไม่ทำให้เลือดออก

รุนแรง และหายเองได้ ยกเว้นในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) หรือมีภาวะเลือดแข็งตัวไม่ดี (coagulopathy) MW tear เป็นภาวะที่มีการฉีกขาดแนวยาวบริเวณรอยต่อระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหารทำให้เกิดภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นตามมา โดยผู้ป่วยมักมีประวัติดื่มสุราและอาเจียนหลายครั้งนำมาก่อน มักไม่ทำให้เลือดออกรุนแรง และหายเองได้

การดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันมีความสำคัญตั้งแต่แรกรับ ได้แก่ การประเมินความคงที่ของสัญญาณชีพ (hemodynamic stability) การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อคงสัญญาณชีพ (resuscitation) รวมถึงการประเมินทางเดินหายใจและระดับความรู้สึกตัว ควรพิจารณาให้เลือดเมื่อระดับฮีโมโกลบิน < 7 กรัมต่อเดซิลิตร และควรส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง หากพบลักษณะบ่งชี้การมีเลือดออก (bleeding stigmata) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำ ตาม Forrest classification ได้แก่ Forrest Ia: active spurting, Forrest Ib: active oozing, Forrest IIa: non-bleeding visible vessel (NBVV) และ Forrest IIb: adherent clot ส่วน Forrest IIc: hematin-covered flat spot และ Forrest III: clean base จัดเป็นลักษณะความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดเลือดออกซ้ำ ซึ่งโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องทำหัตถการรักษามานการส่องกล้อง

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นพบได้ ร้อยละ 22 มักเกิดในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจากเส้นเลือดขด ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อ ภาวะสมองผิดปกติจากโรคตับ (hepatic encephalopathy และเสียชีวิต ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย อัตราการตายในต่างประเทศตั้งแต่ ร้อยละ 2.5-10การศึกษาในไทยอัตราการตายโดยแบ่งตามสาเหตุของเลือดออก ได้แก่ NVUGIB ร้อยละ 4.1 ส่วน VUGIB) ร้อยละ 9.9

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ดำเนินการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (descriptive retrospective study) ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ที่มาด้วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ICD-10 ด้วยรหัส ดังนี้ K25.0 Acute gastric ulcer with hemorrhage, K26.0 Acute duodenal ulcer with hemorrhage, K22.6 Gastro-esophageal laceration-hemorrhage syndrome (Mallory-Weiss syndrome, hematemesis, K 92.1 melena, K 92.2 GI bleeding, unspecified ต้องมีการทำหัตถการ ICD-9 อย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ EGD 45.13, EGD with EVL 42.33, EGD with biopsy 45.16 และอายุมากกว่า 18 ปี เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลไม่ได้มาด้วย อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หรือถ่ายเป็นเลือด ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาหรือหลบหนีออกจากโรงพยาบาล หรือเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ จากนั้นเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การดื่มสุรา ลักษณะทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพแรกรับ อาการที่มา การตรวจร่างกายดูน้ำในช่องท้อง (ascites) ความรู้สึกตัว ลักษณะอุจจาระ ลักษณะที่พบเมื่อสวนล้างกระเพาะอาหาร (NG finding) ระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin) เกร็ดเลือด (platelet) ค่าการแข็งตัวของเลือด (prothrombin time, PT) ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) ค่าแอลบูมิน (serum albumin) ค่าบิลิรูบินทั้งหมด (total bilirubin) ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD finding) หัตถการรักษามานการส่องกล้อง ยาที่ได้รับ การให้เลือด ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีเลือดออกซ้ำ การหายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อ ภาวะสมองผิดปกติจากโรคตับ ภาวะถอนสุรา, ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, ภาวะเลือดออกซ้ำ และสถานะการรักษาเมื่อจำหน่าย จากนั้นใช้ผลการส่องกล้องเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 VUGIB ได้แก่ EV และ GV ส่วนกลุ่มที่ 2 NVUGIB ได้แก่ PUD หลอดอาหาร

อีกเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ MW tear และมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลจากตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติแสดงค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) สำหรับข้อมูลจากตัวแปรไม่ต่อเนื่องแสดงผลเป็นสัดส่วน ร้อยละ การเปรียบเทียบปัจจัยตัวแปรแบบกลุ่มใช้สถิติ Fisher's Exact test ตัวแปรต่อเนื่องใช้สถิติ Independent simple T-test หรือ Mann Whitney U test แล้วแต่การแจกแจงของข้อมูล โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 และนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ วิเคราะห์ผ่านโปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 26.0 การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้วเมื่อ 28 เมษายน 2568 (S008b/68 ExPD)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และผลการรักษาในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษามีผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์คัดเข้า 266 ราย เกณฑ์คัดออก 96 ราย ได้ผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 170 ราย เป็นเพศหญิง 51 ราย (ร้อยละ 30) และเพศชาย 119 ราย (ร้อยละ 70) อายุเฉลี่ย 61.45 ± 14.20 ปี เป็นกลุ่มผู้ป่วย NVUGIB มีจำนวน 158 ราย (ร้อยละ 92.9) และ VUGIB 12 ราย (ร้อยละ 7.1) ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกแสดงในตารางที่ 1 ผู้ป่วยอายุเกิน 65 ปี ร้อยละ 44.1 โดยกลุ่ม VUGIB มีแนวโน้มอายุน้อยกว่ากลุ่ม NVUGIB (55.17 ปี เทียบกับ 61.94 ปี) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.110$) โรคร่วมที่พบบ่อยมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.9) รองลงมาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.8) และโรคตับแข็ง (ร้อยละ 17.6) ซึ่งโรคตับแข็งพบในกลุ่ม VUGIB อัตราสูงกว่ากลุ่ม NVUGIB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 100 เทียบกับ 11.4, $p < 0.001$) ประวัติเสี่ยงมีการรับประทานยา NSAIDs ในกลุ่ม NVUGIB ร้อยละ 24.7 ส่วนประวัติการดื่มสุราสูงทั้งกลุ่ม NVUGIB (ร้อยละ 38) และกลุ่ม VUGIB (ร้อยละ 58.3) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในแง่อาการและอาการแสดงกลุ่ม VUGIB มีอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำสูงกว่า แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ การตรวจมีน้ำในช่องท้องในกลุ่ม VUGIB เท่ากัน (ร้อยละ 16.7) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.005$) ส่วนสัญญาณชีพไม่คงที่ (Hemodynamic instability) นั้นพบในกลุ่ม VUGIB มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 50.0 เทียบกับ 20.9, $p = 0.032$)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิก

ตัวแปร	total (n = 170)	NVUGIB (n = 158)	VUGIB (n = 12)	p-value
อายุ (ปี)	61.46 ± 14.16 18-90	61.94 ± 14.03 18-90	55.17 ± 14.98 33-78	0.110
อายุ > 65 ปี	75 (44.1 %)	71 (44.9 %)	4 (33.3 %)	0.553
เพศชาย	119 (70 %)	112 (70.9 %)	7 (58.3 %)	0.348
โรคร่วม				
โรคเบาหวาน	32 (18.8 %)	29 (18.4 %)	3 (25 %)	0.700
โรคความดันโลหิตสูง	61 (35.9 %)	59 (37.3 %)	2 (16.7 %)	0.333
โรคไตเสื่อมเรื้อรัง	13 (7.6 %)	11 (7.0 %)	2 (16.7 %)	0.230
โรคเส้นเลือดหัวใจ	3 (1.8 %)	2 (1.3 %)	1 (8.3 %)	0.198
โรคเส้นเลือดสมองตีบ	12 (7.1 %)	12 (7.6 %)	0 (0 %)	1.000
โรคมะเร็งตับ	2 (1.2 %)	1 (0.6 %)	1 (8.3 %)	0.137
โรคตับแข็ง	30 (17.6 %)	18 (11.4 %)	12 (100 %)	<0.001*

โรคตับแข็งระยะ A/B/C	15 (8.8 %)/ 7 (4.1 %)/ 8 (4.7 %)	10 (6.3 %)/ 3 (1.9 %)/ 5 (3.2 %)	5 (41.7 %)/ 4 (33.3 %)/ 3 (25 %)	
ประวัติการใช้ยา				
NSAIDs	39 (22.9 %)	39 (24.7 %)	0 (0 %)	0.070
ยาด้านเกร็ดเลือด	19 (11.2 %)	19 (12.0 %)	0 (0 %)	0.365
ยาด้านการแข็งตัวของเลือด	3 (1.8 %)	3 (1.9 %)	0 (0 %)	1.000
ยาสแตียรอยด์	17 (10 %)	17 (10.8 %)	0 (0 %)	0.612
ประวัติการดื่มสุรา	67 (39.4 %)	60 (38.0 %)	7 (58.3 %)	0.221
อาการและอาการแสดง				
อาเจียนเป็นเลือด	104 (61.2 %)	95 (60.1 %)	9 (75.0 %)	0.372
ถ่ายดำ	112 (65.9 %)	103 (65.2 %)	9 (75.0 %)	0.753
ถ่ายเป็นเลือด	13 (7.6 %)	12 (7.6 %)	1 (8.3 %)	1.000
เป็นลม (syncope)	30 (17.6 %)	28 (17.7 %)	2 (16.7 %)	1.000

ตัวแปร	total (n = 170)	NVUGIB (n = 158)	VUGIB (n = 12)	p-value
อาการและอาการแสดง				
ascites	2 (1.2 %)	0 (0 %)	2 (16.7 %)	0.005*
สับสนหรือซึม	1 (0.6 %)	0 (0 %)	1 (8.3 %)	0.071
ลักษณะอุจจาระ				
อุจจาระเป็นเลือด	13 (7.6 %)	12 (7.6 %)	1 (8.3 %)	1.000
อุจจาระดำ	112 (65.9 %)	103 (65.2 %)	9 (75.0 %)	0.753
อุจจาระเหลืองหรือเขียว	45 (26.5 %)	43 (27.2 %)	2 (16.7 %)	0.735
NG finding				
Fresh blood	53 (31.2 %)	49 (31.0 %)	4 (33.3 %)	1.000
Coffee ground	73 (42.9 %)	67 (42.4 %)	6 (50 %)	0.764
Clear	44 (25.9 %)	42 (26.6 %)	2 (16.7 %)	0.733
Hemodynamic instability	39 (22.9 %)	33 (20.9 %)	6 (50.0 %)	0.032*

ค่าที่แสดง หมายถึง จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด, * หมายถึง ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยใช้หลักสถิติ Fisher's exact test ในประเภทข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และใช้ independent Sample T test ในข้อมูลต่อเนื่อง, Hemodynamic instability หมายถึง ความดันตัวบน < 100 มิลลิเมตรปรอท และชีพจร > 100 ครั้งต่อนาที หรือความดันตัวบนลดลง ร้อยละ 10 หรือชีพจรเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 10 เมื่อเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง

ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าระดับฮีโมโกลบินเฉลี่ยในกลุ่ม VUGIB ต่ำกว่ากลุ่ม NVUGIB อย่างมีนัยสำคัญ (Hemoglobin 7.30 เทียบกับ 8.97 g/dL, $p = 0.033$) ขณะที่ค่าการแข็งตัวของเลือด ค่าแอลบูมินและบิลิรูบินทั้งหมดในกลุ่ม VUGIB มีค่าที่แตกต่างอย่างมีนัยทางสถิติกับกลุ่ม NVUGIB (PT 14.95 เทียบกับ 12.65 seconds, $p=0.002$; albumin 2.59 เทียบกับ 3.43 g/dL, $p < 0.001$; bilirubin 0.93 เทียบกับ 0.50 mg/dL, $p = 0.002$)

ตารางที่ 2 ผลทางห้องปฏิบัติการ

ตัวแปร	total	NVUGIB	VUGIB	p-value
Hemoglobin, mg/dL	8.85 $\pm$ 2.63	8.97 $\pm$ 2.63	7.30 $\pm$ 2.26	0.033*

Platelets**, cell/mm ³ median (IQR)	235,000 (186,000–311,000)	239,500 (188,000–311,000)	197,000 (137,000–269,500)	0.143
Serum creatinine**, mg/dL median (IQR)	0.89 (0.70–1.21)	0.89 (0.70–1.21)	0.92 (0.74–1.31)	0.684
PT**, seconds median (IQR)	12.90 (11.70–13.80)	12.65 (11.60–13.70)	14.95 (13.35–15.95)	0.002*
Serum albumin, g/dL	3.43 ± 0.87	3.43 ± 0.56	2.59 ± 0.53	<0.001*
Total bilirubin**, mg/dL median (IQR)	0.50 (0.33–1.00)	0.50 (0.30–1.00)	0.93 (0.64–2.60)	0.002*

ค่าที่แสดง หมายถึง จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์), * หมายถึง ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยใช้หลักสถิติ Fisher's exact test ในประเภทข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และใช้ independent Sample T test ในข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ หรือ Mann-Whitney U test ในข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงไม่ปกติ, ** เป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่าแผลในกระเพาะอาหารเป็นสาเหตุหลักของ NVUGIB ร้อยละ 50.6 หากรวมกับแผลในลำไส้ส่วนต้น (ร้อยละ 16.5) ด้วย PUD คิดเป็น ร้อยละ 67.1 รองลงมากระเพาะอาหารอักเสบและลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ ร้อยละ 19.6 MW tear ร้อยละ 7.6 และมะเร็ง ร้อยละ 5.7 สำหรับกลุ่ม VUGIB พบว่า EV เป็นสาเหตุหลัก (ร้อยละ 91.7) ลักษณะบ่งชี้การมีเลือดออกมากที่สุด ใน NVUGIB ได้แก่ clean base ร้อยละ 58.5

ในการจำแนก PUD ตาม Forrest classification พบว่า clean base เป็นลักษณะที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 58.5) หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้องในกลุ่ม NVUGIB คือการฉีด epinephrine ร่วมกับ electrocautery (Epi + EC) ทำทั้งหมดกลุ่มความเสี่ยงสูง (Forrest Ia - IIa) และการใช้ hemoclip ใน Forrest IIa 1 ราย MW tear 2 ราย สำหรับกลุ่ม VUGIB มีการรักษาหลักคือ EVL จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 58.3)

ตารางที่ 3 ผลการส่องกล้องและหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง

ตารางที่ 3.1 ผลการส่องกล้องในกลุ่ม NVUGIB (n=158)		
ผลการส่องกล้อง	จำนวน (ร้อยละ)	
Gastric ulcer	80 (50.6 %)	
duodenal ulcer	26 (16.5 %)	
Gastritis, duodenitis	31 (19.6 %)	
Mallory-Weiss tear*	12 (7.6 %)	
malignancy	9 (5.7 %)	
ตารางที่ 3.2 การจำแนก Peptic ulcer disease ตาม Forrest classification (n=106)*		
ลักษณะบ่งชี้การมีเลือดออก	จำนวน (ร้อยละ)	หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง
- Forrest Ia: active spurting	1 (0.9 %)	Epi + EC 1
- Forrest Ib: active oozing	4 (3.8 %)	Epi + EC 4
- Forrest IIa: Non-bleeding visible vessel	7 (6.6 %)	Hemoclips 1, Epi + EC 6
- Forrest IIb: adherent clot	5 (4.7 %)	–
- Forrest IIc: hematin-covered flat spot	27 (25.5 %)	–
- Forrest III: clean base	62 (58.5 %)	–
ตารางที่ 3.3 ผลการส่องกล้องในกลุ่ม VUGIB (n=12)		
ผลการส่องกล้อง	จำนวน (ร้อยละ)	หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง
esophageal varices	11 (91.7 %)	EVL 7

gastric varices	1 (8.3 %)	–
-----------------	-----------	---

* Mallory-Weiss tear มีหัตถการรักษาก่อนการส่องกล้องด้วย hemoclip 2 ราย , ** PUD นับเฉพาะ gastric ulcer และ duodenal ulcer

จากตารางที่ 4 หัตถการรักษาก่อนการส่องกล้องพบในกลุ่ม VUGIB มากกว่า NVUGIB อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 58.3 เทียบกับ 8.9, $p = 0.001$) มีผู้ป่วย 1 รายที่เป็นแผลในกระเพาะอาหารที่ไม่สามารถหยุดเลือดได้ ขณะส่องกล้องจึงได้ทำผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Exploratory laparotomy) เพื่อหยุดเลือด นอกจากนี้กลุ่ม VUGIB ใช้น้ำ somatostatin มากกว่า (ร้อยละ 66.7 เทียบกับ 10.8, $p < 0.001$) และได้รับเลือดมากกว่ากลุ่ม NVUGIB (ร้อยละ 100 เทียบกับ 69.6, $p = 0.021$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่ม VUGIB ได้รับเลือดทุกคน ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลพบในผู้ป่วยทั้งหมด 10 ราย (ร้อยละ 5.9) เป็นการติดเชื้อมากที่สุด (ร้อยละ 17.0) รองลงมาการหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 4.7) เสียชีวิต 11 ราย (ร้อยละ 6.5) ภาวะเลือดออกซ้ำ ร้อยละ 5.3 กลุ่ม VUGIB มีแนวโน้มเสียชีวิตและเกิดภาวะเลือดออกซ้ำสูงกว่า NVUGIB แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (เสียชีวิต ร้อยละ 16.7 เทียบกับ 5.7, $p = 0.176$; เลือดออกซ้ำ ร้อยละ 16.7 เทียบกับ 4.4, $p = 0.125$) ค่ามัธยฐานวันเลือดออกซ้ำหลังส่องกล้องกลุ่ม NVUGIB คือ 1 วัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 1–3 วัน) ส่วนกลุ่ม VUGIB คือ 6.5 วัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 2–11 วัน) ค่ามัธยฐานระยะเวลารอนโรงพยาบาล 3.5 วัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 3–5 วัน) ไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่ม

ตารางที่ 4 แสดงการรักษาและผลการรักษา

ตัวแปร	total	NVUGIB	VUGIB	P-value
การรักษา				
หัตถการรักษาก่อนการส่องกล้อง	21 (12.4 %)	14 (8.9 %)	7 (58.3 %)	0.001*
Exploratory laparotomy	1 (0.6 %)	1 (0.6 %)	0 (0%)	1.000
ยาที่ใช้รักษา				
proton pump inhibitor (PPI)	169 (99.4 %)	158 (100 %)	11 (91.7 %)	0.071
somatostatin group	25 (14.7 %)	17 (10.8 %)	8 (66.7 %)	0.00*
การได้รับเลือด (PRC transfusion)				
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเลือด (%)	122 (71.8 %)	110 (69.6 %)	12 (100 %)	0.021*
จำนวนถุงเลือดที่ได้รับ** (ยูนิต)	2	2	2.5	0.034*
median (IQR)	(2–3)	(0–3)	(2.5–3)	
ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล	10 (5.9 %)	9 (5.7 %)	1 (8.3 %)	
การหายใจล้มเหลว	8 (4.7 %)	8 (5.1 %)	0 (0%)	
ไตวายเฉียบพลัน	3 (1.8 %)	3 (1.9 %)	0 (0%)	
โรคสมองจากโรคตับ	1 (0.6 %)	0 (0%)	1 (8.3 %)	
การติดเชื้อ	10 (17.0 %)	9 (5.7 %)	1 (8.3 %)	
ภาวะถอนสุรา	2 (1.2 %)	2 (1.3 %)	0 (0%)	
เสียชีวิต	11 (6.5 %)	9 (5.7 %)	2 (16.7 %)	
ภาวะเลือดออกซ้ำ	9 (5.3 %)	7 (4.4 %)	2 (16.7 %)	
วันเลือดออกซ้ำหลังส่องกล้อง**, วัน	1	1	6.5	
median (IQR)	(1–1)	(1–3)	(2–11)	
ระยะเวลารอนโรงพยาบาล**, วัน	3.5	3.5	4	0.318
median (IQR)	(3–5)	(2–5)	(3–6)	

ค่าที่แสดง หมายถึง จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์), * หมายถึง ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยใช้หลักสถิติ Fisher's exact test ในประเภทข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และใช้ independent Sample T test ในข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ หรือ Mann-Whitney U test ในข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงไม่ปกติ, ** เป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชายส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 61.46 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศอายุมากกว่า 65 ปีมากถึง ร้อยละ 44.1 ไกล่เคียงกับการศึกษาของภวพล และ Sakolwan และคณะ สัดส่วน NVUGIB (ร้อยละ 92.9) มากกว่า VUGIB (ร้อยละ 7.1) ค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มทั่วไปว่าส่วนใหญ่เป็น NVUGIB แต่ในบางโรงพยาบาล VUGIB สูงกว่านี้ เช่น การศึกษาเฉลิมรัฐและคณะพบ VUGIB ร้อยละ 37.1 การศึกษาของสมิทธิ์และคณะพบ VUGIB ร้อยละ 12.8 โรคร่วมมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.9) รองลงมาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.8) พบได้ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมาก จึงมักมีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วนโรคตับแข็งเป็นโรคร่วมลำดับที่ 3 (ร้อยละ 17.6) โดยกลุ่ม VUGIB อัตราสูงกว่ากลุ่ม NVUGIB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วย VUGIB เป็นตับแข็งทุกคน เช่นเดียวกับการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะพบว่า VUGIB เป็นโรคตับแข็งทั้งหมด แม้ว่าการศึกษาในต่างประเทศกล่าวว่า VUGIB อาจเกิดจาก portal hypertension จากสาเหตุอื่นได้นอกจากตับแข็ง ร้อยละ 50 ผู้ป่วยโรคตับแข็งยังสามารถเป็น NVUGIB ไม่น้อยเช่นกัน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย VUGIB เป็นโรคตับแข็ง Child Pugh score A มากกว่า B และ C ดังนั้นแม้ว่าเป็นโรคตับแข็งที่ไม่รุนแรงแต่ก็ยังมี VUGIB ได้ การทำ EGD surveillance ก่อนที่จะมีอาการจึงเป็นเรื่องสำคัญ สอดคล้องกับคำแนะนำให้ทำ EGD surveillance ในผู้ป่วยตับแข็ง แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการให้ยาป้องกันในกลุ่มเสี่ยงแทนการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น แต่ในโรงพยาบาลนั้นต้องมีเครื่อง liver stiffness measurement ดังนั้นในบริบทโรงพยาบาลในสระแก้ว ยังควรต้องทำ EGD surveillance ในผู้ป่วยตับแข็งทุกรายอย่างน้อย 1 ครั้ง ปัจจุบันไม่ได้มีการทำอย่างเป็นระบบ เพราะแพทย์ที่ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นมีเฉพาะศัลยแพทย์ ซึ่งที่ผ่านมาแพทย์ขาดแคลน อนาคตเริ่มมีแพทย์เพิ่มขึ้นควรทำได้มากขึ้น ประวัติเสี่ยงการใช้นายมีการรับประทานยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ในกลุ่ม NVUGIB สูงถึง ร้อยละ 24.7 สูงกว่ากับการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนประวัติดื่มสุราพบได้สูงทั้งกลุ่ม NVUGIB (ร้อยละ 38.0) และกลุ่ม VUGIB (ร้อยละ 58.3) สูงกว่าการศึกษาของภวพล ซึ่งพบประวัติดื่มสุรา ร้อยละ 28.4 ในแง่อาการมาด้วยถ่ายดำมากที่สุด (ร้อยละ 65.9) รองลงมาอาเจียนเป็นเลือด (ร้อยละ 61.2) โดยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ชัดแจ้งการศึกษาก่อนหน้าที่อาเจียนเป็นเลือด ลักษณะอุจจาระเป็นเลือด และการสวนล้างกระเพาะอาหารเป็น fresh blood พบใน VUGIB มากกว่า จากการศึกษพบว่าลักษณะทางคลินิกของ VUGIB ที่แตกต่างจาก NVUGIB ได้แก่ เป็นโรคตับแข็ง มีน้ำในช่องท้อง สัญญาณชีพไม่คงที่ ระดับฮีโมโกลบินต่ำ ค่าการแข็งตัวของเลือดสูง ค่าแอลบูมินต่ำค่าบิลิรูบินทั้งหมดสูง การทำหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้องมากกว่าและได้รับเลือดมากกว่า สอดคล้องกับกลไกของโรคของ VUGIB ซึ่งเกิดจากโรคตับแข็ง เพราะปัจจัยดังกล่าวทั้งค่าการแข็งตัวของเลือดสูง, ค่าแอลบูมินต่ำ, ค่าบิลิรูบินทั้งหมดสูงเป็นลักษณะของโรคตับแข็ง ส่วนการมีสัญญาณชีพไม่คงที่และระดับฮีโมโกลบินต่ำ อาจบ่งบอกว่า VUGIB มีการเสียเลือดมาก รุนแรงกว่า สอดคล้องกับการเฉลิมรัฐและคณะ

ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นพบว่า PUD เป็นสาเหตุหลักของ NVUGIB รองลงมากระเพาะอาหารอักเสบและลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ และ MW tear สอดคล้องกับการศึกษาทั่วโลกและในประเทศไทย พบมะเร็ง ร้อยละ 5.7 ยืนยันความสำคัญของการส่องกล้องว่าต้องทำเพื่อการวินิจฉัย ลักษณะบ่งชี้การมีเลือดออกของกลุ่ม NVUGIB เป็น clean base เป็นส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดเลือดออกซ้ำ เมื่อรวมกับ

hematin-covered flat spot ด้วยซึ่งมีความเสี่ยงต่ำเช่นกันได้ ร้อยละ 80 ส่วนลักษณะความเสี่ยงสูงเพียงร้อยละ 16 ยืนยันว่าผลการส่องกล้องของผู้ป่วยโดยรวมดี ในกลุ่มของ VUGIB เป็น EV เป็นส่วนใหญ่มีแนวโน้มคล้ายคลึงกับการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะ ส่วน GV พบเพียง 1 ราย ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลพบในผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 5.9 ต่ำกว่าการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะที่สูงถึง ร้อยละ 22 อัตราการเสียชีวิตกลุ่ม NVUGIB เสียชีวิต ร้อยละ 5.7 ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา แต่ในกลุ่ม VUGIB เสียชีวิต ร้อยละ 16.7 สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา อัตราการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ ร้อยละ 5.3 ใกล้เคียงกับการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะ ส่วนวันเลือดออกซ้ำหลังส่องกล้องแนวโน้มกลุ่ม VUGIB นานกว่า แต่ผู้วิจัยไม่ได้คำนวณสถิติความแตกต่าง 2 กลุ่มเพราะจำนวนผู้ป่วยน้อย เช่นเดียวกับแนวโน้มเสียชีวิตและเกิดภาวะเลือดออกซ้ำสูงกว่า NVUGIB แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เพราะจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม VUGIB ของการศึกษานี้ค่อนข้างน้อยเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษา ค่ามัธยฐานระยะเวลานอนโรงพยาบาล 3.5 วัน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 3-5 วัน ไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่ม ระยะเวลานอนโรงพยาบาลใกล้เคียงกับการศึกษาของภพล ซึ่งเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับจังหวัดเช่นกัน แต่น้อยกว่าการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะที่ค่ามัธยฐานระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 (3-9) วัน ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นโรงเรียนแพทย์อาจต้องดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ผู้ป่วยมีความซับซ้อนกว่าจึงนอนโรงพยาบาลนานกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าในการศึกษานี้ ส่วนระยะนอนโรงพยาบาลจากการศึกษานี้ไม่นานแสดงถึงผลการรักษาผู้ป่วยค่อนข้างดี

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การศึกษานี้ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งทางด้านวิชาการและด้านบริการ ดังนี้

6.1 ด้านการบริการทางการแพทย์: ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาช่วยให้โรงพยาบาลสามารถจำแนกผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันตามระดับความรุนแรงได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้

6.1.1 ลดการส่งต่อเร่งด่วนที่ไม่จำเป็นในกลุ่ม NVUGIB ความเสี่ยงต่ำ

6.1.2 เตรียมทรัพยากร เช่น เลือดและยา somatostatin สำหรับกลุ่ม VUGIB หรือผู้ป่วยที่มี

hemodynamic instability ได้อย่างทันท่วงที ควรมียาสำรองที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อจะได้ยาเร็วที่สุดเมื่อสงสัยว่าเป็น VUGIB

6.2 ด้านการพัฒนาระบบบริการในเครือข่าย: ผลการศึกษานำไปสู่แนวคิด ทำเครื่องมือคัดกรองความรุนแรงจากตัวแปรพื้นฐาน (โรคตับแข็ง ความดันโลหิตไม่คงที่ ความเข้มข้นเลือดต่ำ ค่าการแข็งตัวของเลือดสูง ค่าแอลบูมินต่ำ ค่าบิลิรูบินทั้งหมดสูง) เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนใช้คัดกรองก่อนส่งต่อ ช่วยจัดลำดับความเร่งด่วนและบริหารคิว EGD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผลการศึกษายังสนับสนุนการทำ EGD surveillance ในผู้ป่วยตับแข็งทุกระยะ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำในอนาคต

6.3 ด้านวิชาการและนโยบาย:

6.3.1 สร้างองค์ความรู้ท้องถิ่นที่สะท้อนบริบทของโรงพยาบาลระดับจังหวัดชายแดน

6.3.2 สามารถต่อยอดทำ prospective study และวิเคราะห์ ROC/AUC เพื่อหาค่า cutoff ที่ใช้ได้จริงในบริบททรัพยากรจำกัด

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective) ที่ต้องรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 1 ปีเต็ม ทำให้ต้องตรวจสอบเวชระเบียนจำนวนมาก (266 เคส) และคัดออกกว่า 96 รายจากข้อมูลไม่ครบถ้วน

7.2 ต้องจำแนกผู้ป่วยตามรหัส ICD-10 และ ICD-9-CM อย่างถูกต้อง พร้อมยืนยันผลการส่องกล้องทางเดิน

อาหารส่วนต้นจากรายงานภาพ เพื่อแยก NVUGIB กับ VUGIB อย่างแม่นยำ

7.3 การแยกข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งต้องอ้างอิง Child-Pugh class จากหลายแหล่งข้อมูลในเวชระเบียน ทั้งผลทางห้องปฏิบัติการ อาการแสดง และผลภาพตรวจช่องท้อง

7.4 ต้องอาศัยการวิเคราะห์ทางสถิติหลายวิธี ทั้งการอธิบายข้อมูล การเปรียบเทียบ และการหาความสัมพันธ์ ของปัจจัย เพื่อให้เข้าใจความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอย่างถูกต้อง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการศึกษานี้ประสบข้อจำกัดและอุปสรรคหลายประการ ดังนี้

8.1 ข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ครบถ้วน มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เนื่องจากขาดข้อมูล สำคัญ เช่น ประวัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจหาการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ทำให้ต้องตัดผู้ป่วยบาง รายออกจากการศึกษาส่งผลให้ขนาดตัวอย่างลดลง

8.2 จำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม VUGIB มีจำนวนน้อย ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 7 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้การ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมีพลังทางสถิติน้อย และไม่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยบางประการได้อย่างละเอียด

8.3 ขาดระบบบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างหน่วยงาน แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน แผนกศัลยกรรม และห้องส่องกล้องมีรูปแบบแตกต่างกัน ส่งผลให้การรวบรวมข้อมูลต้องใช้เวลามากและต้อง ตรวจสอบความถูกต้องหลายรอบ

8.4 งานวิจัยนี้ไม่ได้รวมผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันที่ไม่ได้ส่องกล้องมาด้วย เป็นไปได้ว่า เป็นผู้ป่วยอาการรุนแรงจนไม่ได้ส่องกล้อง อาจทำให้ประเมินอัตราการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าเป็น จริง

9. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม NVUGIB ที่ มีความรุนแรงต่ำ ซึ่งสามารถให้การรักษาด้วยยาก่อน โดยไม่จำเป็นต้องได้รับหัตถการส่องกล้องในทันที ขณะที่ ผู้ป่วยกลุ่ม VUGIB มีความรุนแรงสูงกว่าและมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงควรมีแนวทาง ในการจำแนกระดับความเสี่ยงตั้งแต่ระยะต้น เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างทันทั่วถึงที่ใช้ทรัพยากรอย่าง เหมาะสม

9.1 ข้อเสนอแนะเชิงระบบบริการ

9.1.1 ควรจัดทำแนวทางคัดกรองผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ภายในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรในห้องฉุกเฉินสามารถประเมินความรุนแรงเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว และใช้ประกอบการ ตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย

9.1.2 พัฒนาเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น (screening tool) ที่อาศัยข้อมูลพื้นฐานจากอาการและผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ เช่น ภาวะตับแข็ง ระดับความดันโลหิต ฮีโมโกลบิน การแข็งตัวของเลือด อัลบูมิน และบิลิ รูบิน เพื่อใช้จำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9.1.3 จัดทำระบบบันทึกข้อมูลมาตรฐานเดียวกันระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน แผนกศัลยกรรม และ ห้องส่องกล้อง เพื่อให้การเก็บรวบรวมและติดตามข้อมูลผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องและสะดวกต่อการ วิเคราะห์ในอนาคต

9.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ

9.2.1 ควรกำหนดให้มีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อการเฝ้าระวัง (EGD surveillance) ในผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกราย แม้ในรายที่อยู่ในระยะเริ่มต้น เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำจากเส้นเลือดขอด

9.2.2 ส่งเสริมให้โรงพยาบาลเครือข่ายในระดับอำเภอสามารถบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ำได้เองก่อนเพื่อลดภาระการส่งต่อเร่งด่วน แล้วนัดมาส่องกล้องภายหลังในระยะเวลาที่ยังปลอดภัยกับผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของระบบบริการในจังหวัด

9.2.3 พัฒนาระบบการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยแบบออนไลน์ (เช่น ผ่านแอปพลิเคชันหรือแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์) เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถขอคำปรึกษาและนัดส่องกล้องจากโรงพยาบาลจังหวัดได้สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

9.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและการวิจัย

9.3.1 ควรดำเนินการศึกษาต่อเนื่องในรูปแบบการวิจัยเชิงไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และสามารถระบุปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

9.3.2 ศึกษาการวิเคราะห์ ความไวและความจำเพาะของตัวแปรทางคลินิก เพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่มีความถูกต้องสูง และสามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด

9.3.3 ส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยในระดับจังหวัดและภูมิภาค เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และขยายผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในบริบทใกล้เคียงกัน

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในด้านการคัดกรอง การใช้ทรัพยากร และการลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพบริการทางศัลยกรรมและอายุรกรรมของโรงพยาบาลในจังหวัดสระแก้วและเครือข่ายต่อไป

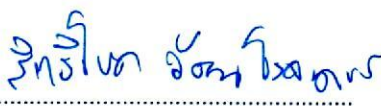
10. การเผยแพร่ผลงาน

ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ปีที่ 42 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2569

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นายสิทธิโชค วัฒนโรจนานพร สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายสิทธิโชค วัฒนโรจนานพร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 16 / ธันวาคม / 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นายสิทธิโชค วัฒนโรจนานพร	สิทธิโชค วัฒนโรจนานพร

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) _____

(นายประชา สดแสงเทียน)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

(วันที่) 17 ธ.ค. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) _____

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๑๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) _____

(นายพัลลภ ยอดศิริจินดา)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 23 ธ.ค. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

นพ. ส.ส.จ.

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง โครงการพัฒนาบริการผ่าตัดเล็กสัญญาณในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน

2. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันจังหวัดสระแก้วมีโรงพยาบาลที่มีศัลยแพทย์ประจำเพียง 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลอรัญประเทศ ทำให้โรงพยาบาลชุมชนอีก 7 แห่งในจังหวัดต้องส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมมายังโรงพยาบาลทั้งสองแห่งเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนจะจัดรถส่งต่อมายังโรงพยาบาลใหญ่โดยตรง แต่ในกรณีผู้ป่วยโรคศัลยกรรมที่ไม่เร่งด่วน เช่น ก้อนใต้ผิวหนัง ริดสีดวงทวาร หรือไส้เลื่อน ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางมารับบริการด้วยตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดภาระทั้งด้านค่าใช้จ่าย เวลา และความลำบากในการเดินทาง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางศัลยกรรมได้อย่างทั่วถึง ในขณะเดียวกันแนวโน้มที่โรงพยาบาลชุมชนจะมีศัลยแพทย์ประจำยังเป็นไปได้ยาก ดังนั้น การจัดให้มี “โครงการพัฒนาบริการผ่าตัดเล็กสัญญาณในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน” โดยให้ทีมศัลยแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเดินทางออกไปให้บริการผ่าตัดเล็กและตรวจรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมที่ไม่เร่งด่วน ณ โรงพยาบาลชุมชน จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระการเดินทางและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เพิ่มการเข้าถึงบริการศัลยกรรมขั้นพื้นฐานใกล้บ้าน และลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด ทั้งยังเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการของจังหวัดสระแก้ว ให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และลดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากสภาพปัจจุบัน จังหวัดสระแก้วมีจำนวนศัลยแพทย์ประจำเพียง 2 แห่ง ทำให้โรงพยาบาลชุมชนอีก 7 แห่งไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประจำ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป แม้ในกรณีที่โรคศัลยกรรมไม่เร่งด่วน เช่น ก้อนใต้ผิวหนัง ริดสีดวงทวาร หรือไส้เลื่อน การเดินทางมารับบริการจึงเป็นภาระทั้งด้านค่าใช้จ่ายและเวลา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ

ในทางกลับกัน โรงพยาบาลแม่ข่ายมีภาระงานสูงและมีความแออัดในคลินิกศัลยกรรมและห้องผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยโรคไม่เร่งด่วนต้องรอคิวนาน การจัดระบบบริการแบบกระจาย (Decentralized Service) โดยให้ทีมศัลยแพทย์ออกไปให้บริการตามโรงพยาบาลชุมชนจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบาย One Day Surgery (ODS) และแนวคิด One Province One Hospital ของกระทรวงสาธารณสุข

3.2 แนวความคิด/ข้อเสนอ

โครงการผ่าตัดเล็กสัญญาณนี้มุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุก (Outreach Service) โดยศัลยแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเดินทางไปยังโรงพยาบาลชุมชนเป็นประจำเดือนละ 1 ครั้ง หรือมากกว่านั้นตามความพร้อมเพื่อดำเนินการ

- ตรวจและคัดกรองผู้ป่วยศัลยกรรมที่ไม่เร่งด่วน
- ดำเนินการผ่าตัดเล็กหรือหัตถการที่สามารถทำแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ได้

- ให้คำปรึกษาและดูแลติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดร่วมกับทีมสหสาขาในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีข้อเสนอสำคัญดังนี้
 - พัฒนา “ระบบนัดหมายและคัดกรองผู้ป่วยล่วงหน้า” ผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ (Google Form หรือ Line Consult) เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านคนและอุปกรณ์
 - จัดทำ “ชุดอุปกรณ์ผ่าตัดเล็กสัญญาณ” ที่มีมาตรฐานความปลอดภัยเดียวกันทุกแห่ง
 - จัดทำ “คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก” สำหรับใช้ร่วมกันในเครือข่าย
 - ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ โดยวัดจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ ระยะเวลารอคอย และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.3 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

- ข้อจำกัดด้านบุคลากร ได้แก่ 1. ศัลยแพทย์มีภาระงานในโรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวนมาก อาจจำกัดจำนวนครั้งในการออกบริการ 2. ผู้ช่วยผ่าตัดไม่มีประสบการณ์เข้าช่วยผ่าตัด
- ข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และสถานที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งอาจมีห้องผ่าตัดหรือเครื่องมือไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน
- ข้อจำกัดด้านระบบนัดหมายและข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ การประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลอาจล่าช้า หรือมีความซ้ำซ้อน
- ข้อจำกัดด้านการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการติดตามผลหลังผ่าตัดอาจไม่ต่อเนื่อง หากผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล

3.4 แนวทางแก้ไข

- บริหารจัดการเวลาและบุคลากรอย่างเป็นระบบ : กำหนดตารางออกหน่วยผ่าตัดสัญญาณล่วงหน้าร่วมกันในระดับเครือข่าย และใช้ระบบนัดหมายล่วงหน้าเพื่อลดภาระศัลยแพทย์ ส่วนผู้ช่วยผ่าตัดในช่วงแรก ต้องให้ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดออกหน่วยสัญญาณด้วยและสอนทีมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจนสามารถเป็นผู้ช่วยผ่าตัดได้ และอีกทางคือให้ทางพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนมาร่วมผ่าตัดเล็กที่โรงพยาบาลสระแก้วด้วย
- เสริมความพร้อมด้านอุปกรณ์และสถานที่ : จัดเตรียมชุดผ่าตัดเล็กสัญญาณเคลื่อนที่ และจัดทำรายการอุปกรณ์พื้นฐานที่ต้องมีในแต่ละโรงพยาบาล
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการประสานงาน : ใช้แบบฟอร์มออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเพื่อส่งรายชื่อผู้ป่วย คัดกรอง และนัดหมายอย่างมีระบบ
- พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน : มอบหมายพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ รพช. ดูแลติดตามแผล และรายงานผลผ่านช่องทางออนไลน์แก่ศัลยแพทย์

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยศัลยกรรมที่ไม่เร่งด่วนในพื้นที่สามารถเข้าถึงการรักษาได้สะดวกขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง
- โรงพยาบาลแม่ข่ายมีความแออัดลดลงในคลินิกศัลยกรรมและห้องผ่าตัด
- บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมมากขึ้น
- ประชาชนในจังหวัดสระแก้วได้รับการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และทั่วถึงมากขึ้น

- เกิดระบบความร่วมมืออย่างยั่งยืนระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เชิงปริมาณ

- จำนวนครั้งที่ออกหน่วยผ่าตัดเล็กสัญจร ไม่น้อยกว่า 10 ครั้งต่อปีงบประมาณ
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็ก ไม่น้อยกว่า 50 รายต่อปีงบประมาณ
- ดำเนินการครบทุกโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย

เชิงคุณภาพ

- ความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรต่อบริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด น้อยกว่าร้อยละ 2

(ลงชื่อ) สิริวิภา จันทะโรจนพร

(นายสิริวิภา จันทะโรจนพร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 16 / ธันวาคม / 2568

ผู้ขอประเมิน