

Quality of Care for Patients with Cirrhosis and Treatment Outcomes in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

*Kanit Bunnag, M.D.**

*Dhanusorn Wanichagool, M.D.**

*Sakkarin Chirapongsathorn, M.D.***

Abstract

As one of the leading causes of death in Thailand, the accurate data of cirrhosis are needed. The aims of this study were to examine the quality of care, costs and treatment outcomes of cirrhosis in Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital. The cohort study was conducted involving all cirrhotic patients attending the hospital through 2020. Medical database was reviewed on the quality of care parameters as recommended in the standard practice guidelines, which included hepatocellular carcinoma screening, secondary prevention in variceal bleeding, diuretic for ascites, secondary prevention of spontaneous bacterial peritonitis, and secondary prevention of hepatic encephalopathy; and the rate of achievement were measured. Costs and outcomes were analyzed; and the results were reported as total and subgroup outcomes. There were altogether 706 cirrhotic patients identified. Among them, 43.6% were followed up at gastroenterology out-patient clinic (GI), 35.9% at internal medicine out-patient clinic (Med), and 20.4% at general physician out-patient clinic (GP). The emergency department visit rate, admission rate, and mortality rate were significantly increased in order of GI, Med, and GP group. While the quality of care was significantly decreased in the same order. The cost was not different in each group. The incremental cost-effectiveness ratio demonstrated cost-saving in GI over the other two groups, and cost-effectiveness in Med over the GP group. Despite a high disease burden and mortality rate of cirrhosis, the current quality of care was quite

low, especially for those patients in Med and GP groups. Thus, the quality improvement campaign should be urgently established.

Keywords: Cirrhosis; quality of care; cost effectiveness analysis

*Department of medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

** Department of medicine, Phramongkutklao Hospital

Received: April 22, 2021; Revised: June 28, 2021; Accepted: July 22, 2021

คุณภาพการรักษาโรคตับแข็งและผลลัพธ์การรักษา ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

คณิตร์ บุญนา, พ.บ.*

دنسرن วานิชกุล, พ.บ.*

ศักรินทร์ จิรพงศธร, พ.บ.**

บทคัดย่อ

โรคตับแข็งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประเทศไทย แต่ในปัจจุบันยังขาดข้อมูลคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์การรักษา จึงเป็นที่มาของงานวิจัยในครั้งนี้ที่ทำการศึกษาคูณภาพของการรักษาโรคตับแข็งในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อประเมินคุณภาพและผลการรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง ศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคตับแข็งทั้งหมดที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2563 ทำการประเมินคุณภาพการรักษาด้วยการใช้ตัวชี้วัดอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติ ได้แก่ การคัดกรองโรคมะเร็งตับ การรักษาภาวะท้องมาน การป้องกันทุติยภูมิภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากเส้นเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร การป้องกันทุติยภูมิภาวะติดเชื้อแบคทีเรียของสารน้ำในช่องท้องที่เกิดขึ้นเอง การป้องกันทุติยภูมิภาวะความผิดปกติทางสมองจากโรคตับ ทำการประเมินค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์การรักษา รายงานผลแบ่งตามกลุ่มแพทย์ที่ให้บริการ ผู้ป่วยทั้งหมด 706 ราย ร้อยละ 43.6 เป็นผู้ป่วยที่รักษากับแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 35.9 เป็นผู้ป่วยที่รักษากับอายุรแพทย์ ร้อยละ 20.4 เป็นผู้ป่วยที่รักษากับแพทย์ทั่วไป พบว่า คุณภาพการรักษาสูงที่สุดในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดิน

อาหาร และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มอายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไปตามลำดับ ในขณะที่อัตราการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน อัตราการรักษาแบบผู้ป่วยใน อัตราการเสียชีวิตต่ำสุดในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินอาหารและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มอายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไปตามลำดับ ด้านค่าใช้จ่ายของแต่ละกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อคำนวณอัตราส่วนต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยประสิทธิผล พบว่าการรักษาโดยกลุ่มแพทย์เฉพาะทางสามารถลดต้นทุนได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น และการรักษาโดยกลุ่มอายุรแพทย์มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแพทย์ทั่วไป งานวิจัยครั้งนี้พบปัญหาเรื่องคุณภาพการรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน อัตราการมารับบริการและอัตราการเสียชีวิตที่สูง ซึ่งนับเป็นปัญหาที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน

คำสำคัญ: โรคตับแข็ง; คุณภาพการรักษา; การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล

*กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

**กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ได้รับต้นฉบับ 22 เมษายน 2564; แก้ไขบทความ: 28 มิถุนายน 2564; รับลงตีพิมพ์: 22 กรกฎาคม 2564

บทนำ

โรคตับแข็งนับเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประเทศไทยและในระดับสากล เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาแบบผู้ป่วยใน สร้างปัญหาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ⁽¹⁻²⁾

จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติของไทย พบว่าโรคตับเรื้อรังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นลำดับที่ 7 โดยมีอัตราการเสียชีวิต 16 คน ต่อประชากร 100,000 คน และเป็นภาระทางการสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย⁽³⁾

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาย้อนหลัง 10 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Scaglione S และคณะ พบว่าโรคตับแข็งมีอุบัติการณ์ร้อยละ 0.27 โดยผู้ป่วยร้อยละ 69 ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นโรคตับแข็ง อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็งอยู่ที่ร้อยละ 26.4 ในระยะเวลา 2 ปี ซึ่งเกินครึ่งเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี แอลกอฮอล์ โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี⁽⁴⁾ การพัฒนาคุณภาพระบบสาธารณสุขให้ดีขึ้นจะสามารถลดปัญหาที่เกิดจากโรคตับแข็งลงได้⁽⁵⁾

การศึกษาเกี่ยวกับโรคตับแข็งในประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของ ศักรินทร์ และคณะ พบว่าผู้ป่วยโรคตับแข็งทั้งหมด 134,038 คน ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วย ใน มีอัตราการกลับเข้ารับรักษาในรพ.ภายใน 1 เดือนร้อยละ 17 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการ เสียชีวิตในรอบการนอนรพ.ครั้งนั้นร้อยละ 13 และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 63.5 ภายใน 1 ปี โดยสาเหตุหลักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็ง⁽⁶⁾

จากการศึกษาเรื่องคุณภาพการรักษาโรคตับแข็งในประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Volk ML และ Kanwal F พบว่าผู้ป่วยโรคตับแข็งเสียชีวิตมากกว่า 60,000 คนต่อปี จำนวนผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ต้องมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวน 411,869 คน ในปี ค.ศ. 2006 และเพิ่มเป็น 548,092 คน ในปีค.ศ. 2011 รวมถึงมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคตับที่จำเป็นต้องรับรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยมีจำนวน 436,901 คน ในปี ค.ศ. 2006 และเพิ่มเป็น 548,092 คน ในปีค.ศ. 2011 ผู้ป่วย มากกว่าร้อยละ 70 ต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง (เกิน 20,000 เหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 700,000 บาท ต่อการรักษาแต่ละครั้ง) และ ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก และเมื่อประเมินคุณภาพการรักษา พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่กำหนดในแนวทางเวชปฏิบัติ⁽⁷⁾

จากงานวิจัยในอดีตจะพบว่าโรคตับแข็งเป็นโรคที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานในหลายด้าน ซึ่งการพัฒนาคุณภาพการรักษา โรคตับแข็งจะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับ ผู้ป่วย และยังช่วยลดภาระทางด้านสาธารณสุขให้กับประเทศ⁽⁸⁾

สภาพในปัจจุบันของการรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แพทย์ผู้ให้การรักษาประกอบไปด้วยแพทย์ 3 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางโรกระบบ ทางเดินอาหาร อายุรแพทย์ และแพทย์ทั่วไป (แพทย์ทั่วไปในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง แพทย์แผนกอื่นในโรงพยาบาลนอกเหนือจากแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินอาหาร และอายุรแพทย์) โดยในแต่ละกลุ่มมีระบบการปรึกษาและระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้กับ ทว่าระบบดังกล่าวอาจมีความไม่สมบูรณ์ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์ แต่ละกลุ่ม มีความแตกต่างกันในด้านคุณภาพการรักษาและผลลัพธ์การรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อทำการศึกษาคุณภาพของการรักษาโรคตับแข็งในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการรักษาสำหรับการป้องกันปัญหาในระดับปฐมภูมิ โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดปัญหา และช่วยลดอุบัติการณ์ความผิดพลาด ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาที่ด้อยคุณภาพ

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบไปข้างหน้า (Retrospective cohort study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคตับแข็ง ที่มารักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการลงวินิจฉัยเป็นโรคตับแข็งหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็ง และมีเกณฑ์คัดออกสำหรับหัวข้อการคัดกรองโรคมะเร็งตับคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งตับอยู่เดิม

ทำการเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยา สาเหตุโรคตับแข็ง การเสียชีวิต การมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน การรักษาแบบผู้ป่วยใน สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย และเก็บคุณภาพการรักษาผ่านตัวชี้วัด 5 ด้าน ได้แก่ คุณภาพการคัดกรองโรคมะเร็งตับ คุณภาพการรักษาภาวะท้องมาน คุณภาพการป้องกันทุติยภูมิภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากเส้นเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร คุณภาพการป้องกันทุติยภูมิภาวะติดเชื้อแบคทีเรียของสารน้ำในช่องท้องที่เกิดขึ้นเอง คุณภาพการป้องกันทุติยภูมิภาวะความผิดปกติทางสมองจากโรคตับ โดยตัวชี้วัดอ้างอิงมาตรฐานจากแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยและสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (American Association for the Study of Liver Diseases; AASLD)⁽⁹⁻¹³⁾

ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกวิเคราะห์แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหาร กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับอายุรแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์ทั่วไป (แพทย์ทั่วไปในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึงแพทย์แผนกอื่นในโรงพยาบาล ที่นอกเหนือจากแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหารและอายุรแพทย์)

โดยผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับการรักษาจากแพทย์หลายกลุ่มจะใช้เกณฑ์การจำแนกกลุ่มดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหารร่วมกับแพทย์กลุ่มอื่นให้นับเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหาร และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับอายุรแพทย์ร่วมกับแพทย์ทั่วไปให้นับเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับอายุรแพทย์

การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลใช้ ANOVA test และ Chi-square test โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม เกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 006/2564 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มารักษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 706 ราย แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทาง โรคระบบทางเดินอาหาร (กลุ่มเฉพาะทาง) จำนวน 308 ราย (ร้อยละ 43.6) กลุ่มที่ได้รับการรักษากับอายุรแพทย์ 254 ราย (ร้อยละ 35.9) และกลุ่มที่ได้รับการรักษากับแพทย์ทั่วไป 144 ราย (ร้อยละ 20.4)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป การเสียชีวิต สาเหตุของโรคตับแข็ง สิทธิการรักษา

	ผู้ป่วย ทั้งหมด (ราย/ ร้อยละ) 706 (100)	แพทย์ เฉพาะทาง (ราย/ ร้อยละ) 308 (43.6)	อายุร แพทย์ (ราย/ ร้อยละ) 254 (35.9)	แพทย์ ทั่วไป (ราย/ ร้อยละ) 144 (20.4)	p-value		
					แพทย์ เฉพาะทาง /อายุร แพทย์	แพทย์ เฉพาะทาง แพทย์ ทั่วไป	อายุร แพทย์ /แพทย์ ทั่วไป
อายุ* (ปี)	59.6±12.4	58.6±11.5	59.7±13.1	61.4±12.9	0.261	0.022	0.19
เพศ							
-หญิง	227 (32.2)	117 (38)	74 (29.1)	36 (25)	0.027	0.007	0.376
-ชาย	479 (67.8)	191 (62)	180 (70.9)	108 (75)	0.027	0.007	0.376
ผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยเสียชีวิต							
-ผู้ป่วยรายใหม่	68 (9.6)	31 (10.1)	25 (9.8)	12 (8.3)	0.930	0.559	0.618
-ผู้ป่วยเสียชีวิต	124 (17.6)	27 (8.8)	38 (15)	59 (41)	0.022	<0.001	<0.001
สาเหตุของโรคตับแข็ง							
-ไวรัสตับอักเสบบี	207 (29.3)	148 (48.1)	48 (18.9)	11 (7.6)	<0.001	<0.001	0.002
-ไวรัสตับอักเสบบี	119 (16.9)	90 (29.2)	21 (8.3)	8 (5.6)	<0.001	<0.001	0.317
-แอลกอฮอล์	275 (39)	121 (39.3)	105 (41.3)	49 (34)	0.621	0.282	0.150
-ไม่ระบุสาเหตุ	249 (35.3)	51 (16.6)	113 (44.5)	85 (59)	<0.001	<0.001	0.0053
สิทธิการรักษา							
-หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	522 (73.9)	222 (72.1)	187 (73.6)	113 (78.5)	0.682	0.148	0.281
-ประกันสังคม	102 (14.4)	57 (18.5)	31 (12.2)	14 (9.7)	0.041	0.017	0.452
-สวัสดิการข้าราชการ	72 (10.2)	28 (9.1)	29 (11.4)	15 (10.4)	0.363	0.654	0.760

*นำเสนอในรูปแบบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 1) พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีอายุเฉลี่ย 59 ปี โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากกลุ่มแพทย์ทั่วไปมีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากกลุ่มแพทย์เฉพาะทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.8) ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง พบว่ามีเพศชายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์กลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เปรียบเทียบกลุ่มอายุรแพทย์ $p\text{-value} < 0.05$ และเปรียบเทียบกลุ่มแพทย์ทั่วไป $p\text{-value} < 0.05$) พบผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด 68 ราย (ร้อยละ 9.6) สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ไม่มีความแตกต่างกันในทั้ง 3 กลุ่ม

จากการศึกษาพบผู้ป่วยเสียชีวิต 124 ราย (ร้อยละ 17.6) แยกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง 27 ราย (ร้อยละ 8.8) กลุ่มอายุรแพทย์ 38 ราย (ร้อยละ 15) กลุ่มแพทย์ทั่วไป 59 ราย (ร้อยละ 41) เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มย่อยพบว่าทุกกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (แพทย์เฉพาะทางกับอายุรแพทย์ $p\text{-value} < 0.05$, แพทย์เฉพาะทางกับแพทย์ทั่วไป $p\text{-value} < 0.05$, อายุรแพทย์กับแพทย์ทั่วไป $p\text{-value} < 0.05$)

สาเหตุของโรคตับแข็งในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มแพทย์เฉพาะทางพบผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบซีมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านมาตรฐานเวชระเบียนกลุ่มแพทย์เฉพาะทางลงข้อมูลได้ครบถ้วนที่สุด มีผู้ป่วยที่ไม่ได้ระบุสาเหตุของโรคตับแข็งน้อยกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านสิทธิการรักษาของผู้ป่วย พบสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด 522 ราย (ร้อยละ 73.9) สิทธิประกันสังคม 102 ราย (ร้อยละ 14.4)สวัสดิการข้าราชการน้อยที่สุด 72 ราย (ร้อยละ 10.2) สัดส่วนสิทธิการรักษาในทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่กลุ่มแพทย์เฉพาะทางมีผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ข้อมูลการมารับบริการ ค่าใช้จ่ายโรคตับแข็ง

	ผู้ป่วย ทั้งหมด (ราย/ ร้อยละ) 706 (100)	แพทย์ เฉพาะทาง (ราย/ ร้อยละ) 308 (43.6)	อายุรแพทย์ (ราย/ ร้อยละ) 254 (35.9)	แพทย์ ทั่วไป (ราย/ ร้อยละ) 144 (20.4)	p-value		
					แพทย์ เฉพาะทาง /อายุร แพทย์	แพทย์ เฉพาะทาง แพทย์ ทั่วไป	อายุร แพทย์ /แพทย์ ทั่วไป
ผู้ป่วยที่มีประวัติ การมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน							
-จำนวนผู้ป่วย (HN)	355 (50.3)	113 (36.7)	133 (52.4)	109 (75.7)	<0.001	<0.001	<0.001
-จำนวนครั้ง* (VN)	1/(1, 2)	1/(1, 2)	1/(1, 2)	1/(1, 1)	0.944	<0.001	0.001
ผู้ป่วยที่มีประวัติ การมารักษาแบบผู้ป่วยใน							
-จำนวนผู้ป่วย (HN)	385 (54.5)	115 (37.3)	154 (60.6)	116 (80.6)	<0.001	<0.001	<0.001
-จำนวนครั้ง* (AN)	1/(1, 2)	1/(1, 3)	1/(1, 2)	1/(1, 1)	0.288	<0.001	<0.001
-จำนวนวันนอน*(วัน)	7/(3, 16)	8/(4, 15)	8/(3, 19)	5/(2, 10)	0.989	<0.001	<0.001
ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในตลอดปี* (บาท)							
	35,284/ (17,966- 77,877)	39,512/ (21,942- 84,729)	34,615/ (17,148- 85,214)	31,342/ (16,369- 62,826)	0.539	0.040	0.171
ค่าใช้จ่ายโดยรวมตลอดปี* (บาท)							
	21,983/ (7,795- 55,752)	20,170/ (6,903.25- 50,282)	22,970/ (8,548- 62,218)	22,953/ (8,652- 56,692)	0.076	0.23	0.767

*นำเสนอในรูปแบบค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์

ผู้ป่วยที่มีประวัติการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน (ตารางที่ 2) จำนวน 355 ราย (ร้อยละ 50.3) จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการรักษากับกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง 113 ราย (ร้อยละ 36.7) กลุ่มอายุรแพทย์ 133 ราย (ร้อยละ 52.4) กลุ่มแพทย์ทั่วไป 109 ราย (ร้อยละ 75.7) พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05 ทั้ง 3 การเปรียบเทียบ) เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มแพทย์ทั่วไปมีจำนวนครั้งน้อยกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

ผู้ป่วยที่มีประวัติการมารักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 385 ราย (ร้อยละ 54.5) จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการรักษากับกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง 115 ราย (ร้อยละ 37.3) กลุ่มอายุรแพทย์ 154 ราย (ร้อยละ 60.6) กลุ่มแพทย์ทั่วไป 116 ราย (ร้อยละ 80.6) พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05 ทั้ง 3

การเปรียบเทียบ) เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มแพทย์ทั่วไปมีจำนวนครั้งที่มาและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ด้านค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในพบว่ากลุ่มแพทย์เฉพาะทางมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสูงที่สุด โดยสูงกว่ากลุ่มแพทย์ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าใช้จ่ายตลอดปีของทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งด้วยตัวชี้วัดทั้งหมด 5 ด้าน (ตารางที่ 3) ด้านคุณภาพการคัดกรองโรคมะเร็งตับ พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดกรองด้วยการตรวจทางรังสีวินิจฉัยช่องท้องจำนวน 629 ราย (ร้อยละ 89) สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดกรองไม่มีความแตกต่างกันในทั้ง 3 กลุ่ม เมื่อจัดกลุ่มเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี พบกลุ่มแพทย์เฉพาะทางคัดกรองได้มากที่สุด 196 ราย (ร้อยละ 72.9) กลุ่มอายุแพทย์ 126 ราย (ร้อยละ 55) กลุ่มแพทย์ทั่วไปน้อยที่สุด 56 ราย (ร้อยละ 43.1) โดยทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (แพทย์เฉพาะทางกับอายุแพทย์ $p\text{-value} < 0.05$, แพทย์เฉพาะทางกับแพทย์ทั่วไป $p\text{-value} < 0.05$, อายุแพทย์กับแพทย์ทั่วไป $p\text{-value} < 0.05$) หากจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองตามมาตรฐาน (คัดกรองอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี) กลุ่มแพทย์เฉพาะทางมีการคัดกรองมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$ ทั้ง 2 การเปรียบเทียบ) และไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากกลุ่มอายุแพทย์กับกลุ่มแพทย์ทั่วไป

ตารางที่ 3 ข้อมูลคุณภาพการรักษาโรคตับแข็ง

	ผู้ป่วย ทั้งหมด (ราย/ ร้อยละ) 706 (100)	แพทย์ เฉพาะทาง (ราย/ ร้อยละ) 308 (43.6)	อายุรแพทย์ (ราย/ ร้อยละ) 254 (35.9)	แพทย์ ทั่วไป (ราย/ ร้อยละ) 144 (20.4)	p-value		
					แพทย์ เฉพาะทาง /อายุร แพทย์	แพทย์ เฉพาะทาง แพทย์ ทั่วไป	อายุร แพทย์ /แพทย์ ทั่วไป
ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ	78 (11)	39 (12.7)	25 (9.8)	14 (9.7)	0.295	0.365	0.969
ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์คัดกรองโรคมะเร็งตับ							
-จำนวนผู้ป่วย	628 (89)	269 (87.3)	229 (90)	130 (90)	0.295	0.365	0.969
-ไม่ได้รับการคัดกรอง	250 (39.8)	73 (27.1)	103 (45)	74 (56.9)	<0.001	<0.001	0.030
-ได้รับการคัดกรอง (อย่างน้อย 1 ครั้ง)	378 (60.2)	196 (72.9)	126 (55)	56 (43.1)	<0.001	<0.001	0.030
-คัดกรองได้มาตรฐาน (อย่างน้อย 2 ครั้ง)	117 (18.6)	72 (26.8)	31 (13.5)	14 (10.8)	<0.001	<0.001	0.447

ตารางที่ 3 ข้อมูลคุณภาพการรักษาโรคตับแข็ง (ต่อ)

	ผู้ป่วยทั้งหมด (ราย/ ร้อยละ)	แพทย์เฉพาะทาง (ราย/ ร้อยละ)	อายุรแพทย์ (ราย/ ร้อยละ)	แพทย์ทั่วไป (ราย/ ร้อยละ)	p-value		
					แพทย์เฉพาะทาง /อายุรแพทย์	แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไป	อายุรแพทย์ /แพทย์ทั่วไป
	706 (100)	308 (43.6)	254 (35.9)	144 (20.4)			
ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมาน							
-จำนวนผู้ป่วย	78 (11)	30 (9.7)	43 (16.9)	5 (3.5)	0.012	0.020	<0.001
-ได้รับยาขับปัสสาวะ	63 (80.8)	24 (80)	38 (88.4)	1 (20)	0.325	0.006	<0.001
ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากเส้นเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร							
-จำนวนผู้ป่วย	125 (17.7)	70 (22.7)	37 (14.6)	18 (12.5)	0.014	0.011	0.566
-ได้รับยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์	91 (72.8)	59 (84.3)	27 (73)	5 (27.8)	0.161	<0.001	0.001
ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียของสารน้ำในช่องท้องที่เกิดขึ้นเอง							
-จำนวนผู้ป่วย	61 (8.6)	26 (8.4)	23 (9.1)	12 (8.3)	0.798	0.969	0.807
-ได้รับยาฆ่าเชื้อป้องกันแบบทุติยภูมิ	13 (21.3)	8 (30.8)	4 (17.4)	1 (8.3)	0.277	0.131	0.467
ผู้ป่วยที่มีภาวะความผิดปกติทางสมองจากโรคตับ							
-จำนวนผู้ป่วย	46 (6.5)	13 (4.2)	22 (8.7)	11 (7.6)	0.030	0.131	0.722
-ได้รับยาแลคทูโลสป้องกันแบบทุติยภูมิ	34 (73.9)	9 (69.2)	17 (77.3)	8 (72.7)	0.599	0.851	0.774

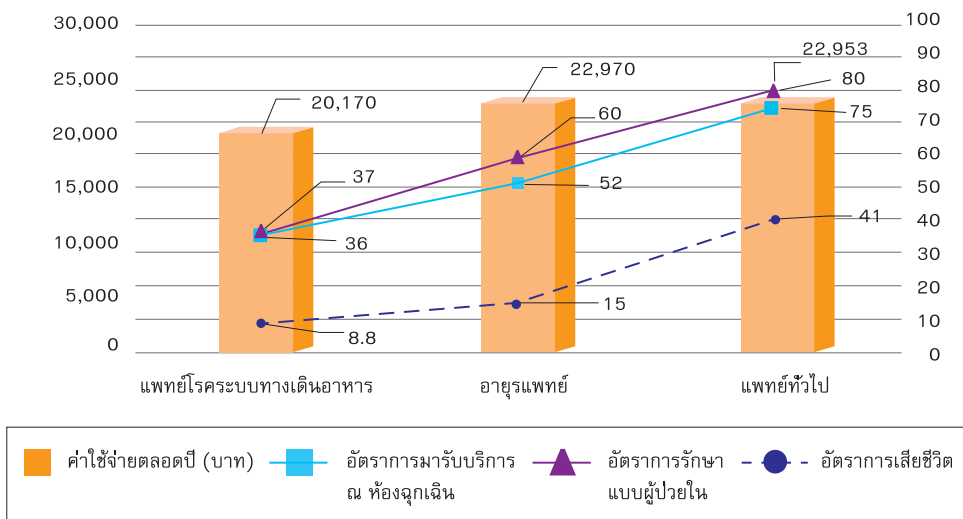
ด้านคุณภาพการรักษาภาวะท้องมาน พบผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมานได้รับการรักษาโดยกลุ่มอายุรแพทย์มากที่สุด 43 ราย (ร้อยละ 16.9) กลุ่มแพทย์เฉพาะทาง 30 ราย (ร้อยละ 9.7) กลุ่มแพทย์ทั่วไปน้อยที่สุด 5 ราย (ร้อยละ 3.5) การปรับยาขับปัสสาวะในกลุ่มแพทย์ทั่วไปทำได้น้อยกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เปรียบเทียบกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง p-value <0.05 และเปรียบเทียบกลุ่มอายุรแพทย์ p-value <0.05)

ด้านคุณภาพการป้องกันทุติยภูมิภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากเส้นเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร พบผู้ป่วยในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางมากที่สุด 70 ราย (ร้อยละ 22.7) กลุ่มอายุรแพทย์ 37 ราย (ร้อยละ 14.6) กลุ่มแพทย์ทั่วไป 18 ราย (ร้อยละ 12.5) การสั่งยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำในกลุ่มแพทย์ทั่วไปทำได้น้อยกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เปรียบเทียบกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง p-value <0.05 และเปรียบเทียบกลุ่มอายุรแพทย์ p-value <0.05)

ด้านคุณภาพการป้องกันทุติยภูมิภาวะติดเชื้อแบคทีเรียของสารน้ำในช่องท้องที่เกิดขึ้นเอง และด้านคุณภาพการป้องกันทุติยภูมิภาวะความผิดปกติทางสมองจากโรคตับพบว่าแต่ละกลุ่มได้รับยาป้องกันในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคตับแข็งที่รักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 706 ราย พบผู้ป่วยได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางจำนวนมากที่สุด ได้รับการรักษากับอายุรแพทย์และแพทย์ทั่วไปลดลงตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 กลุ่ม (รูปที่ 1) พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการมารับบริการและอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง อายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไปตามลำดับ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายตลอดปีไม่มีความแตกต่างกัน

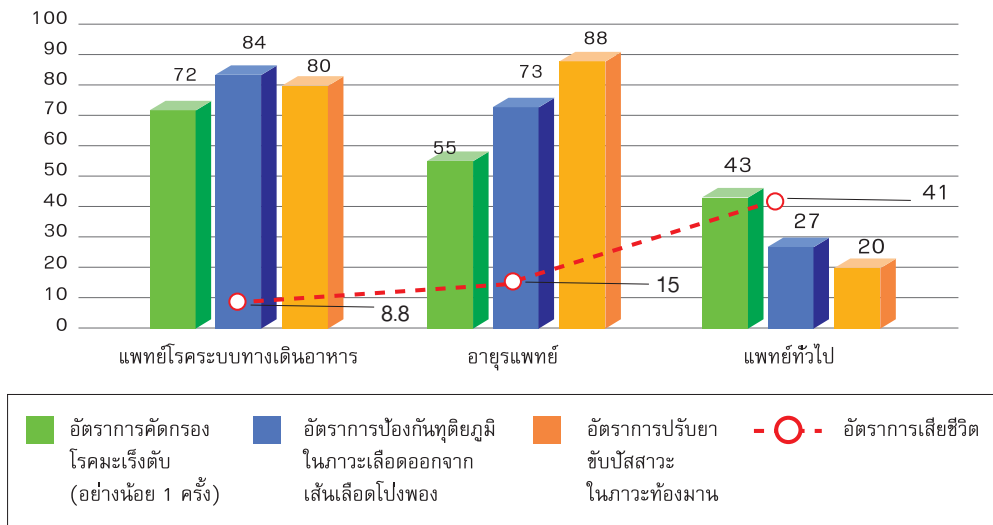
รูปที่ 1 ค่าใช้จ่าย สัดส่วนการมารับบริการ อัตราการเสียชีวิตในโรคตับแข็ง



ด้านคุณภาพการรักษา พบอัตราการคัดกรองมะเร็งตับในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางมากที่สุด ลดลงในกลุ่มอายุรแพทย์และกลุ่มแพทย์ทั่วไปตามลำดับ การรักษาภาวะท้องมานและการป้องกันทุติยภูมิภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากเส้นเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร กลุ่มแพทย์เฉพาะทางรักษาตามมาตรฐานได้ไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุรแพทย์ และทั้ง 2 กลุ่มรักษาตามมาตรฐานได้มากกว่ากลุ่มแพทย์ทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 กลุ่ม (รูปที่ 2) พบว่ามีการลดลงของคุณภาพการรักษาในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง อายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไปตามลำดับ แปรผกผันกับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ

รูปที่ 2 สัดส่วนคุณภาพการรักษา และอัตราการเสียชีวิตในโรคตับแข็ง



เมื่อคำนวณอัตราส่วนต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยประสิทธิผล (Incremental cost-effectiveness ratio; ICER) ในการรักษาโรคตับแข็ง (ตารางที่ 4) โดยพิจารณาค่าใช้จ่ายและอัตราการเสียชีวิตใน 1 ปี และกำหนดค่าอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยโรคตับแข็งเท่ากับ 1 พบว่าสามารถลดต้นทุนเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยกลุ่มแพทย์เฉพาะทางเปรียบเทียบกับแพทย์กลุ่มอื่น และมีความคุ้มค่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยกลุ่มอายุรแพทย์เปรียบเทียบกับกลุ่มแพทย์ทั่วไป

ตารางที่ 4 อัตราส่วนต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยประสิทธิผล (ICER) ในการรักษาโรคตับแข็ง

	อัตราส่วนต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยประสิทธิผล* (บาท/อายุเพิ่มขึ้น 1 ปีสุขภาพ)	แปลผล**
แพทย์เฉพาะทาง/แพทย์ทั่วไป	- 311.56	ลดต้นทุน
แพทย์เฉพาะทาง/อายุรแพทย์	- 591.83	ลดต้นทุน
อายุรแพทย์/แพทย์ทั่วไป	4.04	คุ้มค่า

*กำหนดค่าอรรถประโยชน์ = 1, **อ้างอิงเกณฑ์ของประเทศไทยโดยนับความคุ้มค่าที่ต่ำกว่า 160,000 บาทต่อ 1 ปีสุขภาพ

วิจารณ์

การวิจัยในครั้งนี้พบว่าคุณภาพการรักษาสูงที่สุดในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหาร และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มอายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไปตามลำดับแปรผกผันกับอัตราการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน อัตราการรักษาแบบผู้ป่วยใน อัตราการเสียชีวิต ซึ่งต่ำที่สุดในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มอายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไปตามลำดับ และเมื่อคำนวณอัตราส่วนต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยประสิทธิผล พบว่าการรักษาโดยกลุ่มแพทย์เฉพาะทางสามารถลดต้นทุนได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น และการรักษาโดยกลุ่มอายุรแพทย์มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแพทย์ทั่วไป

งานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในรพ.พระมงกุฎเกล้าของ คณิศร์และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบคุณภาพการรักษาและผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคตับแข็งที่รักษาโดยแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหารกับกลุ่มผู้ป่วยโรคตับแข็งที่รักษาโดยอายุรแพทย์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคตับแข็งที่รักษาโดยอายุรแพทย์ ได้รับคุณภาพการรักษาที่น้อยกว่าและมีอัตราการเสียชีวิตที่มากกว่า โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคตับแข็งที่รักษาโดยแพทย์ทั่วไปอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งนับเป็นการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับสภาพการปฏิบัติงานจริงในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ที่ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการรักษาด้วยแพทย์ทั่วไปมากกว่าแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหารและอายุรแพทย์ อีกทั้งยังได้เพิ่มการคำนวณอัตราส่วนต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยประสิทธิผลเปรียบเทียบระหว่างทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เห็นข้อมูลไปวางแผนการพัฒนาระบบสาธารณสุขและมีส่วนช่วยวางแผนป้องกันเพื่อลดอัตราการมารับบริการ และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

ผลการวิจัยด้านคุณภาพการรักษาโรคตับแข็งในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบคุณภาพการรักษาใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Volk ML และ Kanwal F⁽⁷⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน โดยผู้ป่วยร้อยละ 20 ได้รับการป้องกันทุติยภูมิภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากเส้นเลือดโป่งพองในทางเดินอาหาร ผู้ป่วยร้อยละ 30 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ ผู้ป่วยร้อยละ 30 ได้รับการป้องกันทุติยภูมิภาวะติดเชื้อแบคทีเรียของสารน้ำในช่องท้องที่เกิดขึ้นเอง ผู้ป่วยร้อยละ 50 ได้รับการป้องกันภาวะติดเชื้อในกรณีเลือดออกในทางเดินอาหาร ผู้ป่วยร้อยละ 50 ได้รับยาปฏิชีวนะภายในเวลาที่กำหนดหลังได้รับวินิจฉัยภาวะติดเชื้อแบคทีเรียของสารน้ำในช่องท้องที่เกิดขึ้นเอง และผู้ป่วยเกินร้อยละ 70 ต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้ง จากการเปรียบเทียบครั้งนี้จะพบว่าปัญหาคุณภาพการรักษาโรคตับแข็ง มิใช่เป็น

ปัญหาเฉพาะพื้นที่ที่พบเพียงในประเทศไทยแต่ยังพบปัญหาลักษณะเดียวกันได้ในประเทศที่มีความก้าวหน้าสูงในทางการแพทย์

ในด้านคุณภาพการคัดกรองโรคมะเร็งตับในผู้ป่วยโรคตับแข็ง พบว่ามีความใกล้เคียงกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Singal AG และคณะ⁽¹⁵⁾ และงานวิจัยของ Goldberg DS และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าอัตราการคัดกรองโรคมะเร็งตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งทำได้น้อยกว่าร้อยละ 30 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ McGowan CE และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษากับแพทย์ระดับปฐมภูมิ (Primary care provider) มักไม่ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งตับ ต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินอาหาร⁽¹⁸⁾

ด้านการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน และการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มารับบริการ (HN) มีสัดส่วนสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาโดยแพทย์ทั่วไป ทว่าการมารับบริการซ้ำ ณ ห้องฉุกเฉินภายใน 1 ปี (VN) และการมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 1 ปี (AN) กลับพบน้อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาโดยแพทย์ทั่วไป เมื่อตรวจสอบในรายละเอียดพบว่าผู้ป่วยที่รักษาโดยแพทย์ทั่วไปหลังการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน หรือมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีแนวโน้มสูงที่จะถูกโอนย้ายมาเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่รักษาโดยแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินอาหารหรือกลุ่มที่รักษาโดยอายุรแพทย์ อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาโดยแพทย์ทั่วไปและถูกโอนย้ายมายังอีก 2 กลุ่ม มีสัดส่วนที่สูงในการพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่รักษาโดยแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินอาหารและกลุ่มที่รักษาโดยอายุรแพทย์ มีอัตราการกลับมารับบริการซ้ำสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รักษาโดยแพทย์ทั่วไป

จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีคุณภาพการรักษาที่ดีกว่ามาตรฐานในหลายด้าน โดยสาเหตุทางฝั่งแพทย์เกิดจากทั้งในระดับบุคคลที่ความสามารถในการดูแลของแพทย์แต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน และทั้งจากระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความไม่สมบูรณ์ในด้านการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งทั้ง 3 กลุ่ม การกำหนดแนวทางการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็ง ลดอัตราการมารับบริการ และช่วยป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

จากการทบทวนงานวิจัยในอดีต พบว่าวิธีการจัดระบบบริการที่ได้ผลมักเป็นวิธีที่ไม่ซับซ้อน นำมาใช้ได้สะดวก สามารถใช้งานได้อย่างแพร่หลาย และมีค่าใช้จ่ายไม่สูง⁽¹⁹⁾ เช่นงานวิจัยของ Tapper EB และ Lai M⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การใช้ใบรายการดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็ง (Cirrhosis checklist) ในการรักษาแบบผู้ป่วยใน สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในภายใน 1 เดือน งานวิจัยของ Johnson EA และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่า การทดลองใช้ใบคำสั่งการดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็ง (Cirrhosis standard admission order set)

ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร สามารถเพิ่มคุณภาพการรักษาและลดอัตราการกลับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในภายใน 1 เดือน งานวิจัยของ Morando F และคณะ⁽²²⁾ พบว่าการนัดติดตามเร็วร่วมกับการจัดระบบการส่งกล้องทางเดินอาหารและการตรวจตับด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) ให้รวดเร็วขึ้น สามารถลดอัตราการกลับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในภายใน 1 เดือน และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตภายใน 12 เดือน

ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียน อาจมีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เกิดความคลาดเคลื่อนในการลงบันทึกโดยแพทย์และการลงรหัสโรคโดยเจ้าหน้าที่ ทั้งเป็นการเก็บข้อมูลในสถานพยาบาลจากพื้นที่เพียงแห่งเดียวทำให้มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบข้อมูลกับพื้นที่อื่น ด้านคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มประชากรในแต่ละกลุ่มย่อยมีความแตกต่างกัน การวิเคราะห์อัตราส่วนต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยประสิทธิผลใช้ข้อมูลในระยะสั้น 1 ปี ทั้งกำหนดค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 1 ส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านการรักษาหรือยาที่อาจมีการค้นพบใหม่ และมีความคลาดเคลื่อนจากค่าของเงินในอนาคด

ข้อเสนอแนะ

การกำหนดแนวทางการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเป็นสิ่งที่ควรทำอย่างเร่งด่วน โดยแนวทางการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้พื้นฐานให้กลุ่มแพทย์ทั่วไป การจัดทบทวนและต่อยอดความรู้ให้กลุ่มอายุรแพทย์ การเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหาร การเพิ่มจำนวนแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหารให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย การจัดระบบบริการการให้คำปรึกษาและการส่งต่อให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การศึกษาต่อยอดจากงานวิจัยครั้งนี้ ควรเก็บข้อมูลให้มีระยะเวลานานมากขึ้น เก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลหลายแห่ง ด้านการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายควรพิจารณาปรับต้นทุนปรับผลลัพธ์ตามระยะเวลา เพิ่มการวิเคราะห์ความไวของข้อมูล และควรวิเคราะห์เพิ่มจากค่าอรรถประโยชน์ที่แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีคุณภาพการรักษาที่ดีกว่ามาตรฐานในหลายด้าน ซึ่งนับเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การพัฒนาจะช่วยป้องกันปัญหาในระดับปฐมภูมิ ช่วยลดอุบัติการณ์ความผิดปกติในการรักษา ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดปัญหาในอนาคต โดยคาดหวังว่าการพัฒนาคุณภาพการรักษาจะช่วยลดอัตราการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ลดจำนวนผู้ป่วยใน และช่วยป้องกันการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็งได้

เอกสารอ้างอิง

1. Stasi C, Silvestri C, Voller F, Cipriani F. Epidemiology of liver cirrhosis. J Clin Exp Hepatol 2015;5:272.
2. McPhail SM. Multimorbidity in chronic disease: impact on health care resources and costs. Risk Manag Healthc Policy 2016;9:143-56.
3. Poovorawan K, Treeprasertsuk S, Thepsuthammarat K, Wilairatana P, Kitsahawong B, Phaosawasdi K. The burden of cirrhosis and impact of universal coverage public health care system in Thailand: nationwide study. Ann Hepatol 2015;14:862-8.
4. Scaglione S, Kliethermes S, Cao G, Shoham D, Durazo R, Luke A, et al. The epidemiology of cirrhosis in the United States: a population-based study. J Clin Gastroenterol 2015;49:690-6.
5. Mellinger JL, Richardson CR, Mathur AK, Volk ML. Variation among United States hospitals in inpatient mortality for cirrhosis. Clin Gastroenterol Hepatol 2015;13:577-84.
6. Chirapongsathorn S, Poovorawan K, Soonthornworasiri N, Panngum W, Phaosawasdi K, Treeprasertsuk S. Thirty-day readmission and cost analysis in patients with cirrhosis: a nationwide population-based data. Hepatol Commun 2020;4:453-60.
7. Volk ML, Kanwal F. Quality of care in the cirrhotic patient. Clin Transl Gastroenterol 2016;7:e166.

8. Fagan KJ, Zhao EY, Horsfall LU, Ruffin BJ, Kruger MS, McPhail SM, et al. Burden of decompensated cirrhosis and ascites on hospital services in a tertiary care facility: time for change?. *Intern Med J* 2014;44:865-72.
9. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย; 2564.
10. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, Ginès P, Ling S, Nadim MK, et al. Diagnosis, evaluation, and management of ascites and hepatorenal syndrome. Virginia: American Association for the Study of Liver Diseases; 2021.
11. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, Cordoba J, Ferenci P, Mullen KD, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the American Association for the study of liver diseases and the European Association for the study of the liver. *Hepatology* 2014;60: 715-35.
12. Marrero JA, Kulik LM, Sirlin CB, Zhu AX, Finn RS, Abecassis MM, et al. Diagnosis, staging, and management of hepatocellular carcinoma: 2018 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology* 2018;68:723-50.
13. Garcia-Tsao G, Abralides JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology* 2017;65:310-35.
14. Bunnag K, Seetalarom N, Kongsompong A, Chirapongsathorn S. IDDF2019-ABS-0076 Quality of care and cost analysis for cirrhosis management in a large university-based hospital in Thailand. *Gut* 2019;68(Suppl 1):A128.
15. Singal AG, Yopp A, S Skinner C, Packer M, Lee WM, Tiro JA. Utilization of hepatocellular carcinoma surveillance among American patients: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2012;27:861-7.

16. Goldberg DS, Taddei TH, Serper M, Mehta R, Dieperink E, Aytaman A, et al. Identifying barriers to hepatocellular carcinoma surveillance in a national sample of patients with cirrhosis. *Hepatology* 2017;65:864-74.
17. McGowan CE, Edwards TP, Luong MT, Hayashi PH. Suboptimal surveillance for and knowledge of hepatocellular carcinoma among primary care providers. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015;13:799-804.
18. Singal AG, Tiro J, Li X, Adams-Huet B, Chubak J. Hepatocellular carcinoma surveillance among patients with cirrhosis in a population-based integrated health care delivery system. *J Clin Gastroenterol* 2017;51: 650-55.
19. Ho SB, Matheny ME, Schnabl BE. Changes in hospital admissions and mortality for complications of cirrhosis: implications for clinicians and health systems. *Gut Liver* 2016;10:8-9.
20. Tapper EB, Lai M. Factors affecting adherence to a quality improvement checklist on an inpatient hepatology service. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2014;27:100-2.
21. Johnson EA, Spier BJ, Leff JA, Lucey MR, Said A. Optimising the care of patients with cirrhosis and gastrointestinal haemorrhage: a quality improvement study. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34:76-82.
22. Morando F, Maresio G, Piano S, Fasolato S, Cavallin M, Romano A, et al. How to improve care in outpatients with cirrhosis and ascites: a new model of care coordination by consultant hepatologists. *J Hepatol* 2013;59:257-64.