

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

เริ่มประชุมเวลา ๙.๑๕ น.

ดร.ภญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว กล่าวถึงที่มาและวัตถุประสงค์ของการประชุมผู้เชี่ยวชาญในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันกำหนดกรอบและคำถามการวิจัย และความเป็นไปได้ในการร่วมมือทำวิจัยนี้ หลังจากนั้น รศ.นพ.กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์ ได้นำเสนอที่มาของการศึกษา สถานการณ์ในปัจจุบันเรื่องภาวะทุพโภชนาการ การใช้เครื่องมือคัดกรองรวมถึงคำถามของงานวิจัย คือ ๑) การคัดกรองภาวะทุพโภชนาการมีความคุ้มค่าหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่คัดกรองภาวะทุพโภชนาการ ๒) หากเปรียบเทียบเครื่องมือสำหรับการคัดกรองทั้ง ๓ ชนิด ได้แก่ BNT (Bhumibol Adulyadej Hospital Nutrition Triage) NRS ๒๐๐๒ (Nutrition Risk Screening) และ SGA (Subjective Global Assessment) แบบคัดกรองใดมีความคุ้มค่ามากและเหมาะสมมากที่สุดบริบทของประเทศไทย ๓) ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่ควรได้รับการคัดกรอง และการคัดกรองชนิดใดควรเป็นแบบคัดกรองมาตรฐานของประเทศไทย และ ๔) แนวทางการรักษาภายหลังการคัดกรองผู้ป่วยควรเป็นเช่นไร

ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอความคิดเห็นต่อคำถามวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

๑. จากคำถามวิจัยข้อแรกซึ่งเปรียบเทียบความคุ้มค่าระหว่างการคัดกรองกับไม่คัดกรองภาวะทุพโภชนาการ จากหลักฐานทางวิชาการในต่างประเทศมีหลายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการคัดกรองมีความคุ้มค่ามากกว่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้ประโยชน์เนื่องจากการรักษาอย่างทันที่หากตรวจพบภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่วัยแรก (early detection) อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นพ้องต้องกันว่าหากทำการศึกษาในเรื่องนี้ จะก่อให้เกิดหลักฐานทางวิชาการด้านการคัดกรองที่เป็นประโยชน์ เนื่องจากประเทศไทยยังขาดข้อมูลเหล่านี้ อีกทั้งยังไม่ทราบว่าควรจะทำในผู้ป่วยกลุ่มใด

๒. จากคำถามวิจัยข้อที่สองซึ่งนักวิจัยต้องการเปรียบเทียบความคุ้มค่าระหว่าง ๓ เครื่องมือสำหรับการคัดกรอง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเครื่องมือที่นำมาเปรียบเทียบเป็นเครื่องมือที่แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละเครื่องมือมีคะแนนและชุดคำถามแตกต่างกัน อาจจะไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ เช่น SGA เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน (assessment) ไม่ได้เป็นเครื่องมือสำหรับการคัดกรอง (screening) ดังนั้น ควรเปรียบเทียบเครื่องมือชนิดเดียวกันมากกว่า ซึ่งโดยปกติแล้วจะใช้ทั้งสองเครื่องมือควบคู่กัน โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองก่อนหลังจากนั้นจะใช้เครื่องมือในการประเมินมาพิจารณาว่าจะให้การรักษาหรือไม่เพื่อจำแนกผู้ป่วยว่าเป็นกลุ่มใด

๓. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ มีความคิดเห็นว่าหากมีการใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในประเทศไทย จำเป็นต้องมีเครื่องมือในการคัดกรอง รวมถึงคู่มือในการคัดกรองเบื้องต้นที่บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สามารถทำได้โดยง่าย นอกเหนือจากนักโภชนาการ เนื่องจากนักโภชนาการมีไม่เพียงพอ โดยยกตัวอย่างงานวิจัยการคัดกรองสายตาสั้นในเด็กที่ให้คุณครูในโรงเรียนเป็นผู้คัดกรองแทนจักษุแพทย์เด็ก เพราะจักษุแพทย์เด็กในประเทศไทยมีเพียง ๙ คน ซึ่งไม่เพียงพอกับประชากรเด็กไทยซึ่งมีจำนวน ๕ ล้านคน

1 ฉะนั้น งานวิจัยนี้จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือ คู่มือที่ใช้ในการคัดกรอง รวมถึงการจัดการอบรมในการใช้
2 เครื่องมือคัดกรองเพื่อให้ครูโรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนประถมศึกษาสามารถคัดกรองนักเรียนในเบื้องต้นได้
3 ซึ่งหากพบความผิดปกติ จะมีการส่งต่อไปยังจักษุแพทย์เพื่อให้วินิจฉัยว่าสายตามีความผิดปกติจริงหรือไม่
4 เพื่อให้แพทย์สั่งตัดแว่นตาให้เด็กได้ อย่างไรก็ตาม สุดท้ายแล้วหากเด็กมีสายตาดผิดปกติมากจะมีการส่งต่อไปยัง
5 จักษุแพทย์เด็กเพื่อทำการวินิจฉัยและรักษาต่อไป

6 ๔. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เสนอต่อที่ประชุมถึงรูปแบบความเป็นไปของการศึกษานี้ โดยจะ
7 ทำการศึกษาทางคลินิก (clinical study) เพื่อพิสูจน์ว่าการคัดกรองภาวะทวิโภชนามีความคุ้มค่าหรือไม่ โดย
8 เปรียบเทียบผลลัพธ์ (outcome) เช่น comorbidity, underlying disease, length of stay และ quality
9 of life ระหว่างโรงพยาบาลที่คัดกรองกับโรงพยาบาลที่ไม่คัดกรองหรือระหว่าง ๒ กลุ่มตัวอย่าง คือ ๑) กลุ่มที่
10 คัดกรอง และ ๒) กลุ่มที่ไม่คัดกรองภายในโรงพยาบาลเดียวกัน อย่างไรก็ตาม นักวิจัยต้องพิจารณาเรื่อง early
11 detection เพื่อป้องกันการผดจรรย์ธรรมด้วย นอกจากนี้ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เสนอต่อที่ประชุมถึง
12 รูปแบบการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าระหว่างเครื่องมือคัดกรอง ซึ่งได้เสนอแนะให้ที่ประชุมเลือก
13 พิจารณาแค่ ๒ เครื่องมือเพื่อนำมาใช้ในการวิจัย โดยแบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๑) กลุ่มที่คัด
14 กรองทั้ง ๒ ชนิด โดยต้องเลือกการรักษาตามแบบคัดกรองอันใดอันหนึ่ง ในกรณีที่ผลการประเมินออกมา
15 แตกต่างกัน และ ๒) กลุ่มที่ไม่คัดกรอง (control group) โดยโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยต้องทำตาม
16 แนวทางมาตรฐาน (standard protocol) ที่อบรมโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น เพื่อให้การปฏิบัติตรงกันและมี
17 คุณภาพ จากนั้นนำผลลัพธ์ที่ได้จากทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกับกัน ซึ่งหากผลลัพธ์ในกลุ่มที่ทำการคัดกรองและ
18 รักษาไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่คัดกรอง แสดงว่าในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา แต่
19 หากผลลัพธ์ต่างกันอย่างชัดเจนแสดงว่าผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาจริง ซึ่งการวิจัยนี้จะทำควบคู่ไป
20 กับการวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์เพื่อจะสรุปได้ว่าเครื่องมือคัดกรองมีประโยชน์และคุ้มค่าจริง

21 ๕. ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยภาวะทวิโภชนาการในผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเบิกจ่าย
22 ตามกลุ่มวินิจฉัยโรค

23 ร่วม หรือ DRGs (Diagnosis-related group) ได้ และผู้ป่วยที่ถูกประเมินว่าระดับภาวะทวิโภชนาการว่าเป็น
24 moderate หรือ severe นั้นเบิกจ่ายเท่ากัน ซึ่งเป็นเรื่องดีเนื่องจากกระตุ้นให้แพทย์ พยาบาลเล็งเห็น
25 ความสำคัญของการคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก และทำให้ไม่เกิดการใช้เครื่องมือคัดกรองเกิน
26 ความจำเป็น สำหรับเงื่อนไขที่สามารถเบิกจ่ายได้มีดังนี้ คือ ๑) ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะทวิ
27 โภชนาการจริงโดยผ่านการคัดกรองและประเมินที่ถูกต้องอย่างเป็นระบบ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
28 แห่งชาติ (สปสช.) ไม่ได้กำหนดว่าต้องใช้เครื่องมือใด ๒) ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาภาวะทวิโภชนาการ ซึ่งการ
29 รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะทวิโภชนาการ มี ๓ วิธีได้แก่ ๑) การให้อาหารทางทางเดินอาหารของผู้ป่วย (enteral
30 nutrition: EN) ๒) การให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition: PN) และ ๓) ให้อาหารทั้งสองทาง
31 พร้อมกัน สำหรับอาหารเสริมนั้นมีทั้ง ๒ แบบ คือ เติร์มเองในโรงพยาบาล และซื้อจากบริษัทที่ขาย
32 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ไม่ว่าสิทธิรักษาพยาบาลใด
33 ก็ตาม อย่างไรก็ตาม แต่ละโรงพยาบาลได้พยายามแก้ไขปัญหานี้ทำให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จาก

1 การใช้ค่าใช้จ่ายภายในกรอบค่าอาหารและค่าห้องพักที่คิดรวมกัน ซึ่งเมื่อคำนวณแล้วสามารถเบิกอาหารเสริม
2 ได้ในราคา ๑๐๐-๑๕๐ บาท

3 ๖. นพ.จเด็จ ธรรมซัชวารี ต้องการให้ผู้เชี่ยวชาญในที่ประชุมนี้ช่วยกันหาปัญหา จุดอ่อนและช่องว่าง
4 ของระบบนี้ เช่น บุคลากร ยา หรือผู้ป่วยที่ควรได้รับโภชนบำบัด แต่ในความเป็นจริงไม่ได้รับ เนื่องมาจาก
5 ระบบการเบิกจ่ายไม่ตีพอ หรือโรงพยาบาลขาดสิ่งจูงใจ (incentive) รวมทั้งช่วยกันหาทางแก้ไข เนื่องจากหาก
6 ต้องการให้สปสช.นำเรื่องนี้ไปขับเคลื่อนต่อ คงต้องแสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหา ปัญหาคืออะไร และการ
7 แก้ไขปัญหาควรเป็นอย่างไร หากเสนอมาตรการเป็น package จะทำให้ง่ายต่อการผลักดันในเชิงนโยบาย และ
8 เพื่อความโปร่งใสของกลไกของสปสช.เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการมาสนับสนุน

9 ๗. ควรมีเครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และหากจะนำไปดัดแปลงต่อเพื่อความเหมาะสม
10 ของแต่ละโรงพยาบาลก็สามารถทำได้ในภายหลัง และเครื่องมือคัดกรองนั้นต้องมีหลักการที่เข้าใจง่ายเพื่อ
11 ป้องกันการสับสน ซึ่งหากทุกคนอ้างอิงบนพื้นฐานข้อมูลเดียวกัน ประเทศไทยจะมีข้อมูลในระดับประเทศ
12 (national database) ซึ่งมีประโยชน์ในแง่วิชาการเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถนำมาวิเคราะห์และ
13 ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ต่อไปได้ นอกจากนี้ จะทำให้ง่ายต่อการพัฒนาหลักสูตรการแพทย์ (medical
14 curriculum) และการอบรม

15 ๘. ควรเชิญตัวแทนจากสหภาพพยาบาลเข้าร่วมการศึกษานี้ด้วย เนื่องจากพยาบาลเป็นกำลังสำคัญหลัก
16 ในโรงพยาบาลและจะต้องใช้เครื่องมือนี้เป็นส่วนใหญ่ ฉะนั้น ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งต่อไป ควรเชิญ
17 ตัวแทนจากสหภาพพยาบาลเข้าร่วมประชุมด้วย

18

19 ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ สรุปลงานวิจัยซึ่งจะแบ่งเป็น ๓ การศึกษา ดังนี้

20 ๑. การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างของระบบและขนาด
21 ของปัญหา โดยวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่ควรได้รับการคัดกรองแต่ไม่ได้รับการคัดกรอง โดยนำข้อมูลจาก ๓
22 สิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคม
23 มาเปรียบเทียบว่ามีกรณีวินิจฉัยผู้ป่วยว่ามีภาวะทุพโภชนาการมากน้อยเท่าไร โดยเทียบกับการวิจัยเชิงสำรวจ
24 (survey research) จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อ
25 วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันว่าแต่ละโรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือในการคัดกรองหรือไม่ และใช้เครื่องมือ
26 ชนิดใด รวมถึงมีการรักษาภาวะทุพโภชนาการมากน้อยแค่ไหน ซึ่งประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานี้คือเพื่อตอบ
27 คำถามว่าเราควรมี มาตรการในเชิงนโยบายหรือไม่ และควรมีวิธีการใดบ้างในการส่งเสริมให้มีการใช้เครื่องมือ

28 ๒. เนื่องจากการประชุมในวันนี้เห็นพ้องต้องกันว่าประเทศไทยควรมีเครื่องมือคัดกรองที่เป็น
29 มาตรฐานเพื่อ เพิ่มโอกาสในการพัฒนาในการทำข้อมูลวิชาการเนื่องจากมีข้อมูลในระดับประเทศ (national
30 database) และง่ายต่อการฝึกอบรม รวมถึงทำให้ สปสช. หรือหน่วยงานอื่นๆ สามารถนำไปผลักดันในเชิง
31 นโยบายได้โดยง่าย ฉะนั้น ควรมีการจัดประชุมเพื่อหาข้อตกลงเรื่องเครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐานของ
32 ประเทศไทย โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของประเทศมากที่สุด อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้น่าจะทำหลังสุด

1 ๓. การทำ Meta-analysis งานวิจัยในต่างประเทศเพื่อศึกษาทั้งประโยชน์ทางคลินิก ทางเศรษฐกิจ
2 และสังคมของการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ เช่น หากเพิ่มเงินลงทุนในส่วนนี้ แต่สามารถลดค่าใช้จ่ายใน
3 ส่วนอื่นๆ ได้

4
5

6 ปิดประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.

7

8

.....

9 ภญ.ศัคนางค์ โตสงวน

ดร.ภญ.อุษา ฉายเกตุแก้ว

10 สรุปการประชุม

ผู้ตรวจสรุปการประชุม

11