



- |  |  |
|--|--|
| 23. นางสาวภาสินี ศรีสุข                  | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 24. นางสาวนิชาต์ มุลคำ                   | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 25. นางสาวพิชชาวิทย์ อักษรชื่น           | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 26. Mr. Christopher Matthew Neil Painter | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 27. Dr. Dimple Butani                    | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

1

2 **เริ่มประชุมเวลา 14.00 น.**

3           ดร.น.พ.ศ. ตีระวัฒนานนท์ กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม  
 4 ผู้เชี่ยวชาญเรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของ Radiofrequency ablation สำหรับโรคปวด  
 5 หลังส่วนล่างเรื้อรัง” เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการกำหนดขอบเขตงานวิจัยและระเบียบวิจัยจากนั้น นายมานิต  
 6 สิทธิมาตร ทีมวิจัย นำเสนอข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับที่มาของหัวข้อการศึกษาวินิจฉัยนี้ซึ่งเสนอเข้ามาจากกลุ่ม  
 7 ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในปี พ.ศ. 2562 และผ่านกระบวนการพิจารณาคัดเลือกให้เข้าสู่กระบวนการ  
 8 การศึกษาวินิจฉัย และได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการจี้ความร้อนด้วยเครื่องความถี่วิทยุ (radiofrequency  
 9 ablation: RFA) ในโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (Chronic Low Back Pain: CLBP) รวมทั้งรายละเอียดโครงร่าง  
 10 การศึกษาวินิจฉัย (proposed study) จากนั้นที่ประชุมได้เปิดอภิปรายข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงร่างดังกล่าว โดย  
 11 สรุปรายละเอียด ดังต่อไปนี้

12 **1. หัตถการ Radiofrequency ablation (RFA) และข้อบ่งใช้ในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง**

13           หัตถการ RFA เป็นการรักษาอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งหลักการของการรักษา คือ การยับยั้งการรับ-ส่ง  
 14 ความรู้สึกปวดในเส้นประสาทบริเวณที่มีอาการปวด โดยความร้อนที่มาจากเครื่องความถี่วิทยุจะไปทำลาย  
 15 เส้นประสาทนั้น (Denervation) ทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวด โดยทั่วไปประเภทของการทำหัตถการ RFA มี  
 16 2 แบบได้แก่ 1) แบบที่ใช้ความร้อน (Conventional/thermal/cooled RFA) และ 2) แบบที่ไม่ใช้ความร้อน  
 17 (Pulsed RFA) ซึ่งตามคู่มือการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง (clinical practice guideline) โดยสมาคม  
 18 การศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (TASP) พบว่า การรักษาแบบ conventional RFA ได้มีหลักฐานเชิง  
 19 ประจักษ์ซึ่งถูกแนะนำให้รักษาในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มาจากข้อฟาเซต (facet joint) อย่างไรก็ตาม  
 20 ตามผู้ป่วยจะต้องมีการตอบสนองที่ชัดเจนต่อการทำหัตถการวินิจฉัย (Diagnostic medial branch block)  
 21 ก่อนที่จะมีการทำหัตถการรักษาแบบ RFA ซึ่งในการทำหัตถการในข้อฟาเซตนั้น ต้องทำการวินิจฉัย medial  
 22 branch block (MBB) ก่อน สำหรับข้อบ่งใช้เพิ่มเติมอื่นๆ คือ ผู้ป่วยต้องมีอาการปวดหลังอย่างน้อย 3 เดือน  
 23 และไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบอนุรักษ์ที่ได้รับ

24           ที่ประชุมให้ความเห็นเกี่ยวกับกลุ่มประชากรที่จะศึกษา โดยมีการปรับกลุ่มประชากร คือ

- 25 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเฉพาะ persistent axial pain จากข้อฟาเซต  
 26 2) มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น (ruled out other pathological problems)

1 3) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบเดิม (failed conservative treatment)

2 4) ตอบสนองต่อหัตถการวินิจฉัย medial branch block (MBB)

### 3 2. เกณฑ์เพื่อพิจารณาการตอบสนองต่อ medial branch block (MBB) ในผู้ป่วยโรคปวดหลัง 4 ส่วนล่างเรื้อรัง

5 ที่ประชุมได้เสนอให้มีการพิจารณาตามหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าควรจะใช้เกณฑ์ที่ตัวเลข  
6 ร้อยละเท่าใด ในการระบุว่าผู้ป่วยมีการตอบสนอง (positive response) ต่อการทำ MBB หรือควรมีการนำ  
7 functional scale เข้ามาพิจารณาเป็นเกณฑ์การแบ่ง (cut-off point) ร่วมด้วย เบื้องต้นได้เสนอให้มีการใช้  
8 เกณฑ์แบ่งระหว่างร้อยละ 70-80 โดยที่ประชุมให้ข้อมูลว่า ปัจจุบันการรักษาและปฏิบัติในทางคลินิกนั้น  
9 พิจารณาความปวดที่ลดลงโดยใช้เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไปเพราะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่า แต่ใน  
10 งานวิจัยเชิงวิชาการนั้นเกณฑ์การพิจารณาจะสูงกว่า โดยเฉพาะในงานวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ  
11 จะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 70-85 ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้มีความสำคัญมาก เนื่องจากเกณฑ์ที่กำหนด cut point สูง จะ  
12 สามารถแยกผู้ป่วยที่เป็น false positive ออกก่อนที่จะเข้ารับหัตถการ RFA ต่อไป จึงส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่  
13 สามารถเข้ารับหัตถการ RFA ได้มีจำนวนลดลง ซึ่งอาจจะเป็นการจำกัดสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงการรักษา  
14 หรือไม่

### 15 3. ความถี่ในการทำ medial branch block (MBB) ก่อนการทำ RFA

16 ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ส่วนใหญ่การทำหัตถการวินิจฉัยแบบ MBB จะทำเพียง 1 ครั้ง แม้ว่าใน  
17 อนาคตจะมีการทำ RFA ซ้ำก็ตามประมาณร้อยละ 10 แต่การทำ MBB ไม่จำเป็นต้องทำซ้ำทุกครั้งก่อนการทำ  
18 RFA อย่างไรก็ตาม การทำ MBB ซ้ำอาจจะเกิดขึ้นได้ในกรณีที่แพทย์ต้องเปลี่ยนตำแหน่งของการวินิจฉัยใหม่  
19 เพื่อดูการตอบสนองของผู้ป่วย เนื่องจากตำแหน่งที่ปวดอาจเปลี่ยนไป ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่ามี  
20 การศึกษาที่มีการทำ double sham block ซึ่งมีการเปลี่ยนยาชาที่ใช้เพื่อดูการตอบสนองของผู้ป่วยเพื่อ  
21 ป้องกันการเกิด false positive

22 สำหรับโอกาสความสำเร็จของผู้ป่วยที่ทำ MBB และจะผ่านไปทำ RFA ได้นั้น ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่า  
23 ประมาณร้อยละ 80 ซึ่งตัวเลขดังกล่าวอาจถูกคาดการณ์ไว้ต่ำกว่าความเป็นจริง (underestimated) เนื่องจาก  
24 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างหลายรายได้ถูกส่งตัวไปทำการรักษาต่อทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูมากกว่าการรักษา  
25 ทางคลินิกกระดูกสันหลังหรือคลินิกกระดูกสันหลัง

### 26 4. หัตถการ RFA และตัวเปรียบเทียบที่ใช้ในการศึกษา

27 ประเภทของหัตถการที่ต้องการจะศึกษานั้นที่ประชุมเห็นชอบกับการใช้ RFA แบบใช้ความร้อนเป็นการ  
28 รักษาแบบแนวทางปัจจุบัน หรือ conventional และอุณหภูมิที่นิยมใช้ในการจี้ คือ ประมาณ 80 องศาเซลเซียส  
29 ส่วนตัวเปรียบเทียบในการศึกษานั้นที่ประชุมเห็นด้วยกับการใช้การรักษาแบบมาตรฐานเดิม (conservative  
30 treatment) เช่น การใส่ยา การทำกายภาพบำบัด การให้ความรู้เบื้องต้นในการบำบัดความปวด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม  
31 ก็ตาม การรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ยังไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนเนื่องจาก

1 อาการปวดเป็นอาการเฉพาะบุคคล (personal experience) และมีความแตกต่างกันออกไป (subjective)  
2 ดังนั้นการรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก

3 ที่ประชุมได้เสนอให้มีการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized  
4 Controlled Trials: RCTs) ว่ามีการเปรียบเทียบหัตถการ RFA และการผ่าตัด spinal fusion surgery หรือไม่  
5 เนื่องจากหากเป็นไปได้อาจนำมาพิจารณาเป็นตัวเปรียบเทียบในการศึกษาครั้งนี้ด้วย แต่ประเด็นที่ต้องคำนึง คือ  
6 การผ่าตัดดังกล่าวมีหลายรูปแบบ ซึ่งความสามารถในการเบิกจ่ายตามสิทธิการรักษาในระบบหลักประกัน  
7 สุขภาพถ้วนหน้าจะมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ในปัจจุบันมีเพียงการผ่าตัดแบบ posterior และ transforaminal  
8 fusion เท่านั้นที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้

### 9 5. ระยะเวลาของการลดอาการปวดหลัง และความถี่ของการทำหัตถการ RFA

10 ส่วนระยะเวลาและโอกาสที่ต้องมีการทำ RFA ขึ้นัน เนื่องจากเส้นประสาทสามารถถูกสร้างขึ้นมา  
11 ใหม่ได้ (nerve regeneration) ระยะเวลาของการลดอาการปวดหลัง (pain relief) ด้วยหัตถการ RFA จะอยู่  
12 ได้ประมาณ 6-12 เดือน และส่วนใหญ่สามารถอยู่ได้เกิน 1 ปี ซึ่งอาการของความปวดที่ลดลงนั้นจะอยู่ได้นาน  
13 ขึ้นหากผู้ป่วยได้ทำการบริหารกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) กายบริหารอื่นๆ หรือการรักษาแบบอื่น  
14 ร่วมด้วยอย่างถูกวิธีตามคำแนะนำของแพทย์

15 ระยะเวลาที่ เกี่ยวข้องกับ time horizon ในแบบจำลอง Markov model ที่จะใช้ในการวิเคราะห์  
16 ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์ ที่ประชุมเห็นด้วยกับการใช้ time horizon ที่ระยะเวลา 28 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่  
17 อ้างอิงมาจากการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ในประเทศอังกฤษของการทำ RFA ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง  
18 จากข้อฟาเซต โดยระยะเวลาดังกล่าวได้คำนึงถึงความปวดที่ลดลงเนื่องจากผลของการทำ MBB และ RFA และ  
19 ได้กำหนด assumption ว่าผลการลดความปวดจาก RFA นั้นสามารถอยู่ได้นานถึง 2 ปี อย่างไรก็ตาม  
20 ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอให้มีการแบ่ง time horizon ที่ใช้วิเคราะห์เป็น 2 ช่วง คือ 16 เดือน และ 28 เดือน (คิด  
21 รวม MBB ประมาณ 4 เดือน)

22 โอกาสของการทำซ้ำประมาณไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ช่วง 1-2 เดือนหลังการทำ RFA แล้ว  
23 อาการปวดไม่หาย ซึ่งมีโอกาสประมาณร้อยละ 30-40 แต่จากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วย  
24 พบว่าส่วนใหญ่มีการกลับมาทำซ้ำที่เร็วที่สุดคือ 9 เดือนหลังจากได้รับ RFA ที่มีการนัดติดตามผู้ป่วยเพื่อดู  
25 อาการหลังการทำหัตถการ โดยช่วงแรกจะนัด follow up ที่ 1 เดือน จากนั้นจะเพิ่มระยะเวลานัดเป็นทุกๆ 2-  
26 3 เดือน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับการให้ cycle length ในแบบจำลองเป็น 1 เดือน

### 27 6. ราคา อุปกรณ์ และบุคลากรสำหรับการทำหัตถการ RFA

28 อุปกรณ์และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการทำหัตถการจะคิดรวมทั้งตั้งแต่ขั้นตอนของ Medial Branch Block  
29 (MBB) จนถึงการทำ RFA ซึ่งที่ประชุมเสนอให้พิจารณาค่าใช้จ่ายรวมทั้ง MBB และ RFA เป็น package  
30 สำหรับการเบิกจ่าย โดยค่าใช้จ่ายในการทำ MBB จะมีค่าเข็ม ค่ายาชา ค่าห้องผ่าตัด (ใช้เทคนิคภาพในการช่วย  
31 ดูตำแหน่ง) เป็นต้น ซึ่งราคาแต่ละโรงพยาบาล สรุปลงได้ดังนี้

1 - ต้นทุนที่อ้างอิงจากโรงพยาบาลศิริราช อยู่ที่ประมาณ 3,000 บาท/ครั้ง หากรวมกำไรจะ  
2 อยู่ที่ราคา 7,000 บาท

3 - ข้อมูลราคาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อยู่ระหว่าง 3,000-5,000 บาท/ครั้ง

4 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ RFA นั้นโดยทั่วไปจะมีเครื่องที่ปล่อยคลื่นวิทยุ probes (reusable) และเข็ม  
5 (disposable) ในการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายนั้นปริมาณเข็มที่ใช้อาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการทำ  
6 MBB และข้อที่ปวด โดยทั่วไปจะใช้ 2-3 เข็ม/ราย กล่าวคือ หากทำ MBB 2 จุดแล้วหายปวดหลัง เมื่อทำ RFA  
7 ก็จะทำ 2 จุดเช่นกัน สำหรับราคามาตรฐานของการทำ RFA ไม่ได้มีการระบุไว้อย่างชัดเจน โดยแต่ละ  
8 โรงพยาบาลจะคำนวณราคาจากต้นทุนค่าเครื่องที่ได้จ่าย และหารด้วยจำนวนอายุการใช้งานของเครื่องและ  
9 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ซึ่งทั้งหมดจะต้องนำไปรวมกับค่าเข็มที่ใช้ในแต่ละครั้งด้วย ซึ่งราคาเข็ม  
10 ประมาณเข็มละ 1,500 บาท ผู้เชี่ยวชาญได้อ้างอิงข้อมูลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ที่เคยคิด  
11 ต้นทุนโดยใช้อายุการใช้งานของเครื่องที่ 10 ปี ซึ่งราคาเครื่อง RFA อยู่ที่ประมาณ 3-3.5 ล้านบาท ในแต่ละ  
12 ปีมีผู้ป่วยเข้ารับหัตถการประมาณ 100 ราย/ปี (โรงพยาบาลศิริราชมีประมาณ 160 ราย/ปี) และถ้าหาก  
13 คำนวณจากการใช้เข็มเพียง 1 เข็ม/ราย ค่าใช้จ่ายของหัตถการ RFA จะอยู่ที่ประมาณ 6,000 บาท/ราย แต่ถ้า  
14 หากรวมทั้ง MBB และ RFA ค่าใช้จ่ายจะประมาณ 8,000 บาท/ราย

15 โรงพยาบาลหลายแห่งใช้วิธีการเช่าเครื่อง RFA แทนการซื้อเครื่องซึ่งมีราคาค่อนข้างสูง เช่น ใช้  
16 ระยะเวลาเช่าประมาณ 5 ปี ส่วนการกระจายตัวของเครื่อง RFA ในประเทศไทยนั้น ผู้แทนจากสมาคม  
17 อุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย (THAIMED) ได้เสนอว่าจะส่งข้อมูลดังกล่าวให้กับทีมีวิจัย เพื่อ  
18 นำไปประกอบการศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (feasibility study) ทั้งนี้ที่ประชุมให้ข้อมูลว่าส่วนใหญ่  
19 การรักษาด้วยเครื่อง RFA จะเน้นที่โรงเรียนแพทย์เป็นหลัก แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง ก็มีการ  
20 รักษาเช่นเดียวกัน

21 บุคคลากรที่สามารถทำหัตถการ RFA ได้ คือ ศัลยแพทย์ออร์โทปิดิกส์ (Orthopedics) ประสาท  
22 ศัลยแพทย์ (Neurosurgeons) วิสัญญีแพทย์ (Anesthesiologists) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านความปวด  
23 (Pain specialists) ปัจจุบันได้มีการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้ปีละไม่ต่ำกว่า 6 ท่าน ซึ่งจะช่วยเพิ่มการรับ  
24 จำนวนผู้ป่วยและอัตราการใช้หัตถการได้มากขึ้น โดยแพทย์ที่ทำหัตถการ RFA ได้นั้นควรจำเป็นต้องผ่านการ  
25 ฝึกอบรม (well-trained) ก่อน เนื่องจากเป็นหัตถการที่ใช้ความร้อนสูงและต้องมีความระมัดระวังในการรักษา

## 26 7. อาการและผลข้างเคียงจากการทำ RFA

27 ผลข้างเคียงของการทำ RFA พบได้น้อยถึงน้อยมาก ซึ่งผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่าโอกาสที่จะเกิดขึ้นนั้นน้อย  
28 กว่าร้อยละ 1 และเกิดเพียงชั่วคราว แต่ถ้าหากจะพบมักจะเป็นอาการปวดแสบร้อนในบริเวณที่ทำหัตถการ  
29 RFA โดยเฉพาะในบริเวณที่เป็นเส้นประสาทขนาดใหญ่ แต่อาการปวดแสบร้อนอาจหายได้เอง อาการข้างเคียง  
30 ที่สามารถพบได้คือ เส้นประสาทอักเสบ (Neuritis) ซึ่งผู้ป่วยอาจจะใช้ยาแก้ปวด เช่น ยาในกลุ่ม  
31 Gabapentinoids, weak opioids ในการบรรเทาอาการดังกล่าวได้ ในกรณีผู้ป่วยที่ทำหัตถการใน lumbar  
32 facet joint โอกาสพบ neuritis มีได้น้อยกว่า ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญพบผู้ป่วยเพียง 2-3 รายที่มี

1 อาการดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม ก่อนการทำ RFA ผู้ป่วยสามารถทำ motor test ก่อนได้ ซึ่งจะสามารถ  
 2 ช่วยลดโอกาสของผลข้างเคียงดังกล่าวได้ ที่ประชุมเสนอให้มีการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากการศึกษาวิจัยอื่นๆ  
 3 ว่ามีการรายงานผลข้างเคียงอย่างชัดเจนหรือไม่ เพื่อพิจารณาว่าการศึกษานี้ควรคำนึงถึงผลข้างเคียงจาก  
 4 RFA ด้วยหรือไม่

#### 5 8. ข้อเสนอแนะพิจารณาเพิ่มเติม

6 ที่ประชุมให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการ RFA ว่าโดยเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยอยู่ที่ 40 ปี  
 7 ขึ้นไป และในปัจจุบันการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังด้วยหัตถการ RFA ยังไม่อยู่ในสิทธิการรักษาใด  
 8 สำหรับการเบิกจ่ายโดยเฉพาะ ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่จะลงรหัสเป็นการปวดหลังทั่วไป (non-specific low back  
 9 pain) รหัส ICD-9 ที่มีคือ 03.96 แต่ยังไม่มียรหัส ICD สำหรับการวินิจฉัยว่าเป็นอาการ facet joint pain ส่วน  
 10 ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัตถการโดยตรง (direct non-medical costs) ในต่างประเทศนั้นผู้ป่วยอาการปวด  
 11 หลังไม่สามารถนำวันลา ประกัน หรือการชดเชยต่างๆ ที่เกิดจากการขาดงานมาใช้ได้ เหตุผล คือ อาการปวด  
 12 มีความหลากหลาย ไม่แน่นอนและมีความเป็นนามธรรมสูง ซึ่งยากที่จะระบุหรือวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม  
 13 (objectivity)

14

15 ปิดประชุมเวลา 16.00 น.

16

17

นางสาวภาสินี ศรีสุข

นายมานิต สิทธิมาตร

นางสาวชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์

นางสาวกুমารี พัทณี

นางสาวนิชาต์ มูลคำ

ผู้บันทึกรายงานการประชุม

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

18